

**介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）
指定相当通所型サービス 契約書別紙（兼重要事項説明書）**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

（令和6年8月現在）

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 みなべ町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒645-0002 和歌山県日高郡みなべ町芝447番地2
代表者（職名・氏名）	会長 田中 随晋
設 立 年 月 日	平成17年1月4日
電 話 番 号	0739-72-5611

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	みなべ町社協 ふれ愛センター	
サービスの種類	介護予防・日常生活支援総合事業による第1号通所事業	
事業所の所在地	〒645-0021 みなべ町東本庄100番地	
電 話 番 号	0739-74-3069	
指定年月日・事業所番号	平成29年 1月 3日指定	3072100039号
実施単位・利用定員	1単位	定員20人
通常の事業の実施地域	みなべ町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

介護予防・日常生活支援総合事業による第1号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時15分から午後5時15分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時15分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	3人（常勤兼務2人）（非常勤兼務1名）
看護職員	4人（常勤兼務3人）（非常勤兼務1名）
介護職員	4人（常勤兼務2名、非常勤兼務2人）
機能訓練指導員	4人（常勤兼務3人、非常勤兼務1名）

7. 管理者

事業所の管理者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者の氏名	岩本 佳樹
--------	-------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割、3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）介護予防・日常生活支援総合事業による第1号通所事業の利用料・・・基本部分、加算・減算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防・日常生活支援総合事業による第1号通所事業】

基本利用料	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
通所型サービス費2Ⅰ（月1～4回迄）	4,360円	436円	872円	1308円
通所型サービス費2Ⅱ（月1～8回迄）	4,470円	447円	894円	1341円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防通所介護の金額に相当する金額であり、介護予防通所介護の金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）		加算額			
			基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合。 （介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である）。	通所サービス費Ⅰ	880円	88円	176円	264円
		通所サービス費Ⅱ	1760円	176円	352円	528円
介護職員処遇改善加算Ⅰ※	厚生労働大臣が定める基準に適合し、介護職員の賃金改善等を実施している。		所定単位数の9.2%を加算します			

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）		減算額			
			基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
定員超過・人員基準欠如	当該減算の要件に該当した場合 (1回につき)	通所サービス費2Ⅰ	3050円	305円	610円	915円
		通所サービス費2Ⅱ	3130円	313円	626円	936円

(2) その他の費用

食費	食事の提供をする場合、1食につき600円の食費をいただきます。
その他	①上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 ②通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担） ※制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合に要する費用です。

※介護職員等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

(3) キャンセル料

キャンセル料は不要とします。ただ、利用者の都合でサービスの利用を中止する際には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月に、指定する金融機関の口座より月1回引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の期日までに、指定する口座にお振り込みください（手数料は利用者様負担となります）。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の期日までに、またはサービス利用した日に現金でお支払いください。

※利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）の場合について記載しています。

居宅サービス計画を作成しないなど、「償還払い」となる場合には、一旦利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求することになります。

※介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります）。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、事前の打ち合わせに基づき、速やかに下記の主治医及び家族等、救急機関、居宅介護支援事業所へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター(又は介護支援専門員)及びみなべ町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0739-74-3069・Fax番号 0739-33-2082 面接場所 当事業所の相談室 対応時間 午前8:15～午後5:15 相談員(責任者) 岩本佳樹
法人の相談窓口	電話番号 0739-72-5611 Fax番号 0739-72-5610 苦情解決責任者: 土井郁夫(事務局長) 苦情受付担当者: 宇井博信(総括管理者) 第三者委員: (1) [連絡先 宮本崇:] (2) [連絡先 久保真澄:]

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の苦情受付機関にも申し立てることができます。

みなべ町役場健康長寿課 介護保険係	所在地 日高郡みなべ町東本庄100 電話番号 0739-74-3337
和歌山県国民健康保険 団体連合会	所在地 和歌山市吹上2丁目1-22 日赤会館内 電話番号 073-427-4662

(3) 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示条件	

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出下さい。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター(又は介護支援専門員)又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 3. 非常災害対策

(1) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備するとともに非常災害対策を推進するため、災害対策推進員を配置します。

(2) "非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し防火管理者または火気・消防等についての責任者を事業所内で定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

防火責任者：岩本佳樹

(3) 前項に規定する訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます

1 4. 衛生管理及び感染症の予防策に関する事項

(1) 適切な衛生管理及び感染症の予防及びまん延の防止等のため、法人内で衛生管理推進員を配置します。

(2) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとします。

(3) 事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないようにするため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

【1】感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

【2】感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。

【3】従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

1 5. 業務継続計画の策定等

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護〔通所介護サービス〕の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

(2) 事業所の従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1 6. 人権擁護

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、人権擁護推進員を置くとともに、従業者に対し、人権の擁護、虐待の防止等に関する研修を実施するものとし

ます

17. 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- 【1】虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- 【2】虐待の防止のための指針を整備する。
- 【3】従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- 【4】前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを関係市町村に通報します。

(3) 従業者は、通所介護〔通所介護サービス〕サービスを提供するに当たっては、当該利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

18. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えております。

防災・避難訓練 年2回

19. 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 みなべ町社会福祉協議会
代表者名	会長 田中随晋
所在地・電話	〒645-0002 みなべ町芝447番地2 電話番号 0739-72-5611
業務の内容	訪問介護（総合事業）、通所介護（総合事業）、訪問入浴、 訪問看護（予防）、居宅介護支援（総合事情）
事業所数	訪問介護 1事業所、通所介護 2事業所、訪問入浴 1事業所、 訪問看護 1事業所、居宅介護支援 2事業所

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 事業者名 社会福祉法人 みなべ町社会福祉協議会
代表者職・氏名 会長 田中随晋

事業所名：みなべ町社協 ふれ愛センター
説明者職・氏名： 管理者 岩本 佳樹

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所
氏名

署名代行者（又は法定代理人）
住所
本人との続柄
氏名

立会人 住所
氏名