

日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）契約書（兼重要事項説明書）

ご利用者様（これ以降「利用者」といいます。）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 佐渡ふれあい福祉会
主たる事務所の所在地	〒952-1209 新潟県佐渡市千種58番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 越渡 佳弘
電 話 番 号	0259-63-2300
F A X 番 号	0259-63-3180

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターあすかの郷
サ ー ビ ス の 種 類	通所型サービス（独自）
事 業 所 の 所 在 地	〒952-0318 新潟県佐渡市真野新町63番地
電話・F A X 番 号	電話 0259-58-7223 ・ FAX 共通
指 定 年 月 日 （介護保険事業所番号）	令和3年6月1日 （ 1 5 7 2 2 0 1 3 5 6 ）
サ ー ビ ス を 提供できる対象地域	佐渡市

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、サービス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

総合事業は、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. 契約期間

この契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要支援認定の有効期限満了までとします。但し、契約満了日の7日前までに、利用者から事業所に対して、文書等により契約終了の申出が無い場合は、契約を自動更新いたします。

6. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日 但し、1月1日を除きます。
営業時間	午前8時00分～午後7時00分までとします。 但し、サービス提供時間は、ケアプラン及び通所介護計画書に基づきサービス提供を行う。（利用者の送迎サービス時間は除きます）
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時30分までを基本としケアプラン及び通所介護計画書に基づきサービス提供を行う。（利用者の送迎サービス時間は除きます）

7. 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	常勤1人以上
看護職員	常勤または非常勤1人以上
介護職員	常勤または非常勤3人以上（利用者数に応じて）
機能訓練指導員	常勤または非常勤1人（兼務含む）

8. 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	仲川 法子
--------	-------

9. 利用料

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、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料と加算の合計額に負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。但し、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) 総合事業の利用料・・・基本部分、加算、減算の合計額となります。

【基本部分：通所型サービス費（独自）】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担額
要 支 援 1	1月の利用が4回までの場合は 1回 4,360円 ※4回を超えた場合は17,980円	左記利用料合計額に 利用者負担割合を乗 じた額
要 支 援 2	1月の利用が8回までの場合は 1回 4,470円 ※8回を超えた場合は36,210円	左記利用料合計額に 利用者負担割合を乗 じた額

上記の基本利用料は、佐渡市が告示で定める通所型サービス費に相当する金額であり、通所型サービス費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。

【加算部分】

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
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合		2,400円
生 活 機 能 向 上 グ ル ー プ 活 動 加 算	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合		1,000円
栄 養 改 善 加 算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合		2,000円
口 腔 機 能 向 上 加 算（Ⅰ）	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合		1,500円
一 体 的 サ ー ビ ス 提 供 加 算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合		4,800円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算（Ⅰ）	厚生労働大臣が定める人員基準に適合している場合	対象者・・・要支援1	880円
		対象者・・・要支援2	1,760円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算（Ⅱ）		対象者・・・要支援1	720円
		対象者・・・要支援2	1,440円

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		対象者・・・要支援 1	2 4 0 円
		対象者・・・要支援 2	4 8 0 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	医師、リハビリ専門職等と共同でアセスメントを行ったうえで個別機能訓練計画を作成し、利用者の状態を把握した上で助言を行う場合。		1, 0 0 0 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	医師、リハビリ専門職等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況を 3 か月に 1 回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行う場合。		2, 0 0 0 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合	1 ヶ月の所定単位数の 9. 2 % × 1 単位の単価	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		1 ヶ月の所定単位数の 9. 0 % × 1 単位の単価	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		1 ヶ月の所定単位数の 8. 0 % × 1 単位の単価	
介護職員等処遇改善加算Ⅳ		1 ヶ月の所定単位数の 6. 4 % × 1 単位の単価	

【減算部分】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件		減算額
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合	対象者・・・要支援 1	3, 7 6 0 円/月
		対象者・・・要支援 2	7, 5 2 0 円/月
事業所が送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と通所介護事業所との間の送迎を行わない場合（片道につき）		4 7 0 円
高齢者虐待防止未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合		1 ヶ月の所定単位数の 1. 0 %
業務継続計画未実施減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するための業務継続計画が未策定の場合		1 ヶ月の所定単位数の 1. 0 %

（２）その他の費用

食 費	食事の提供をする場合、1 食につき 7 5 0 円の食費をいただきます。
そ の 他	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。

（３）キャンセル料

- ① 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

(但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)

- ② キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無 料	
サービス利用日の前日まで	無 料	
サービス利用日の当日	利用者負担金の 100%	

(4) 支払い方法

- ① 上記(1)から(3)に定める利用者負担金の支払いについては、月末締切の翌月15日(但し、15日が休日の場合は翌営業日とします。)とし、原則として、契約者(又は、代理人)名義の貯金口座(貯金口座振替依頼書に基づく)から振替処理させていただきます。
- ② 前項に定める引き落としに要する料金については、事業者が負担いたします。
- ③ 利用者負担金の受領にかかる領収書は、振替月の翌月に翌月の利用料請求書とともにお届けいたします。

10. 利用者負担金およびその滞納等に関して

- (1) 利用者負担金は関係法令等に基づいて決められているものです。
契約期間中に変更となる場合は、関係法令等に従い改定後の金額が適用されます。
- (2) 利用者が正当な理由なく事業所に支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて期間満了までに利用料を支払わない場合に、契約を解除する旨の通告をすることができます。
- (3) 事業所は前項の通告を行った場合、サービス計画担当事業所等と協議し利用者の日常生活を維持する見地から、サービス計画の変更や他の公的サービスの利用等について、必要な調整を行うよう要請するものとします。
- (4) 事業所は、前項に定める調整の努力を行い、かつ2項に定める期間が満了した場合には、この契約を文書により解除することができます。

11. 利用者の解約権

- (1) 利用者は、1週間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。
- (2) 事業者のサービス提供にあたり、著しく不信行為があった場合には、前項にかかわらず契約を解除することができます。

12. 事業者の解約権

- (1) 事業者は、次の場合に限り、契約を解除することができます。
 - ① 利用者の著しい不信行為により、契約の継続が困難となった場合。
 - ② 10の(4)項に該当する場合。
- (2) 事業者が契約を解除する場合は、その理由を記載した文書を利用者に示すことで、この契約を解除することができます。契約解除時は、その旨をサービス計画担

当事業所へ連絡いたします。

1 3. 契約の終了

この契約は、次のいずれかの事由が発生した場合は、終了するものといたします。

- (1) 「1 1. 利用者の解約権」の規定により、利用者からの解約の意思表示がされ、予告期間が満了したとき。
- (2) 「1 2. 事業者の解約権」の規定により、事業者からの解約の意思表示がされたとき。
- (3) 次の事由に該当することにより、サービス提供ができなくなったとき。
 - ① 利用者の介護認定区分等が、当サービス受給に関して非該当となったとき。
 - ② 利用者が他介護施設に入所した場合等。
 - ③ 利用者が死亡したとき。

1 4. 損害賠償

事業者は、サービスの提供にあたり、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償いたします。但し、自らの責めに帰すべき事由による場合は、この限りではありません。

1 5. 守秘義務及び個人情報保護並びに個人情報の利用目的

- (1) 事業者及び事業所の従業員は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及び家族に関する秘密・個人情報については、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても漏らしません。
- (2) 前項の規定にかかわらず事業者は、サービス計画書に沿って円滑にサービスを提供するために実施するサービス担当者会議、行政や他サービス事業者との連絡調整、並びに給付請求事務等に関わる佐渡市や国民健康保険団体連合会等から求められる照会事項の回答等が必要な場合、利用者の個人情報を必要最小限の範囲で使用いたします。利用者家族の個人情報を用いる場合は、家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において用いないことといたします。

但し、事業者は法律に基づく義務による通報はできるものとし、この場合は事業者は秘密保持違反の責任は負わないものといたします。
- (3) 前項に規定する以外に、第三者へ個人情報を提供することができることができるのは、外部監査機関や評価機関等への正当な理由がある場合とし、それ以外は事前に利用者の同意を得た場合に限るものといたします。
- (4) 個人情報の提供に関しては必要最小限とし、サービス提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。
- (5) 個人情報を使用した会議等は、内容や出席者等に関して記録いたします。

1 6. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、包括支援センター又は担当の介護支援専門員、佐渡市へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。事業者は、事故原因の解明を行うとともに、改善計画を立案・実施して再発防止に努めます。
- (2) 事業者は、事故が発生した場合はその原因を分析・解明して、再発防止対策を講じます。

- (3) 事業者は、利用者に対するサービス提供により発生した事故等について、利用者の生命・身体・財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。但し、事業者の故意又は過失によらない場合はこの限りではありません。

17. 苦情対応

- (1) 利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合、又は事業者が作成したサービス計画等に苦情がある場合には、事業者や佐渡市、国民健康保険団体連合会へ苦情を申し立てることができます。
- (2) 事業者は、苦情相談窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情申立て、又は相談があった場合には迅速かつ誠実に対応いたします。また、利用者が苦情を申し立てた等を行うことを理由に、不利益な取扱いをすることはいたしません。
- (3) 事業者の苦情相談窓口は、「18. 苦情相談窓口」のとおりです。
- (4) 事業者は、苦情の申し立てがあった場合は、次の手順によりその解決を図ります。
- ① 利用者や従事者からの事情聴取等により、事実関係を把握します。
 - ② 苦情に係る問題点を把握し、対応策を検討して必要な改善を行います。
 - ③ 利用者に対し、調査結果や講じた措置の内容に関して、納得が得られるように説明いたします。なお、必要に応じ概要を記した文書を添えることといたします。
- (5) 事業者は、苦情の処理に際して必要に応じて佐渡市、又は国民健康保険団体連合会へその概要について報告し、適切な対応について指示を仰ぎます。

18. 苦情相談窓口（相談・要望・緊急時の窓口）

- (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	0259-58-7223	FAX	共通
	対応日時	月曜～土曜日	午前8時30分～午後5時30分	
	対応者	仲川 法子	(センター長・事業管理者)	
		林田 比子	(生活相談員)	
		藤井 和則	(生活相談員)	

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

苦情受付機関	佐渡市介護保険担当窓口	電話	0259-63-3790
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話	025-285-3022

19. 緊急時対応

サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打合わせにより、主治医、救急隊、親族、サービス計画担当者等へ連絡をいたします。

20. 第三者評価実施の有無

公益社団法人新潟県介護福祉士会等による第三者評価は実施していません。

2 1. 身体拘束禁止の取り組み

(1) 身体拘束に対する考え方

- ① 高齢者等の虐待行為となる身体拘束は、原則、行いません。
- ② 緊急やむを得ない事情で身体拘束を行う場合の対応は、下記のとおりです。

ア 利用者、又は他利用者の生命や身体を保護するために緊急やむを得ない対応は次のとおりです。

「切迫性」 生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。

「非代替性」 身体拘束以外に代替方法がない場合。

「一時性」 一時的な対応である場合。

イ 身体拘束を行った場合は、記録をいたします。記録内容は、様態・時間利用者の心身状況等・理由等を記載いたします。

ウ 記録は、職員間及び利用者家族間等で情報共有できるものであり、行政の指導監査時に提示できるようにいたします。

2 2. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

2 3. 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ください。
- (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。
- (4) サービス従事者への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。

2 4. 非常時災害対応

「防災及び非常時災害時対応指針」「災害時における対応マニュアル」に基づいて対応します。（火災、地震、風水害等）

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の職員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。

- (1) 防災訓練 年2回
- (2) 避難訓練 年2回
- (3) 通報訓練 年2回

以上のとおり、通所型サービス（独自）の提供に関する契約を締結します。

契約が成立したことの証として、本契約書を2通作成し、利用者および事業者記名押印のうえ、それぞれ1通を保有します。

	私は、以上の契約内容について説明を受け、内容を確認しました。 私は、この契約書で確認する介護サービスの利用を申し込みます。		
利 用 者	ご住所	〒□□□ - □□□□ 電話番号（ ）	
	お名前	印	
代 理 人 又 は 立 会 人	＊ 代理人 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。 ＊ 立会人 私は、以上の契約内容について説明を受け内容を確認しました。		
	本人との関係		代理人の場合 署名を代行した理由
	ご住所	〒□□□ - □□□□ 電話番号（ ）	
	お名前	印	
事 業 者	当事業者は、サービス事業者として利用者の申込みを受諾し、この契約に定めるサービスについて誠実に責任をもって行います。		
	所在地	〒 952 - 1209 新潟県佐渡市千種 58番地 1 電話番号(代)0259 (63)2300／FAX番号0259 (63)3180	
	事業者名	社会福祉法人佐渡ふれあい福祉会 理事長 越渡 佳弘 印	
	説明者	生活相談員 印	

家族代表 住 所
氏 名 印
本人との続柄