

指定通所介護事業

重要事項説明書（兼）契約書

1. 社会福祉法人 平川市社会福祉協議会 尾上 通所介護事業所の概要

（１）提供できるサービスの種類と地域

事業所名	社会福祉法人 平川市社会福祉協議会 尾上通所介護事業所
所在地	平川市猿賀南田９６－３ (平川市尾上地域福祉センター内)
電話番号	０１７２－５７－５３１１
FAX番号	０１７２－５７－５３１３
事業所番号	第０２７２３００６０９号
サービスを提供できる地域	平川市

（２）当事業所の職員体制

職 名	職 務 内 容	兼 務	人員数
管 理 者	1. 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2. 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3. 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画書を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4. 利用者へ通所介護計画書を交付します。 5. 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	生 活 相談員 ・ 介 護 職 員	常勤１名
生 活 相 談 員	1. 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2. それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	介 護 職 員	非常勤１名
看 護 職 員	1. サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2. 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3. 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	介 護 職 員 (３名)	常勤 １名 非常勤 ２名
機能訓練指導員	1. 通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。		

介 護 職 員	1. 通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	—	非常勤6名
調 理 員	1. 利用者への食事を提供します。	介 護 職 員	非常勤2名

(3) 当事業所の設備の概要

定 員	25名	静 養 室	108.95㎡
食 堂	82.02㎡	相 談 室	2室 43.31㎡
機 能 訓 練 室	78.75㎡	送 迎 車	5台(ワゴン車・リフトワゴン車・リフト付き軽自動車等)
浴 室	男子浴室 47.90㎡ 女子浴室 52.40㎡ 特殊浴室 31.01㎡	そ の 他	

(4) サービスの提供時間帯

曜 日 等	営業時間
平 日	午前8時30分～午後4時15分まで(祝日も営業)
土 曜 日	午前8時30分～午後4時15分まで(祝日も営業)
休 業 日	日曜日・12月31日～1月3日

2. 当事業所の通所介護の特徴等

(1) 運営方針

当事業所の通所介護員は、要介護者等の心身の特徴を踏まえその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事等の介護やその他生活全般にわたる援助を行います。実施にあたっては、地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供を行ないます。

(2) サービス利用のために

- ◆サービス手順書(サービスマニュアル)に添った適切なサービスを提供します。
- ◆通所介護員は、年1回以上研修に参加しています。

3. 通所介護提供にあたり

(1) 通所介護計画

- ◆当事業所は、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて居宅サービス計画に沿った通所介護計画を作成します。

(2) 通所介護の内容

- ◆当事業所は、居宅サービス計画に定めた、通所介護計画に沿って通所介護サービスを提供します。
- ◆利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者申し入れることができます。その場合は、事業者は可能な限り利用者の希望に沿うような計画をします。

(3) サービス提供の記録

- ◆当事業所は、サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。
- ◆利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する前項のサービス実施記録を開示できます。

4. サービスの内容

- (1) 送 迎 ワゴン車・リフトワゴン車（車イス2台積載）・軽自動車（シートリフト付き）
- (2) 食 事 普通食・きざみ食・ミキサー食・おかゆ等
- (3) 入 浴 特殊入浴・一般入浴（一般入浴は、温泉）
- (4) 機 能 訓 練 心身の機能低下を防ぐ訓練等
- (5) レクリエーション 心身のリフレッシュ等を目的としたゲーム・踊り・創作等
- (6) 各 種 行 事 毎月定例行事・季節行事・交流会
- (7) 生 活 相 談 随時生活相談・心配ごと相談等

5. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（下記の表）の1割負担又は一定以上の所得がある方は2～3割負担です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額負担となります。法定代理受領サービスに該当しない指定通所介護を提供した際の利用料については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」によるものとします。なお、その利用料の額はこの基準に定められた額との間に不合理な差額は生じません。また、この支払いを受けた場合は、領収書及びサービス提供証明書を交付します。

ア 通所介護利用料（通常規模型通所介護費）

サービス提供時間数	6 時 間 以 上 7 時 間 未 満		7 時 間 以 上 8 時 間 未 満	
	利用料 (1日当り)	利用者負担額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者負担額 (1日当り)
要介護1	5,840 円	1割 584 円 2割 1,168 円 3割 1,752 円	6,580 円	1割 658 円 2割 1,316 円 3割 1,974 円
要介護2	6,890 円	1割 689 円 2割 1,378 円 3割 2,067 円	7,770 円	1割 777 円 2割 1,554 円 3割 2,331 円
要介護3	7,960 円	1割 796 円 2割 1,592 円 3割 2,388 円	9,000 円	1割 900 円 2割 1,800 円 3割 2,700 円
要介護4	9,010 円	1割 901 円 2割 1,802 円 3割 2,703 円	10,230 円	1割 1,023 円 2割 2,046 円 3割 3,069 円
要介護5	10,080 円	1割 1,008 円 2割 2,016 円 3割 3,024 円	11,480 円	1割 1,148 円 2割 2,296 円 3割 3,444 円

イ 付加サービスの利用料

	加 算	利用料	利用者 負担額	算定回数等
要介護度による区分なし	科学的介護推進 体制加算	400 円	1 割 40 円 2 割 80 円 3 割 120 円	科学的介護の推進に向けて、全利用者のデータ収集を行い、それを活用した介護サービス提供を行うことを評価する加算。
	個別機能訓練加算 (Ⅰイ)	560 円	1 割 56 円 2 割 112 円 3 割 168 円	1 日につき（機能訓練指導員等が共同して利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、配置時間の定めがない機能訓練指導員にて機能訓練を直接実施した場合
	個別機能訓練加算 (Ⅰロ)	760 円	1 割 76 円 2 割 152 円 3 割 228 円	サービス提供時間帯を通じて配置された機能訓練指導員及び配置時間の定めがない機能訓練指導員にて直接実施した場合)
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	200 円	1 割 20 円 2 割 40 円 3 割 60 円	1 月につき（上記の情報を厚生労働省に提出して、返ってきた評価を活用することで（Ⅰ）に上乗せして算定）
	中 重 度 者 ケ ア 体 制 加 算	450 円	1 割 45 円 2 割 90 円 3 割 135 円	1 日につき（要介護者 3 以上の占める割合が 100 分の 30 以上の場合）
要介護度による区分なし	入浴介助加算(Ⅰ)	400 円	1 割 40 円 2 割 80 円 3 割 120 円	1 日につき（入浴介助を行った場合）
	サービス提供体制 強 化 加 算(Ⅰ)	220 円	1 割 22 円 2 割 44 円 3 割 66 円	1 日につき（介護福祉士の占める割合が 70 % 以上、又は勤続 10 年以上の介護福祉士が 25 % 以上配置されている場合）
	ADL 維持等加算（Ⅰ）	300 円	1 割 30 円 2 割 60 円 3 割 90 円	1 月につき（日常生活動作の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合）
	ADL 維持等加算（Ⅱ）	600 円	1 割 60 円 2 割 120 円 3 割 180 円	1 月につき（上記等の要件を満たし、継続して日常の生活動作を測定し、その結果を厚生労働省に提出している場合）
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,500 円	1 割 150 円 2 割 300 円 3 割 450 円	1 月につき（口腔機能が低下している又はその恐れのある方に対して口腔清掃や訓練、指導を行った場合）
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600 円	1 割 160 円 2 割 320 円 3 割 480 円	1 月につき（口腔状態を厚生労働省に提出し、戻ってきた評価を活用した場合）
	口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅰ)	200 円	1 割 20 円 2 割 40 円 3 割 80 円	1 日につき（「口腔」と「栄養」の状態を経過観察し、介護支援専門員に情報提供します。

	口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅱ)	50 円	1 割 5 円 2 割 10 円 3 割 15 円	1 日につき（「口腔」又は「栄養」の状態を経過観察し、介護支援専門員に情報提供します。
	介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）	所定単位数の 24.5%を加算		1 月につき（介護職員の賃金向上を目的に、介護報酬を加算して支給する制度）

③食費（全額自己負担）

	料 金
食事の提供に要する費用	5 0 0 円

（２）料金の支払方法

◆利用料の支払方法は、毎月 1 0 日から前月分の請求をいたします。現金または、指定口座からの自動引落でお支払いください。お支払いいただいた場合は、領収書を発行します。

6. サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込み下さい。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員又は地域包括支援センターとご相談下さい。

（２）サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の 1 週間前までにお申し出下さい。

イ 当事業所の人員不足等のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了 1 ヶ月前までに文書にて通知します。

ウ 自動終了・一時中止

以下の場合は、双方の通知が無くても自動的にサービスを終了・一時中止いたします。

◆お客様が介護保険施設に入所した場合

◆介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合

◆医療機関に長期入院が明らかになった場合

◆お客様が亡くなられた場合

エ その他

◆ 当事業所が、正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様・ご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または、当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することにより即座にサービスを終了できます。

◆ 利用者が、サービスを利用料金の支払いを 2 ヶ月以上延滞し、催告しても支払いをしないときや本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

◆ お客様やご家族などの方が当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。

7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者

通所介護管理者 松田 千子

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

8. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊 急 性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

(2) 非代替性：身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限ります。

(3) 一 時 性：利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9. 業務継続計画の策定等について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護事業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るものとする。

2 事業所は、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ものとする。

3 事業所は、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。

10. ハラスメント対策

事業所は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境作りを目指します。

2 利用者事業者の職員に対して行う、暴言、暴力、いやがらせ、誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

11. 衛生管理等について

事業所は、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、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

(1) 事業所における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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を概ね6か月に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) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。

(3) 事業所において、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 2. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及び家族に関する秘密の保持について

- ①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いに努めるもの」とします。
- ②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で、知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で、利用者の家族の個人情報を用いません。
- ②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅延なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとしします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

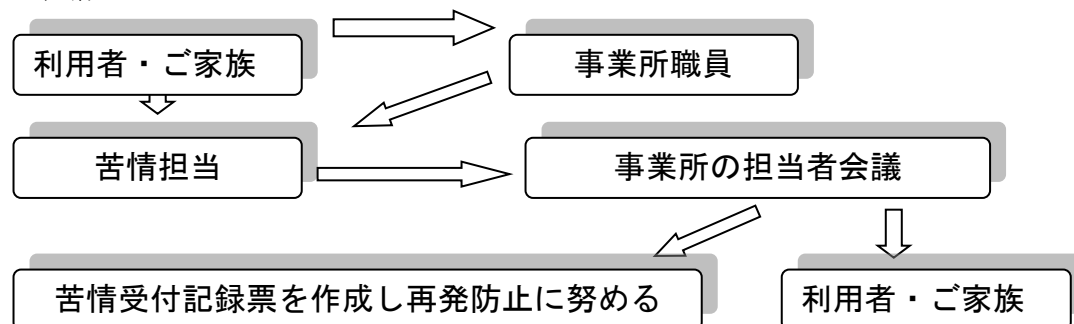
1 3. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所への相談・苦情窓口

- ◆担 当 者：管理者 松田 千子
- ◆電話／FAX：0172-57-5311／0172-57-5313
- ◆受 付 日：日曜日・12月31日～1月3日以外
- ◆受 付 時 間：8時～16時45分

(2) 苦情処理体制

◆苦情処理フロー



(3) その他

ア 平川市役所の相談、苦情窓口

- ◆担 当 者：平川市 健康福祉部高齢介護課 介護保険係
- ◆電 話：0172-44-1111 内線 1155

イ 青森県国民健康保険団体連合会の相談、苦情を伝えることができます。

- ◆電 話：017-723-1336

1 4. 連携

事業者は、通所介護の提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービス、又は福祉サービスを
提供する者との密接な連携に努めます。

1 5. 身分証携行義務

通所介護員は、常に身分証を携帯し、初回通所時及び利用者やその家族から提示を求められた時は、
いつでも身分証を提示します。

1 6. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・ご家
族・介護支援専門員等へ連絡いたします。

主治医	氏 名		
	連絡先	電話番号	
ご家族	氏 名		
	連絡先	電話番号	

1 7. 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、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、介護
支援専門員等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

(2) 利用者に対して当事業所が賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償をいたします。
なお、当事業所は、社会福祉法人全国社会福祉協議会と損害賠償契約を結んでおります。

1 8. 裁判管轄

利用者と当事業所は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する
裁判所を第一管轄裁判所とすることを予め合意します。

1 9. 協議事項

この重要事項説明書に定めのない事項及び疑義が生じた事項については、双方協議して定めます。
通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 住 所 青森県平川市猿賀南田 9 6 番地 3
名 称 社会福祉法人平川市社会福祉協議会
会 長 外 川 三 千 雄

説明者氏名 社会福祉法人平川市社会福祉協議会
尾上通所介護事業所
松田 千子

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意します。
また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

署 名 : _____