

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（ハツラツ通所型サービス）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。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 椎原寿恵会
主たる事務所の所在地	〒841-0072 鳥栖市村田町1250番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 中川原 章
電 話 番 号	0 9 4 2 - 8 2 - 0 8 1 8
F A X 番 号	0 9 4 2 - 8 3 - 9 2 3 9

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	真心の園デイサービスセンター	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業（ハツラツ通所型サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒841-0072 鳥栖市村田町1250番地1	
電 話 番 号	0 9 4 2 - 8 2 - 0 8 1 8	
指定年月日・事業所番号	平成29年 4月 1日指定	4 1 7 0 3 0 0 0 3 4
実施単位・利用定員	1単位	定員8人
通常の事業の実施地域	鳥栖市、三養基郡	

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、第1号通所事業（ハツラツ通所型サービス）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

第1号通所事業（ハツラツ通所型サービス）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をを行うことにより、利用者の心身機能の維持及び利用者の家族の身体的、精神的負担軽減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、正月（1月1日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	午前9時20分から午後4時30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 兼 介護職員	常勤 1人 以上
看護職員 兼 介護職員	常勤 1人 以上
介護職員	常勤 1人 以上

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）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。

生活相談員	久米綾子、伊藤康祐、豊増仁司
-------	----------------

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) 第1号通所事業（ハツラツ通所型サービス）の利用料

法定代理受領の場合	介護報酬の告知上の額 別紙参照
法定代理受領でない場合	介護報酬の告知上の額 別紙参照 (通所介護サービス費及び各加算の実費負担)

(注1) 利用料は鳥栖地区広域市町村圏組合で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(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	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やレクリエーション等の材料費の諸経費）について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

第1号訪問事業（ハツラツ通所型サービス）は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要とします。お休みされる場合は、前日までにご連絡下さい。

(4) 支払い方法

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の27日（祝休日の場合は直後の平日）に、引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日までに、現金でお支払いください。

9. 具体的取扱い方針

サービス提供	・通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは追加することができます。この場合には実施日の前日までに申し出ください。 ・サービス利用の変更、追加の申し出に対して、希望する曜日にサービス提供できない場合もあり、その際は他の利用可能日を提示して協議するものとします。 ・正当な理由なく通所介護の提供の拒否はしません。 ただし、通常の事業の実施地域等を勘案し、利用者に対して自ら適正な通所介護サービスを提供することが困難な場合は、適当な他の通所介護事業所を紹介します。 ・利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、通所介護サービスの
--------	--

	目標を立て、その目標を達成するための具体的なサービス内容等の通所介護計画を作成します。なお、必要に応じて通所介護計画の変更をすることがあります。 サービス提供した際は、具体的サービス内容等を記録すると共に利用者からの申出があった場合には文書の交付その他適切な方法によりその情報を提供します。
受給資格証の確認	- 通所介護サービスの提供を開始する際に、被保険者資格、要介護認定等の有無及び有効期間等の受給資格証の確認をさせていただきます。 - 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、それを配慮して通所介護を提供します。 - 要介護認定を受けておられない利用者については、本人の意向を踏まえて介護認定申請に必要な援助を行います。
居宅介護支援事業者との連携	通所介護サービスが円滑に提供できるよう、居宅介護支援事業者その他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。
保険給付の請求のための証明書の交付	法定代理受領サービスに該当しない通所介護に係る利用料を請求した場合は、提供したサービスの内容、費用の額等を記載したサービス提供証明書を交付します。

10. 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、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

11. 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）及び鳥栖地区広域市町村圏組合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 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	窓口担当者	デイサービスセンター長	久米綾子
		副センター長	伊藤康祐
	電話番号	0942-82-0818	
	面接場所	当事業所の相談室、施設内に苦情箱設置	
	受付時間	事業所の営業日及び営業時間に同じ	

(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	鳥栖地区広域市町村圏組合介護保険課	所在地 鳥栖市本町3-1494-1 電話 0942-81-3111 FAX 0942-81-3316 (月～金 8:30～17:15)
	佐賀県国民健康保険団体連合会	所在地 佐賀市呉服元町7-28 電話 0952-26-1477 FAX 0952-26-6123 (月～金 8:30～17:15)

13. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。
近隣との協力関係	地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐ。また、施設と消防署とは非常通報装置により非常連絡が行える体制を図っています。
平常時の避難訓練及び防災設備	別途定める当施設の消防計画にのっとり年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。

14. 秘密保持

- ・業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密は守ります。
- ・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る場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意をあらかじめ文書により得た上で行います。

15. 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) 施設内の居室や設備、器具は用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
- (3) 喫煙、飲酒はできません。
- (4) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の利用者の居室等に入らないようにしてください。
- (5) 買物等の行事以外は、大金を持ち込まないようにしてください。
- (6) 施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (7) 送迎の調整がありますので、お休みされる場合は前日までにご連絡ください。
- (8) 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。

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	所在地	鳥栖市村田町 1 2 5 0 番地 1
	事業者名	社会福祉法人 椎原寿恵会 真心の園デイサービスセンター
	代表者氏名	中川原 章 印
	説明者	

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、居宅サービス担当者会議、通所介護計画書等に於いて、利用者又はその家族等の
個人情報を用いる事に同意します。

利用者	住所	
	氏 名	印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所	
本人との続柄	
氏 名	印

立 会 人	住 所	
	氏 名	印

支払方法 ☐ 自動引き落とし
 ☐ 現金支払い

通所介護において、作品など掲示物やデイサービス便りに利用者の写真等個人情報を用いる事を確認します。

令和 年 月 日

利用者	住所		
	氏名		印

利用者家族	住所		
	氏名		印
	続柄		

- ☐ 同意する
- ☐ 同意しない