

**介護予防・日常生活支援サービス事業**  
**指定相当通所型サービス（第1号通所事業）利用契約書別紙（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、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

|          |                  |        |                 |
|----------|------------------|--------|-----------------|
| 事業者名（法人） | 社会福祉法人 紫雲寺加治川福祉会 | 法人の所在地 | 新発田市真野原外3331番地2 |
| 代 表 者    | 理 事 長 桐 澤 芳 典    | 設立年月日  | 平成6年4月22日       |

2 事業所の概要

|                    |                                                                                      |          |                                                   |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------|
| 事業所名               | デイサービスセンターしうんじ                                                                       | 事業所の所在地  | 新発田市真野原外3331番地2                                   |
| サービスの種類<br>及び指定年月日 | 指定相当通所型サービス<br>新発田市 平成29年4月1日<br>聖籠町 令和6年10月1日<br>胎内市 令和8年4月1日<br>(事業所番号 1570600799) | 電話番号     | 0254-41-4700                                      |
|                    |                                                                                      | FAX番号    | 0254-41-2588                                      |
|                    |                                                                                      | 営業日      | 日曜日及び1月1日～1月2日を除く日                                |
|                    |                                                                                      | 営業時間     | 8時30分～17時30分                                      |
|                    |                                                                                      | サービス提供時間 | 10時00分～15時30分                                     |
| 利用定員               | 35名                                                                                  | 通常の実施区域  | 新発田市のうち紫雲寺中学校区<br>*通常の実施地域外でも一部地域の<br>サービス提供も可能です |

3 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

要支援認定者が、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、指定相当通所型サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

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、利用者の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 サービス内容

提供するサービスの内容は、「指定相当通所型サービス」（以下「通所型サービス」という。）です。  
通所型サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する各種相談及び助言、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並びに機能訓練を行うことにより、心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的としたサービスです。

なお、利用者の心身の状況や家庭の環境を踏まえ、地域包括支援センター等の作成する介護予防ケアプランを基に通所介護計画を作成しサービスを提供します。

5 従業員の体制

| 職 種     | 職務の内容                | 備 考         |
|---------|----------------------|-------------|
| 管理者     | 業務の一元的な管理            | 1名（管理栄養士兼務） |
| 生活相談員   | 生活相談                 | 2名（介護職兼務）   |
| 看護職員    | 心身の健康管理及び療養上の各種相談    | 2名 以上       |
| 介護職員    | 日常生活上の介護             | 5名 以上       |
| 機能訓練指導員 | 身体機能の向上、健康維持のための機能訓練 | 1名 以上       |
| 管理栄養士   | 食事の提供等               | 1名（管理者兼務）   |

## 6 設備の概要

| 室 名 | 室 数  | 室 名   | 室 数  | 室 名       | 室 数 |
|-----|------|-------|------|-----------|-----|
| 食堂  | 1 か所 | 機能訓練室 | 1 か所 | 静養室（ベッド数） | 13台 |
| 相談室 | 1 室  | 事務室   | 1 室  |           |     |

## 7 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す。なお、お支払いいただく利用者負担額は原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。

### (1) 基本利用料及び加算

| 介護度                         | 基本利用料及び加算       |                   | 利用者負担額(月) |        |         |
|-----------------------------|-----------------|-------------------|-----------|--------|---------|
|                             | 基本利用料           | サービス提供体制強化加算Ⅰ(月額) | (1割の方)    | (2割の方) | (3割の方)  |
| 要支援1、<br>事業対象者<br>1回(月4回まで) | 4,360円×回数       | 880円              | 利用回数により計算 |        |         |
| 要支援2、<br>事業対象者<br>1回(月8回まで) | 4,470円×回数       | 1,760円            |           |        |         |
| 要支援1、<br>事業対象者<br>(月5回利用)   | 17,980円<br>(月額) | 880円              | 1,886円    | 3,772円 | 5,658円  |
| 要支援2、<br>事業対象者<br>(月9回利用)   | 36,210円<br>(月額) | 1,760円            | 3,797円    | 7,594円 | 11,391円 |

### (2) 各種加算

その他、以下の要件を満たす場合、(1)の基本部分に以下の利用料が加算されます。

| 加算の種類                 | 加算の要件                                                                       | 法定利用料<br>(月額)            | 利用者負担額(月額)  |              |              |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|
|                       |                                                                             |                          | (1割の方)      | (2割の方)       | (3割の方)       |
| サービス提供体制<br>強化加算Ⅰ(再掲) | 当該加算の体制・人材要件を満たした場合                                                         | 要支援1 880円<br>要支援2 1,760円 | 88円<br>176円 | 176円<br>352円 | 264円<br>528円 |
| 科学的介護推進体制加算           | 利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合                                         | 400円                     | 40円         | 80円          | 120円         |
| 中山間地域等提供加算            | 通常の事業の実施区域以外の利用者のサービス提供した場合(送迎を伴う場合のみ)                                      | 基本部分×5%                  | 左記額の1割～3割   |              |              |
| 生活機能向上グループ<br>活動加算    | 生活機能の向上を目的として日常生活に直結したプログラムをグループで実施行った場合                                    | 1,000円                   | 100円        | 200円         | 300円         |
| 栄養改善加算                | 管理栄養士等を配置し栄養ケア計画を作成し栄養食事相談等の栄養管理を行った場合<br>(要介護の方は月2回を限度)                    | 2,000円                   | 200円        | 400円         | 600円         |
| 口腔機能向上加算Ⅰ             | 看護職員等を配置し口腔機能向上計画を作成し口腔清掃の指導・清掃または摂食・嚥下機能に関する訓練の実施等を行った場合<br>(要介護の方は月2回を限度) | 1,500円                   | 150円        | 300円         | 450円         |

(3) 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算

| 加算の種類        | 加算の要件              | 加算額               | 利用者負担額    |
|--------------|--------------------|-------------------|-----------|
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 当該加算の体制・人材要件を満たす場合 | 基本利用料＋各種加算減算の9.2% | 左記額の1割～3割 |

注1) (1)基本サービス及び(2)(3)の加算については厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は上記利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい利用料を書面にてお知らせします。

注2) 本文にも記載のとおり、支給限度額を超えるサービスを利用する場合は、超えた金額の全額をご負担いただくことになりますのでご注意ください。

注3) 要介護認定の結果、自立（非該当）と認定された期間は、1回あたり3,840円となります。

(4) 減算

事業所での送り迎えを基本としますが、ご家庭の都合でご家族が送迎を行われた場合は、片道につき法定利用料470円（利用者負担額は法定利用料の1～3割）を減額します。

(5) その他の費用（全額利用者負担）

|            |                  |       |      |
|------------|------------------|-------|------|
| 食費（おやつ代含む） | 食事・おやつを提供した場合    | 1食につき | 880円 |
| おやつ代       | おやつ及び飲み物のみの提供の場合 | 1日につき | 100円 |

8 キャンセル

体調不良などでサービスの利用を休む場合は、お手数ですが前日の17時30分までに事業所担当者（電話番号 41-4700）まで連絡ください。

なお、利用当日のキャンセルは、迎え時間前までに連絡願います。

キャンセルの連絡が当日の10時を過ぎた場合及び利用中に体調が悪くなって、昼食前にご帰宅いただいたは、食費を請求させていただきます。

9 緊急時における対応方法

- (1) 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ご家族等へ連絡を行う等、必要な処置を講じます。

|                    |                          |                 |
|--------------------|--------------------------|-----------------|
| 利用者の主治医            | 医療機関の名称                  |                 |
|                    | 医師の氏名                    |                 |
|                    | 所在地                      |                 |
|                    | 連絡先                      | TEL             |
| 緊急連絡先<br><br>(家族等) | ① 氏名（ご本人との続柄）<br><br>連絡先 | (続柄)<br><br>TEL |
|                    | ② 氏名（ご本人との続柄）<br><br>連絡先 | (続柄)<br><br>TEL |

- (2) 上記(1)により速やかに利用者の主治医へ連絡し対応することを基本としますが、主治医との連絡がつかない場合は、次の協力医療機関の協力を得て対応します。

【協力医療機関】

|       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 医療機関名 | 平塚ファミリークリニック                  |
| 医師の氏名 | 平塚雅英                          |
| 診療科目  | 内科・外科                         |
| 連絡先   | 新発田市真野原1719-4 TEL0254-41-0011 |

## 10 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には速やかに対応します。

## 11 非常災害対策と対応

事業所では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上、利用者及び職員等の訓練を行います。

震度6以上の地震、特別警報の発令、利用者の居住する地域や送迎ルートに避難指示の発令がなされた場合は原則としてサービスを休止します。

## 12 相談・苦情対応

皆様からの相談・苦情は以下のとおり対応しますので、遠慮なくお申し出ください。

### (1) 相談・苦情の窓口

ア サービスに関する相談や苦情については、次の苦情受付担当者が応対いたします。

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 窓口設置場所  | デイサービスセンターしうんじ          |
| 苦情解決責任者 | 施設長 高橋定男                |
| 苦情受付担当者 | 管理者 高橋香織                |
| 連絡先     | 0254-41-4700            |
| 受付時間    | 8時30分～17時30分（土日・祝日等を除く） |

イ 公的機関においても、次の機関において苦情の申し出ができます。

| 機 関 名                | 連 絡 先        |
|----------------------|--------------|
| 新潟県国民健康保険団体連合会 介護保険課 | 025-285-3022 |
| 新発田市 高齢福祉課           | 0254-22-3030 |
| 胎内市 福祉介護課介護保険係       | 0254-43-6111 |
| 聖籠町 町民課              | 0254-27-2111 |

ウ 第三者委員として2名の方を委嘱しておりますので、次の方にご相談いただいても結構です。

| 氏 名     | 連 絡 先         | 備 考     |
|---------|---------------|---------|
| 寺 野 徹   | 090-5418-3014 | 受付時間：随時 |
| 新 井 田 慎 | 080-6547-3364 |         |

エ その他、サービス利用時、直接お申し付けいただくこともできます。

### (2) 相談・苦情の処理手順

ア サービスを受けた利用者（利用者や家族）から具体的な相談・苦情の内容をお聞きします。

なお、相談・苦情をお受けする際、分かる範囲でサービスの種類、提供年月日及び時間、担当した職員の氏名等をお聞きしたうえで対応します。

イ 事業所内において、苦情受付担当者を中心とした相談・苦情処理のための会議（問題点の整理・洗い出し及び今後の改善策）を開催します。

ウ 苦情受付担当者が直接利用者に対して口頭で事情説明を行います。なお、文書による回答を求められたときは、口頭説明に合わせて文書をお渡しします。また、ア～ウの一連の概要は苦情・相談等記録票に記載します。

エ 苦情処理の場合、その概要についてまとめ苦情解決委員会（第三者委員、苦情解決責任者及び苦情受付担当者で構成する委員会）に報告し、さらなる改善点について助言を受けます。

オ 事業実施マニュアル（介護計画書や各マニュアル）の改善・見直しを行い、再発防止に努めます。

## 13 虐待防止

虐待の発生また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に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。

- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に行います。
- (4) 前3項に定める措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) 虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力します。

14 サービス利用上の留意事項

- (1) 利用者に体調の変化があった場合はお知らせください。
- (2) 施設内で利用者同士の金銭及び食べ物のやり取りはご遠慮ください。
- (3) 現金等の貴重品は可能な限り持参しないようお願いします。やむを得ず持参される場合は、事業所でお預りすることもできます。希望される方はお申し出ください。利用者が貴重品を管理される場合は利用者が責任を持って管理してください。紛失等があっても責任を負いかねます。
- (4) 利用中の医療機関の受診は、基本的に家族で対応いただきます。
- (5) 医療機関ではありませんので体調が優れない場合は利用を見合わせてください。
- (6) 以下の事由に該当する場合、利用中でもサービスを中止し帰宅いただく場合があります。
  - ア 健康チェックの結果、体調が悪かった場合
  - イ 利用中に体調が悪くなった場合
  - ウ 他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合
  - エ インフルエンザ等の感染症を発症している場合
- (7) 建物内は禁煙です。
- (8) 他の利用者及び職員に対する政治や宗教活動はご遠慮ください。

15 第三者による評価の実施状況等

|                   |      |        |  |
|-------------------|------|--------|--|
| 第三者による<br>評価の実施状況 | 1 あり | 実施日    |  |
|                   |      | 評価機関名称 |  |
|                   |      | 結果の開示  |  |
|                   | ② なし |        |  |

令和 年 月 日

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。

(事業所) 所在地 新潟県新発田市真野原外3331番地2  
事業所名 社会福祉法人紫雲寺加治川福祉会  
デイサービスセンターしうんじ  
管理者  
説明者