

【契約書別紙】

日常生活支援総合事業 緩和した基準による通所型サービス

重要事項説明書（サービス A）

＜令和 7 年 1 月 1 日現在＞

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 駒ヶ根市社会福祉協議会
(2) 法人所在地 長野県駒ヶ根市梨の木 2 番 2 5 号
(3) 電話番号 0 2 6 5 - 8 1 - 5 9 0 0
(4) 代表者氏名 会長 有賀 秀樹
(5) 設立年月 昭和 4 0 年 4 月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 日常生活支援総合事業通所型サービス事業所
平成 3 0 年 4 月 1 日指定
長野県 2 0 7 1 0 0 0 0 9 1 号
(2) 事業所の目的 介護保険法及び関係法令に要支援または事業対象の状態になった者に対し、適切な日常生活支援総合事業通所型サービスを提供することを目的とする。
(3) 事業所の名称 デイサービスセンター大原こだま園
(4) 事業所の所在地 長野県駒ヶ根市赤穂 1 4 番地 3 6 4
(5) 電話番号 0 2 5 6 - 8 3 - 6 9 8 6
(6) 事業所長（管理者） 堀越 晃滋
(7) 事業所の運営方針 ① 利用者の要支援状態の軽減若しくは悪化防止又は要介護状態になる事の予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行う。
② 提供する日常生活支援事業通所型サービスの質の評価を行い、常にその改善を図る。
(8) 開設年月 平成元年 4 月 1 日
(9) 利用定員 1 8 人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常事業の実施地域 駒ヶ根市の区域
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで (但し年末年始 1 2 月 3 0 日から 1 月 3 日は除きます)
営業時間	午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分まで

4. 職員の配置状況

当事業所ではご利用者に対して日常生活支援総合事業通所型サービス及び指定通所介護を提供する職員として、以下の職員を配置しています

＜主な職員の配置状況＞

職 種	常 勤
管理者（兼務）	1 名
生活相談員（兼務）	1 名以上
介護職員(兼務)	2 名以上
看護職員（兼務）	1 名以上
機能訓練指導員（兼務）	1 名 以上
調理員	2 名(臨時)
栄養士(兼務)	1 名
管理栄養士	1 名

※職員の配置については指定基準を厳守しています。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では利用者様に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについては以下の場合があります。

- ① 利用料金が介護保険から給付される場合
- ② 利用料金の全額を利用者様に負担いただく場合

＜サービスの概要＞

日常生活支援総合事業の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）については利用料金の9割が日常生活支援総合事業から給付されます。

選択的サービスについては利用者様ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実日、実施内容については、日常生活支援総合事業通所型サービス計画に沿い事業所と利用者様で協議したうえで個別通所型サービス計画に定めます。

（1）共通サービス

利用者様が自立した生活を送るために能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介護を行います。

① 食事

栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

② 送迎

規定時間内の利用者様の希望により送迎サービスを行います。但し通常の事業実施外からのご利用の場合は、交通費実費（1 Kmあたり37円）をご負担いただきます。

＜サービスの利用頻度と料金＞

- （1）利用する曜日や内容等については日常生活支援総合事業通所サービス計画に沿いながら、利用者

様と協議の上決定し、個別通所型サービス計画に定めます。但し、利用者様の状態の変化、日常生活支援総合事業通所型サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

(2) 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（通所介護相当サービス）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：通所介護相当サービス】

下記の利用料金表によって、サービス基本利用料金の1割又は2割（自己負担額）をお支払いください。

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業対象者	3,550円（1回につき）	355円	710円
	1月につき週1回利用 1,528円		
	1月につき週2回利用 3,078円		
利用回数	1ヶ月に5回を上限とします		

※上記の基本利用料は、駒ヶ根市が告示で定める日常生活支援総合事業基本報酬額の金額に相当する金額であり、日常生活支援総合事業基本報酬額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)
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	介護職員の総数のうち、介護福祉士50%以上配置していることに対する加算です。	要支援1 720円／月	72円／月	144円／月
		要支援2 1,440円／月	144円／月	288円／月
栄養アセスメント加算	栄養改善が必要な利用者 を的確に把握して、適切な サービスに繋げていきま す。	500円 (1か月ごとに算定)	50単位(円) (1か月ごとに算定)	100単位(円) (1か月ごとに算定)

栄養改善加算	低栄養状態またはその恐れがある利用者に栄養状態の改善や心身機能の維持・向上を図る取り組みに対して評価します。	2000円 (低栄養状態またはそのおそれがある方が対象)	200単位(円)/月2回まで	400単位(円)/月2回まで
科学的介護推進体制加算Ⅰ	利用者ごとのADL値、認知症の状況、その他の心身の状況などに係る基本的なデータ提出とフィードバック情報を活用する加算です。	400円	40単位(円)×月	80単位(円)×月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員のキャリアアップの仕組みを作ったり、職場環境の改善を行ったりした事業所に対して支給される加算です。	所定単位数合計の9.2%を乗じた額		

- (3) 利用者様が判定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。サービスの契約を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。
(償還払い)
- (4) 介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者様が、保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付いたします。
- (5) 利用者様に提供する食事の材料費等に係る費用は、別途いただきます。
- (6) 介護保険の給付額対象とならないサービスは利用料金の全額がご契約者の負担となります。

【契約書第5条・第6条参照】

食費	食事の提供をする場合、1食につき850円の食費をいただきます。
入浴費	自宅での入浴が困難と判断された場合対応いたします 1回につき、500円の入浴料をいただきます。
介護保険の支給限度額	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。
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、利用者様の負担が適当と認められるものについて、費用の実費をいただきます。その場合にはあらかじめ利用者様又はご家族様に対し事前に文章にてお知らせいたし署名（記名捺印）を受ける事とします。

- (7) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

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1か月ごとに清算し、翌月の25日（祝休日の場合は直前の平日）に、利用者様が指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した1か月ごとに清算し、翌月の25日（休業日の場合は前の営業日）までに、現金でお支払いください。

(8) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- ① 利用予定日の前に利用者様の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合はサービスの実施日の前日までに当事業所に申し出てください
- ② 月のサービス利用日や回数については、利用者様の状態の変化、サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ③ 利用者様の状態の変化等により、サービス提供量が介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者等と調整の上、サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定の援助等必要な支援を行います。
- ④ サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者様の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者様に提示して協議します。

6. 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、担当の介護支援専門員等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口	事業所	駒ヶ根市デイサービスセンター 大原こだま園
	苦情受付担当者	林 真希
	苦情解決責任者	堀越 晃滋
	電話番号	0265-83-6986
	受付時間	月曜日から土曜日 午前8時30分から午後5時15分

(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	駒ヶ根市 福祉課	電話 0265-83-2111 (内線 313)
	長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係	電話 026-238-1580 (直通)

8. 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。

防災訓練 年2回 防災避難訓練（通報訓練） 年2回

豪雨土砂災害訓練 年1回

福祉避難所開設、運営訓練 年1回

自然災害発生時の対応

(1) 安全確保（利用者および職員）

- ア、自然災害などによって被害や交通障害が想定できる場合は、気象情報などを情報収集し、必要に応じて緊急避難場所に避難します。
- イ、あらかじめ避難することが困難な場合は、職員自らの安全を確保すると同時に、利用者に対する声掛けなどにより安全を図ります。揺れや風雨（雪）が収まってきたら、利用者及び職員の安否を確認します。
- ウ、重傷者が発生場合は、医師による治療が行われるまで、可能な限りの応急手当を施します。また、不幸にも死者が出た場合は、他の利用者から隔離して安置します。

(2) 利用者の避難経路の確保

- ア、施設の被害状況（建物の損傷、備品の転倒、ガラスの散乱など）を確認し、利用者の避難経路を確保します。
- イ、揺れや土砂崩れによる建物の転倒、損傷や水没の恐れがある場合は、すみやかに避難します。利用者の心身状態の特性に応じて、避難時に介助が必要な方や、パニック等による２次災害が想定される方の対応に留意します。

(3) 職員の確保

- ア、自然災害などによって被害や交通障害が想定できる場合は、夜間休日でも、あらかじめ職員体制を整えておきます。被害が想定できなかった場合や、夜間休日等閉園している時間帯の場合は、あらかじめ定めておいた参集体制や非常連絡網 等により、必要な職員を確保します。
- イ、職員が参集したら、管理者（不在の場合は次順位の職員）を指揮者とし、災害対策に係る組織体制に従って行動します。

(4) 停電時の対応

停電が生命にかかわる方（人工呼吸器、在宅酸素、痰の吸引器などを使用する方）が利用している場合は、非常用発電機を使用し正常に作動することを確認します。

(5) 関係機関との連絡調整

被害（利用者、職員、施設・設備）があった場合は、すみやかに法人事務局に報告します。また、必要に応じて関係機関（医療機関、行政、消防など）との連絡調整を密にします。特に大きな災害では、応援人員の派遣要請などにつなげます。

(6) ご家族への連絡

- ア、利用者の安否を必要にお維持手ご家族に伝えます。
- イ、自然災害が発生した場合は、利用開始時に確認してあります、ご家族に連絡に上指示や意向を確認します。

〈7〉 その他

- ① 自然災害などによって被害や交通障害が想定できる場合は、気象情報などを情報収集の上、管理者及び法人基幹側の判断により閉園する場合があります。その際には事前に連絡いたします。
- ② 利用期間中に前記のような状況が予測される場合、管理者及び法人基幹側の判断により営業時間を短縮し、ご自宅へ送らせていただく場合があります。その際には事前に連絡いたします。
- ③ 利用期間中に「警戒レベ3 高齢者等避難」等が気象庁や行政などから発令された場合、利用者の安全確保を最優先し、状況をみて速やかに営業を中止しご自宅へお送りします。
- ④ 発令地域にお住まいの方の場合、本人、ご家族の意向を確認の上、状況が安定するまで事業所に留まって頂く（宿泊を含む）場合があります。その際生活に必要なケアサービスを無償で提供致します。
- ⑤ 利用日以外の利用者であっても、自然災害などにあつて被害や交通障害が想定される場合独居、高齢者世帯（世帯員を含む）限り本人及びご家族の希望、申し入れがあれば当事業所にて状況が安定するまで留まっていただく（宿泊含む）ことを可能にします。その際生活に必要な送迎及びケアサービスを無償提供致します。
- ⑥ 独居、高齢者世帯（世帯員を含む）に限り状況や時間帯により職員から電話もしくは訪問にて安否確認や情報提供をさせていただく場合があります。
- ⑦ 当時事業所は非常災害時（激甚災害）における市指定福祉避難所に指定されており、対応にあたり行政や介護保険関係者、地域関係者との連携をはかります。

利用時リスク説明

当事業所ではご利用者さまが安心かつ快適な自主事業通所サービスを利用されますように安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者さまの身体状況や疾患に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》

- ・ 高齢化により歩行時の転倒、ベッドや椅子からの転落等による骨折・外傷・頭蓋骨内損傷の恐れがあります。
- ・ 自主事業通所介護（デイサービス）では、原則的に拘束を行わず、利用時間内も過度の抑制を行わないことから、徘徊による転倒が起こる可能性があります。
- ・ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ・ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ・ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血がしやすい状態にあります。
- ・ 加齢に伴う機能低下や認知症状の進行により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険度が高い状態にあります。
- ・ 高齢者であることで、脳や心臓の疾患により身体状況が急変される場合もあります。
- ・ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当事業所職員または、主治医の判断と指示で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- ・ 身体状況や服用されている薬などから体調を崩されやすいことがあります。
- ・ 感染症が発生した場合、早急に対応策をとり実施いたしますが、「社会の場」において感染拡大の恐れがあります。

＊ なお、利用開始時もしくは随時説明の内容で不明な点があれば遠慮なくお尋ねください。

個人情報使用同意書

通所介護サービスの提供を受けるに当たって、下記事業所が、「私」又は「私の家族」の通所介護を目的に行うサービス等で、通所介護に必要となる、「私」又は「私の家族」の個人情報(氏名・住所・健康状態・家庭状況・特定の個人が識別される、または識別されうる画像 等)を状況に応じて用いることを、契約書第3章10条の規定に基づき同意します。

記

取得・利用目的

- ・他の事業者間との連携を図るための情報提供(ケア会議・介護計画・リハビリ計画書)
- ・緊急時における情報提供(病院・消防・地域住民)
- ・通所介護サービスの向上を目的とした研修会等での事例発表(個人が特定されないように配慮し実施)

個人情報の管理

- ・上記目的の範囲内において、法令等に従い個人情報を保護し適正な管理をします。

事業者

住 所 長野県駒ヶ根市赤穂14番地364

事業者名 社会福祉法人 駒ヶ根市社会福祉協議会
デイサービスセンター 大原こだま園

令和 年 月 日

【 利用者の同意 】

サービス担当者会議等において、私の個人情報を使用することに同意します。

利 用 者 _____

代 理 人 _____

(利用者との関係 _____)

【 利用者の家族の同意 】

上記利用者に係るサービス担当者会議等において、私及び私の家族の個人情報を使用することに同意します。

利用者家族代表 _____

送迎に関する同意書

- ① 原則として、玄関の中まで（車いすの方は居室）の送迎をいたします。
身体的・環境的等の諸事情等がある場合は、ご本人様、ご家族様と話し合いにより、提供できる範囲の送迎サービスをさせていただきます。
- ② 送迎時間につきましては、天候や交通事情等で、到着が遅れる場合がございます。大幅に遅れる場合は、事業所より電話にて連絡いたします。
また、多少予定時間を前後する場合がございますので、外でお待ちにならず、家の中でお待ちいただけますようお願いいたします。
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等でできていない場合は、他の利用者様にご迷惑をおかけしてしまいますので長時間待機することはできません。
ご本人ご家族様のご協力をお願いいたします。
- ④ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いいたします。
- ⑤ 送迎途中での乗下車はできません。また、住居以外への送迎もできませんのでご了承ください。

【事業者】

住 所 長野県駒ヶ根市赤穂 1 4 番地 3 6 4
事業者名 社会福祉法人 駒ヶ根市社会福祉協議会
デイサービスセンター大原こだま園

【利用者の同意】

令和 年 月 日

上記の説明を受け、確認の上、同意いたします。

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

(利用者との続柄) _____

重要事項説明確認書

令和 年 月 日

日常生活支援総合事業通所型サービスの提供開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者	
所在地	駒ヶ根市赤穂 1 4 番地 3 6 4
事業者（法人）名	社会福祉法人 駒ヶ根市社会福祉協議会 駒ヶ根市デイサービスセンター大原こだま園
説明者	
所属	デイサービスセンター大原こだま園
職・氏名	_____

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、通所型サービスの提供開始に同意しました。
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 _____

氏 名 _____

本人との続柄 _____