

**第1号通所事業（通所型サービス）
契約書別紙（兼重要事項説明書）**

ご利用者様 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	特定非営利活動法人ファミリーサポートおひさま
主たる事務所の所在地	〒028-0024 岩手県久慈市栄町第32地割35番地1
代 表 者 名	理事長 村田 美幸
設 立 年 月 日	平成16年 3月 9日
電 話 番 号	0194-52-4799

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ファミリーサポートおひさま	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業（通所型サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒028-0024 岩手県久慈市栄町第32地割35番地1	
電 話 番 号	0194-52-4799	
指定年月日・事業所番号	平成 30年 4月 1日指定	0370700270
利 用 定 員	定員25人	
事 業 の 実 施 地 域	久慈市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、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、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしく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（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、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. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）除く
営業時間	午前8時30分から午後5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（兼務含む）
生活相談員	常勤 2人、 非常勤 人
看護職員	常勤 2人、 非常勤 人
介護職員	常勤 7人、 非常勤 人
機能訓練指導員 （看護職員・作業療法士）	常勤 2人、 非常勤 1人

7. 事業所の管理者

あなたへのサービス提供の管理責任者（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。

管理責任者	村田 美幸
-------	-------

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応じた基本利用料の自己負担割合（1割から3割）の額となります。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（通所型サービス）の利用料

【基本部分】（一例・自己負担1割の場合）

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 （1割の場合）
通所型サービス 1 （1月につき）	1月の提供回数が4回程度の場合 （事業対象者・要支援1）	17,980 円	1,798 円
通所型サービス 2 （1月につき）	1月の提供回数が8回程度の場合 （事業対象者・要支援2）	36,210 円	3,621 円

（注）上記の基本利用料は、久慈広域連合が定める金額であり、これ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】（一例・自己負担1割の場合）

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	事業対象者	加算額	
		基本利用料	利用者負担 (1割の場合)
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) (1月につき) ※	要支援1	880円	88円
	要支援2	1,760円	176円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ (6か月に月1回)		200円	20円
科学的介護推進体制加算(1か月につき)		400円	40円
若年性認知症利用者受入加算 (1月につき)		2,400円	240円
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	基本部分と各種加算・ 減算の合計の12.0%		左記額の1割

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。
加算の要件となる当該加算の体制・人員要件を満たしております。

【減算】（一例・自己負担1割の場合）

減算の種類	基本利用料※	1割負担の場合
事業所が送迎を行わない場合	片道につき減算470円	片道につき減算47円

※上記の基本利用料は厚生労大臣が告示で定めた金額でありこれが改定された場合は、これら基本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	食事費(おやつ、お茶類含む)1日につき500円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつ代の費用は自己負担となります。
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。

(注) デイサービスの途中で帰宅する際の昼食のお持ち帰りは、別途容器代(60円)がかかります。

(3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(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。

支払方法	支払要件等
銀行振込	サービスを利用した月の翌月末日までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 北日本銀行 久慈支店 普通口座 4125461 口座名 特定非営利活動法人ファミリーサポートおひさま 理事長 村 田 美 幸 (振込手数料はご負担願います。)
現金払	サービスを利用した月の翌月末日までに、現金でお支払いください。

9. 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	社会福祉士 大澤 千佳子
-------------	--------------

- (2) 苦情解決体制を整備しています。

- (3) 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。

10. 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、利用者本人または他人の生命・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、次に掲げることにより留意して、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、理由及び対応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、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・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。

11. 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、速やかに下記の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。

利用者の主治医	医療機関の名称 主治医氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	() 電話

1 2. 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及び久慈広域連合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 3. 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。

ご不明な点は何でもご相談ください。

事業所相談窓口	電話番号 0194-52-4799 月曜日から土曜日まで 時間 9時00分から17時00分まで 担当 生活相談員 《 小向 てい子・村田 静香 》
---------	--

(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	国保連合会	電話番号 019-623-4325
	福祉サービス運営適正化委員会	電話番号 019-637-8871
	久慈広域連合	電話番号 0194-61-3355
	久慈市地域包括支援センター 介護支援係	電話番号 0194-61-1112

1 4. 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いたします。
- (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) 予定利用日の前に、介護サービス利用の中止又は変更を担当の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。
- (5) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を提示して協議します。
- (6) 以下のことは禁止行為といたします。ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。
 - ①事業者の職員に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
 - ②事業者の職員に対してのパワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
 - ③サービス利用中やサービス終了後に関しても事業者の職員の写真（画像）や動画撮影、録音等無断で SNS 等に掲載すること。

1 5. 非常災害対策

サービスの提供中に天災そのほかの災害が発生した場合、従業者はご利用者様の避難等適切な措置を行います。管理者は、非常災害そのほか緊迫の事態に備え、とるべき措置について予め対策をたて、その対策に基づいてご利用者様及び職員の消防防火教育及び訓練を行い災害に備えます。

非常時の対応	消防計画を作成し、消防計画により対応します。
防災設備	消火器・避難経路図等の表示があります。
防災訓練	年一回以上実施します。
防火責任者	防火管理者

16. 業務継続計画（BCP）の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を策定します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的(年2回以上)に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

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 岩手県久慈市栄町第32地割35番地1

事業者名 特定非営利活動法人

ファミリーサポートおひさま

代表者名 理事長 村田 美幸 印

説明者名 印

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、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 印

代理人 住 所

本人との続柄

氏 名 印