

通所介護 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. 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	通所介護	
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 16年 5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. 運営方針

ご利用者様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必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、ご利用者様等の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご利用者様のご家族様等の身体的・精神的負担の軽減を図るものとする。

- ① 事業において提供する通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ② 本事業の実施に当たっては、ご利用者様の人格を尊重し、常にご利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- ③ ご利用者様及びそのご家族様等のニーズ並びに心身の状態を的確に捉え、その状況にあった個別の通所介護計画を作成することにより、ご利用者様が必要とする適切なサービスの提供を図るものとする。
- ④ 通所介護計画は、その内容及び提供方法をご利用者様及びそのご家族様等にわかりやすく説明し承諾を得るものとする。
- ⑤ サービスの提供は、適切な介護技術を持って提供するものとする。
- ⑥ サービスの提供は常に、提供したサービスの質の管理、評価を行うものとする。
- ⑦ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービス等関係機関との綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 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

5. ご利用者様のサービス利用日及び内容

ご利用日	毎週 火曜日・ 木曜日・ 曜日・ 曜日・ 曜日・ 曜日
サービス内容	☐ 送迎 ☐ 往路 ☐ 復路 ☐ 健康チェック ☐ 機能訓練 ☐ 入浴 ☐ 日常動作介護 ☐ 介護指導 ☐ 介護・生活相談 ☐ 食事 ☐ 口腔ケア

6. ご利用事業所の設備

総面積	408.97 m ²	食堂・機能訓練室		118.56 m ²	
サービスルーム	30.22 m ²	厨房	22.35 m ²	事務室	18.63 m ²
相談室	11.86 m ²	静養室	10.62 m ²	予備室	11.17 m ²
和室2	各 9.93 m ²	浴室	一般・リフト	送迎車	4台
その他	トイレ5（多目的トイレ含） 脱衣室 洗濯室 休憩室 食品庫 保冷室 納戸				

7・事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名【兼務】		業務管理	1名
生活相談員	介護福祉士	2名【兼務】		生活相談	2名
看護職員	看護職員	2名【兼務】		健康相談・確認 介護指導、援助	2名
介護職員	介護福祉士	2名【兼務】 5名【専従】			
	介護員	1名			
機能訓練指導員	作業療法士 看護師	2名【兼務】	1名	機能訓練指導	3名
機能訓練補助員			1名	機能訓練補助	1名
送迎者			3名	送迎車両運転業務、介護補助	3名
事務職員		1名		事務処理	1名
調理員		1名	7名	調理業務	8名
清掃員			2名	清掃業務	2名

8. 提供するサービスの内容

① 送迎

送迎を必要とされるご利用者様には、当施設車両で送迎を行います。送迎は、ご利用者様の心身の状態を考慮し必要な援助をします。送迎場所、乗車日時等は相談の上決めさせていただきます。

② 食事

食事を希望するご利用者様には、食事を提供いたします。食事は、ご利用者様の健康状態を考慮し、衛生管理に十分に配慮し、心身の状態により必要な援助を行います。特別な食事（お粥・刻み食・成分制限食等）を必要とする場合は、事前に申し出てください。また、食事のキャンセルについては当日の午前8時までにはお願いします。

③ 入浴

入浴を希望するご利用者様には入浴サービスの提供をします。入浴は一般浴槽とリフト付き浴槽になります。入浴動作の自立を目指し計画書にそった支援を行います。計画書の作成にあたり、介護福祉士等がご自宅へ訪問し浴室や脱衣室の環境を確認いたします。情報提供のご協力をお願いいたします。入浴に際しては、その健康状態により実施が不可能の場合がございます。

④ 機能訓練

ご利用者様が日常生活を営む上で必要な身体機能、口腔機能の維持、低下を防止するための活動及び訓練、並びに心身の活性化を図るためのサービスを提供します。作業療法士等が機能訓練指導員等と共同で利用者の状況の評価及び個別機能訓練計画を作成しこれに基づいた機能訓練を提供いたします。

⑤ 認知症の方へのかかわり

認知症のご利用者様に認知症の症状の進行の緩和に資するケアを実施いたします。また、若年性認知症（40歳～64歳まで）のご利用者様を対象に、そのご利用者様の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

⑥ ADL（日常生活動作）の維持

自立支援・重度化防止に向けた取組をし、ご利用者様のADL（日常生活動作）を良好に維持・改善できるようケアいたします。

⑦ 口腔・栄養状態の確認

ご利用者様の口腔機能低下や低栄養状態の有無を早期に確認し重症化防止に努めます。

⑧ 科学的介護の推進

個々のデータを匿名で厚生労働省に提出し、厚生労働省からのフィードバック（修正、改善）をうけ、それらを活用してサービスの質の向上を図ります。

⑨ 生活相談

ご利用者様及びそのご家族様の日常生活にかかる相談、助言指導並びに関係機関との連絡調整を行います。

⑩ 介護の指導

ご利用者様及びそのご家族様等の介護に関する相談、指導及び関係機関との連絡調整を行います。

⑪ 健康状態の確認（健康チェック）

看護職員が健康チェック等により、ご利用者様の体調や健康管理に配慮し、健康の維持、増進のために必要な援助を行います。

9. 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) 料金表

【基本利用料】 7時間以上8時間未満（一例・自己負担1割の場合）

介護度	基本利用料※	1割負担額の場合
要介護 1	6,580円	658円
要介護 2	7,770円	777円
要介護 3	9,000円	900円
要介護 4	10,230円	1,023円
要介護 5	11,480円	1,148円

【加算】 （一例・自己負担1割の場合）

加算の種類	基本利用料※	1割負担額の場合
入浴介助加算（Ⅱ）	550円／日	55円／日
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560円／日	56円／日
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	760円／日	76円／日
個別機能訓練加算Ⅱ	200円／月	20円／月
認知症加算	600円／日	60円／日
若年性認知症利用者受入加算	600円／日	60円／日
口腔・栄養スクリーニング加算	200円／年2回	20円／回（年2回まで）
科学的介護推進体制加算	400円／月	40円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円／回	22円／回
ADL維持等加算（Ⅰ）	300円／月	30円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護保険利用単位数の12.0%加算となります ※加算額は利用負担額により異なります	

【減算】 （一例・自己負担1割の場合）

減算の種類	基本利用料※	1割負担額の場合
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働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	介護保険適用の場合でも、保険料等の滞納により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合はいったん1日当たりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日久慈市（保険者）の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（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。

10. 支払い方法

サービスを利用した月の利用料は、1 か月ごとにまとめた金額を利用料請求書に明細を付して、翌月 10 日よりご送付またはご利用日にお渡しいたします。次のいずれかの方法によりお支払いください。領収書等については、受領確認後発行いたします。

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 4 1 2 5 4 6 1 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。

11. 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。

12. 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。

13. 緊急時の対応及び事故発生時の対応

看護職員、介護員等は、サービスの提供中に、ご利用者様の症状の急変、その他緊急事態（事故）が生じたときは、必要に応じて臨時応急手当を行うとともに、管理者の指示により速やかに、利用者の家族等の緊急連絡先、主治医、救急隊に連絡する等の措置を取ります。また、管理者は関係機関に報告いたします。

送迎中の事故に関しても同様の措置を取り、速やかに警察等の関係機関、保険事業者に連絡いたします。

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	() TEL

14. 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

15. 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1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。

16. 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

17. 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

うお願いします。

- (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、通所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。

18. 指定通所介護サービス一日の流れ（一例）

8：10 ～ 9：00	9：00 ～ 9：30	9：30 ～ 11：40	11：40 ～ 11：55	12：00 ～ 12：30	12：30 ～ 12：40	12：40 ～ 14：00	14：00 ～ 14：20	14：20 ～ 15：00	15：00 ～ 16：00	16：10 ～ 17：00
迎え・到着 手洗い・うがい	茶話・健康チェック	個別機能訓練 （脳トレ・筋トレ等）・入浴・水分補給・コミュニケーション	軽体操・口腔体操	昼食	口腔ケア	休憩・茶話・趣味	健康チェック・整容	レクリエーション （グループ訓練・ゲーム）	おやつ 茶話 音レク	送り準備・乗車・自宅へ送り

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

氏 名 印