

介護予防通所サービス

契約書別紙（兼重要事項説明書）②

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、長岡市要綱の規定に基づき、社会福祉法人小越会（以下「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 小越会
主たる事務所の所在地	〒949-5416 新潟県長岡市不動沢2219番地5
代表者（職名・氏名）	理事長 番場光康
設立年月日	平成4年5月29日
電話番号	0258-41-0801（代）

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターこしじの里	
サービスの種類	介護予防通所サービス	
事業所の所在地	〒949-5416 新潟県長岡市不動沢2219番地5	
電話番号	0258-41-0802	
指定年月日・事業所番号	平成11年11月30日指定 令和6年4月1日更新	新潟県1570201549
実施単位・利用定員	1単位	定員25人
通常の事業の実施地域	長岡市(旧越路町、旧小国町)	

※新潟県指定居宅サービス事業指定の通所介護サービスを同一事業所において一体的に運営しています。

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、介護予防・日常生活支援総合事業サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	当法人小越会は、「思いやり」「優しさ」「愛情」の3つの精神を基本理念として社会福祉事業に取り組みます。 ・利用者の人格の尊厳を礎に、利用者本位の福祉サービスを安定した経営環境のもとで提供致します。 ・安全で安心できる暮らしの継続をモットーに、地域福祉の拠点として、そして地域のよりどころとしての機能を十分発揮して住民の期待と信頼にこたえます。

4. 提供するサービスの内容

介護予防通所サービスは、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並
びに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～土曜日（但し、1月1日は休業）
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30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	3人(専1人・兼2人)
看護職員	3人(兼)
介護職員	7人(専1人・兼6人)
機能訓練指導員	4人(兼)

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）及びその管理責任者（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。

担当職員の氏名	生活相談員 阿部瑞穂
管理責任者の氏名	園長 杉本 あさ子

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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割（平成27年8月から））の額です。ただし、介護保険給付等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）介護予防通所介護（介護予防通所サービス）の利用料

【基本部分：介護予防通所費（介護予防通所サービス費）】

利用者の 要介護度等	介護予防通所介護費（介護予防通所サービス費）（1月につき）
	基本利用料 ※（注1）参照
事業対象者・要支援1	17,980円 1週当たりの標準的な回数を定める場合（1月につき）
事業対象者・要支援2	36,210円 1週当たりの標準的な回数を定める場合（1月につき）
事業対象者・要支援1	4,360円 1月当たりの回数を定める場合（1回につき）
事業対象者・要支援2	4,470円 1月当たりの回数を定める場合（1回につき）

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣又は長岡市が告示で定める金額であり、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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、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くこととなりますのでご注意ください。

【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
生活機能向上 グループ活動加算	利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合 (1月につき) ※但し、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	1,000円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合 (1月につき)	2,400円
栄養アセスメント 加算	当該加算の体制・人的要件を満たし、利用者毎の栄養状態等利用者への情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たり、当該情報等、必要な情報を活用していること。	500円
栄養改善 加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合(1月につき)	2,000円
口腔機能向上 加算Ⅰ	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合(1月につき)	1,500円
口腔機能向上 加算Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰの取組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用していること。(原則3ヶ月以内、月2回を限度)	1,600円
一体的サービス提供 加算	当該加算の算定要件を満たす場合	4,800円 (一月)
生活機能向上連携 加算Ⅰ	事業所外部との連携により機能訓練を行っている場合 (3ヶ月に1回を限度)	1,000円
生活機能向上連携 加算Ⅱ	事業所外部との連携により機能訓練を行っている場合 (1月につき) 個別機能訓練加算を算定している場合、基本利用料は1月につき1,000円となる。	2,000円
口腔・栄養スクリーニング 加算Ⅰ	利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を介護支援専門員に文章で共有した場合。 (6ヶ月に1回を限度)	200円
口腔・栄養スクリーニング 加算Ⅱ	利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を介護支援専門員に提供していること。 (6ヶ月に1回を限度)	50円
科学的介護推進体制 加算	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。提出した情報を活用し、計画書の見直しを行い、サービス提供すること。(1月につき)	400円

サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1月につき) ※加算のいずれか1つを算定する。	事業対象者要支援1	880円
		事業対象者要支援2	1,760円
サービス提供体制強化加算Ⅱ		事業対象者要支援1	720円
		事業対象者要支援2	1,440円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		事業対象者要支援1	240円
		事業対象者要支援2	480円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等(=新潟県の場合は全域)において、通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合 ※(注3)		1月の利用料金(基本部分+延長加算)の5%
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合※(注3) ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか一つを算定する。		1月の利用料金(基本部分+各種加算・減算)の9.2%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ			1月の利用料金(基本部分+各種加算・減算)の9.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ			1月の利用料金(基本部分+各種加算・減算)の8.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅳ			1月の利用料金(基本部分+各種加算・減算)の6.4%

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定からは除かれます。

【減算】

減算の種類	減算要件	減算額
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の防止のための対策を検討するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を決めること)が講じられていない場合	基本料金の1%
業務継続計画未実施減算	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合(感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、令和7年3月31日までの間適用しない。)	基本料金の1%
事業所と同一建物に居住する者または同一建物から通所型サービスを行う場合	当該減算の要件に該当した場合(1日につき)	940円/日
事業所が送迎を行わない場合	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合(片道につき)	470円

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき650円の食費をいただきます。
おむつ代	紙おむつ (フラット型 120円/枚、パンツ型 150円/枚、尿取りパット40円/枚)
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。

(3) キャンセル料

利用予定日、前日の10時までにキャンセルの連絡がない場合、キャンセル料として食費相当分の650円を頂きます。ただし、日曜日は営業していないため、月曜日のキャンセルは土曜日の10時までにご連絡ください。

(4) 支払い方法

上記(1)から(4)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。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に差し上げます。

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15日(祝休日の場合は直後の平日)に、利用者が指定する口座より引き落とします。 取扱い金融機関 第四北越銀行、JAえちご中越、郵便局
現金払い	サービスを利用した月の翌月末までに、現金でお支払いください。

9. 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	
	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	

10. 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(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 虐待の防止のための措置

虐待の発生又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。

12. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

13. 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	苦情解決責任者	こしじの里園長 杉本 あさ子
	苦情受付担当者	生活相談員 阿部 瑞穂
	ご利用時間	8:30~17:30
	電話番号	0258-41-0802、面接等
	Mailアドレス	honbu@ogoshikai.or.jp
苦情解決第三者委員	高橋胤生	0258-92-3340
	大橋春昇	090-2200-1235

(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	長岡市長寿はつらつ課	電話番号 0258-39-2268
	長岡市越路支所・地域振興・市民生活課	電話番号 0258-92-5906
	長岡市小国支所	電話番号 0258-95-5903
	長岡市山古志支所	電話番号 0258-59-2332
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3072
	福祉サービス運営適正化委員会	電話番号 025-281-5609

14. 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（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

15. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

16. 掲示

施設内の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務体制、協力医療機関、利用料その他のサービスの選択に資する重要事項を掲示します。ただし、備え付けの書面（紙ファイル等）又は電磁的記録の供覧により、書面による壁面等への掲示を代替することができます。また、重要事項等の情報をウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載・公表します。

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 新潟県長岡市不動沢2219番地5
事業所名 社会福祉法人 小越会
代表者 理事長 番場 光 康 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。

上記契約の証しとして、本契約書2通を作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ1部ずつ保有します。

令和 年 月 日

利用者

ご住所

お名前

印

署名代行者

ご住所

お名前

印（続柄 ）

代理人

ご住所

お名前

印

平成29年4月1日作成
平成30年4月1日改訂
令和元年5月1日改訂
令和元年6月1日改訂
令和元年10月1日改定
令和3年4月1日改訂
令和3年8月1日改訂
令和4年10月1日改訂
令和5年5月1日改訂
令和5年1月1日改訂
令和6年4月1日改訂
令和6年6月1日改訂
令和7年4月1日改訂
令和7年6月25日改訂