

介護予防・日常生活支援総合事業通所介護 契約書別紙（兼重要事項説明書）

[2024年6月22日現在]

1. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名	公益財団法人 宮城厚生協会 中新田民主デイサービス
事業所番号	宮城県指定 0492800099
所在地	宮城県加美郡加美町字矢越345
管理者氏名	小野寺 英子
電話番号	0229(63)5702
FAX番号	0229(63)6394
通常の実地の実施地域	加美町、色麻町(但し申し立てにより認められています)
実施単位・利用定員	1単位 18名

事業所を運営する事業者について

事業者名称	公益財団法人 宮城厚生協会
代表者氏名	理事長 土村 まどか
所在地	宮城県多賀城市下馬2丁目13番7号
電話番号・FAX番号	(電話：022-361-1158・Fax：022-361-1124) (担当：介護事業部)
法人設立年月日	1950年2月21日

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援状態又は市町村のチェックリストにより事業対象と判定された利用者が、その能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の特性を踏まえ、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居宅サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等を適切に提供します。また、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図れるよう支援します。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、適切なサービスの提供に努めます。

(3) 営業日及び営業時間、サービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日、8月16日、12月30日～1月3日を除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時00分
サービス提供時間	午前9時15分～午後3時30分

(4) 事業所の職員の職種、員数及び職務内容

職種	人数	職務内容
管理者	1名	診療所兼務 従業員及び業務の総括管理
生活相談員	1名以上	日常生活およびサービスに関する相談 地域・医療・介護事業との連絡調整
看護職員	1名以上	健康管理と日常生活のケア実施、 介護スタッフと共に機能訓練実施
介護福祉士 介護職員	1名以上	日常生活のケア、看護師と共に健康管理 リハビリスタッフと共に機能訓練実施
生活機能訓 練指導員	1名以上	利用者の身体的・精神的評価の実施、 適切な機能訓練の施行・指導

2. 提供するサービスの内容

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスは、送迎サービスにて利用者宅より通所し、心身の状況をみながら日常生活のケア、機能訓練を行うことで利用者の在宅生活を支援し、心身機能や生活活動の維持回復を図るサービスです。

その方の状況に合わせ昼食を提供し、必要な方には健康チェック、服薬や排せつ、入浴などの介助も行います。利用者の能力に応じた日常生活動作を通じたりハビリやレクリエーション・集団体操、個別機能訓練など個別計画を作成してサービスを提供します。

提供サービスに対しての第三者評価は受審しておりません。

3. 利用料等

- (1) サービスの利用料は、契約書別紙②(料金表)のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は、介護負担割合証に記載されている割合になります。(介護報酬が改定された場合は、自動的に改定されます。)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、超えた額の全額をご負担いただきます。

*尚、保険料の滞納等により、法定代理受領ができない場合は、全額(10割)を一旦お支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を発行しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請をして下さい。

- (2) 食事代及びその他の費用(教養娯楽費など)は、契約書別紙②(料金表)の通りです。

- (3) 利用予定日の直前にサービス利用を中止する場合、キャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の体調や様態の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

①ご利用の 前日の夕方5時までに	連絡いただいた場合	無料
②ご利用の 前日の夕方5時までに	連絡がなかった場合	食事代

- (4) 支払い方法：利用料等は、月ごとにまとめて請求しますので、翌月27日に、指定する金融機関の口座からの引き落としにてお支払い下さい。

4. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者の病状に急変その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医及び家族等へ連絡する等の必要な措置を講じます。

5. 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、担当の居宅介護支援事業者(又は地域包括支援センター)及び市町村に連絡し、必要な措置をとります。

又、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

6. 非常災害対策

非常時には、職員が利用者の安全を最優先して安全な場所に誘導します。消火設備その他必要な設備を設け、非常災害に備えるため具体的計画を立て、定期的に避難・救出等の訓練を行います。関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。

7. 秘密保持と個人情報保護について

(1) 事業者及び事業者の従業者は、サービス提供にあたって知りえた利用者及び家族に関する情報は理由無く他の人に漏らしません。当該事業所の従業者でなくなった場合においても同様です。

(2) 事業者は、利用者及び家族の個人情報について、サービス担当者会議等において必要な場合に限り、利用者及び利用者の家族の同意を得た上で必要最小限の範囲内で使用します。

(3) (1)の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律124号)に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

8. 記録の開示及び複写

利用者は事業者に対し、記録の閲覧及び複写を求めることができます。求めがあった場合には開示に関する規定に従い、開示の手続きを行います。閲覧及び複写にあたっては、以下の料金をご負担いただきます。

開示料金：2000円、複写料金：白黒及び2色1枚20円、カラー1枚50円 管理者説明：30分毎に5000円
--

9. 虐待防止の対応

事業所は、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修を実施し、権利擁護、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止に関する対応を行います。当事業所に関する内容以外でも、遠慮なくお申し出ください。

虐待防止責任者 小野寺 英子

10. サービス提供に関する相談・苦情について

(1) 相談・苦情に適切に対応するための手順は以下の通りです。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・苦情をうけた場合、責任者は詳しい事情を把握し、利用者の立場に立った対応に努める・市町村や国民健康保険団体連合会(以下「市町村等」という。)が行う調査に協力する・市町村等から指導又は助言を受けた場合は、指導又は助言に従って適切な改善を行う・苦情受付から解決までの経過と結果を記録し、同様の苦情の再発防止に役立てる・市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告する |
|---|

(2) 苦情相談窓口：受付時間（平日午前9時から午後5時）

担当部署	責任者：本間 祐美子	電話番号	0229(63)5702
------	------------	------	--------------

*当事業所では、「介護ネットみやぎ」の会員団体で、第三者委員を共同委嘱しています。以下の窓口へ直接申し出ることや、立ち合いや助言を求めることもできます。

第三者委員苦情相談受付窓口(介護ネットみやぎ)	022-276-5201
-------------------------	--------------

*市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

苦情受付機関	電話番号
加美町役場 保健福祉課 高齢者福祉係	0229(63)7870
色麻町役場 保健福祉センター 福祉係	0229(66)1700
宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課	022-222-7700 (苦情相談専用)

1.1. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) 体調不良時に入浴、機能訓練等のサービスは提供できません。体調不良時は、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 個別ではなく集団でのサービス提供となりますので、周りの方の迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 利用者・家族から他利用者・事業職員に対しての暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷などの迷惑行為、パワー・セクシャルなどのハラスメント行為は契約書第9条1項に当たる行為とみなし、契約の解約を求めることがあります。
- (4) 利用者本人以外の写真や動画の撮影・録音などをインターネットなどに掲載するなどの行為は迷惑行為に当たりますのでご遠慮ください。

年 月 日

*事業者は、地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して、上記のとおり重要事項を説明しました。

《事業者》 所在地 多賀城市下馬二丁目13-7
法人名 公益財団法人 宮城厚生協会
代表者名 理事長 土村 まどか

《説明者》 事業所名 公益財団法人 宮城厚生協会 中新田民主デイサービス
(自署) 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、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》 氏名 _____

上記署名は、私が本人の意思を確認し、代行しました。

《署名代行者》 (自署) 氏名 _____
(利用者との関係：)