介護予防・日常生活支援総合事業
第１号通所事業契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当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　永明会
主たる事務所の所在地	〒206-0804　稲城市百村２５５番地
代表者（職名・氏名）	理事長　永田　穂積
設立年月日	平成7年4月1日
電話番号	042-379-5500

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	いなぎ苑（地域密着）	
サービスの種類	第１号通所事業	
事業所の所在地	〒206-0804　稲城市百村２５５番地	
電話番号	042-379-5500	
指定年月日・事業所番号	平成30年４月１日指定	１３Ａ５１０００６３
利用定員	地域密着型通所介護9名、第1号通所事業9名 ※ 地域密着型通所介護及び第1号通所事業は、同一の事業所において一体的に運営しています。指定上の定員は地域密着型通所介護9名、第1号通所事業9名ですが、両サービスを合わせた利用定員は45名です。利用状況に応じて各サービスの利用人数は変動しますが、合計利用者数は18名を超えません。	

管理者	施設長　高天　直樹
事業の実施地域	稲城市

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、介護予防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 ただし、日曜日・年末年始（12月31日から1月3日）は休み。
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００分から午後５時００分まで

６．事業所の職員体制

職種	職員人数	主な業務
管理者	１名	事業所運営
生活相談員	１名以上	契約・相談
介護職員	2 名以上	介護サービス
看護職員	１名以上	健康管理
機能訓練指導員	１名以上	機能訓練

７．サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）及びサービス提供の担当職員（生活相談員）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。

管理責任者の氏名	管　理　者（施設長）　　高天　直樹
担当者	生 活 相 談 員

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」に応じた金額になります**。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号通所事業の利用料

【通所型サービスＡ】

サービス名称	単位	基本利用料 （１回あたり）	利用者負担 １割	利用者負担 ２割	利用者負担 ３割
通所型サービスＡ 全日（送迎あり） １月１～４回まで	436	４，６５６円	４６６円	９３２円	１，３９８円
通所型サービスＡ 全日（送迎あり） １月５～８回まで	447	４，７７３円	４７８円	９５６円	１，４３４円
入浴介助加算	40	４２７円	４３円	８６円	１２９円
科学的介護推進体制加算	40	427 円（1 月）	43 円（1 月）	86 円（1 月）	129 円（1 月）
処遇改善加算 （Ⅰ）	1～4 回利用　40 単位（回）		5～8 回利用　41 単位（回）		

※基本利用料（単位数×10.68）

（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８００円の食費をいただきます。 新年会、敬老会の際の食事は御祝膳となりますので食費は１２００円となります。
おやつ代	おやつの提供を受けた場合、１回につき９０円の実費をいただきます。
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。

（３）キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	なし
利用予定日の当日	昼食費（おやつ含む）890円
敬老会、新年会当日	昼食費（おやつ含む）1290円

（４）支払い方法

毎月、25 日前後に前月分の請求書を送付いたします。お支払方法は、毎月 4 日頃に口座引落し方法、または郵便振り込みにてお支払をいただきます。

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">主治医</td><td>病院名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>主治医氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">緊急連絡先①　　（利用者名　　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電話</td><td colspan="2"></td><td>携帯電話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">緊急連絡先②</td></tr>
</table>

氏名		続柄	
住所			
電話		携帯電話	

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、担当の地域包括支援センター及び稲城市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．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	いなぎ苑　電話番号　０４２-３７９-５５００ 面接場所　当事業所の相談室

（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	稲城市高齢福祉課	電話番号　０４２－３７８－２１１１
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号　０３－６２３８－０１７７

１２．非常災害対策

・防災時の対応　　緊急体制に基づく

・防災設備　　稲城市消防署検査済

・防災訓練　　年２回以上実施

１３．利用者様・身元保証人へのお願い

利用者様及び身元保証人には、他の利用者様の安全と安心を守るため、職員の指示へのご協力、施設設備の適切な利用、他の利用者様への迷惑行為の防止等

にご協力をお願いします。また、心身の状態に変化があった場合は速やかにお知らせください。

１４．カスタマーハラスメントへの対応

暴言、暴力、脅迫、威圧的な言動、執拗な要求、長時間の拘束、セクシュアルハラスメント、SNS等での誹謗中傷その他職員の就業環境を害する行為があった場合は、事実確認のうえ是正をお願いし、改善が認められない場合は契約書に基づきサービス提供の中止又は契約を終了する場合があります。

１５．撮影・録音・SNS への掲載

事業所内での写真撮影、動画撮影、録音及び SNS・インター　ネット等への掲載は、他の利用者様及び職員のプライバシー保護のため、事業所の許可を得て行ってください。無断での撮影・録音・公開はお断りします。

１６．個人情報の取扱い

利用者様及び身元保証人の個人情報は、個人情報保護法その他関係法令に基づき適正に管理します。サービス提供に必要な範囲でのみ使用し、本人の同意又は法令に基づく場合を除き第三者へ提供しません。

１７．緊急時・事故発生時の対応

サービス提供中に体調の急変や事故が発生した場合は、必要な応急処置を行い、安全を確保したうえで主治医、救急隊、ご家族（身元保証人）、担当介護支援専門員等へ連絡します。事故については原因を検証し、再発防止に努めます。

１８．虐待防止・身体拘束等適正化

虐待防止委員会の設置、職員研修の実施及び相談体制を整備しています。身体拘束等は原則として行いません。やむを得ず実施する場合は法令に基づき適切に記録し、ご本人及びご家族へ説明します。

１９．感染症対策・業務継続計画（BCP）

感染症や自然災害等の発生時においてもサービスを継続できるよう業務継続計画を策定し、定期的な訓練・研修を実施しています。感染拡大防止のため、必要に応じてサービス内容の変更又は休止をお願いする場合があります。

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　　東京都稲城市百村 255 番地
事業者名　　社会福祉法人　永明会
事業所名　　いなぎ苑（地域密着）
管理者　　施設長　　高　天　直　樹　　印

説明者　　生活相談員　　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　様　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身　元　保　証　人（ご家族等）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印