

地域密着型通所介護 契約書兼重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業

社会福祉法人与謝郡福祉会
伊根デイサービスセンター

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 与謝郡福祉会
主たる事務所の所在地	〒629-2403 京都府与謝郡与謝野町字加悦802番地7
代表者（職名・氏名）	理事長 四宮 功 雄
設 立 年 月 日	平成7年3月10日
電 話 番 号	0772-44-0015

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	伊根デイサービスセンター		
サービスの種類	地域密着型通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業		
事業所の所在地	〒626-0414 京都府与謝郡伊根町字六万部小字ヤクシノ上154番地		
電 話 番 号	0772-32-1281		
指定年月日・事業所番号	地域密着型通所介護	令和7年5月1日伊根町指定	2692000165
	介護予防・日常生活支援総合事業	平成12年4月1日伊根町指定	2672000011
利 用 定 員	15人		
通常の事業の実施地域	伊根町		
関 連 施 設 名 称	特別養護老人ホーム 長寿苑		
事業所の所在地	〒626-0414 京都府与謝郡伊根町字六万部小字ヤクシノ上154番地		
電 話 番 号	0772-32-1280（代）		

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	地域密着型通所介護の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員が、認知症の要介護状態にある高齢者に対し適正な地域密着型通所介護を提供することを目的とする
運営の方針	・利用者の意思及び人格を尊重し、通所介護計画に基づいて必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び精神的負担の軽減を図るよう支援します。 ・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します

4. 提供するサービスの内容

地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所（伊根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	日曜日～金曜日
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時30分～15時40分（6時間10分）

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	人数
施設長（管理者）	1 人
生活相談員	1 人以上（常勤）
看護職員	1 人以上（常勤）
介護職員	1 人以上
機能訓練指導員（看護職員兼務）	1 人

7. サービス提供の担当者

サービス提供責任者及び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。

サービス提供責任者氏名	係 長 廣 野 邦 彦
管理者氏名	施 設 長 嶋 崎 福 寿

8. 利用料

（１） 地域密着型通所介護の利用料・・・基本部分、加算、減算の合計の額となります。

【基本部分：地域密着型通所介護】

負担割合 1 割 単位（円）／日 ※負担割合に応じ算定

区分	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	416	436	657	678	753	783
要介護2	478	501	776	801	890	925
要介護3	540	566	896	925	1032	1072
要介護4	600	629	1013	1049	1172	1312
要介護5	663	695	1134	1172	1312	1365

【各種加算（地域密着型通所介護）】

負担割合 1 割 単位（円）／日 ※負担割合に応じ算定

種類	単位（円）／回	備考
入浴介助加算Ⅰ	40	入浴時適用
入浴介助加算Ⅱ	55	下記参照
（Ⅰ）要件 ・現行（Ⅰ）の要件に加え、入浴介助にかかわる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと （Ⅱ）要件 ・加算（Ⅰ）の要件に加え、医師・理学療法士・作業療法士・介護福祉士・介護支援専門員等（以下「医師等」）が利用者宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作および浴室の環境を評価していること。 当居宅の浴室が、利用者自身または家族等の介助により入浴が難しい環境にある場合には、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。ただし、医師等の居宅訪問が困難な場合、介護職が訪問し、医師等の指示の下、情報通信機器を活用して浴室における利用者の動作および浴室環境の把握を行い、医師等が評価・助言する場合においても算定可能。 ・個別の入浴計画を作成すること。ただし、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができる ・入浴計画に基づき、個浴または利用者の居宅に近い環境で、入浴介助を行うこと		

科学的介護推進体制加算	40／月	適用
・データ提出頻度について、ほかのLIFE関連加算と合わせ、少なくとも3ヶ月に1回に見直す ・初回データ提出時期について、ほかのLIFE関連加算にそろえることができる		
若年性認知症受入加算	60／日	算定時適用
認知症加算	60／日	算定時適用
・看護職員または介護職員を人員基準で定められている員数に加えて、常勤換算方法で2以上確保していること ・前年度または策定日が属する月の前3ヶ月間の利用者総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状または行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が15%以上であること ・サービス提供時間を通じて、専ら当該サービス提供に当たる認知症介護指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修、または認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置していること ・当該事業所の従事者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催していること		
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22／日	適用
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18／日	算定時適用
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6／日	算定時適用
＜算定要件＞ ◆サービス提供体制強化加算Ⅰ 以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上 ◆サービス提供体制強化加算Ⅱ 介護福祉士50%以上 ◆サービス提供体制強化加算Ⅲ 以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上30%以上 ※介護福祉士に係る要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年以上勤続職員の割合」		
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	9.2%	適用
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0%	算定時適用
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	8.0%	算定時適用
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	6.4%	算定時適用

※サービス提供体制強化加算については、職員体制により変動があります。変更の際は、通知致します。

※介護職員等処遇改善加算については、介護職員の賃金の改善等を実施している場合に利用された所定の単位数に応じて加算されます。

※同一建物から当事業所に通う場合、負担割合1割の方は1日につき94単位（円）／日を減算します。但し、介助等を要する場合は減算となりません。（負担割合に応じ算定）

※送迎を実施していない場合、負担割合1割の方は片道につき47単位（円）／回を所定単位数から減算します。（負担割合に応じ算定）

※各種加算については、介護保険法の改正により変更となる場合があります。変更の際は通知いたします。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の利用料・・・基本部分、加算、減算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防・日常生活支援総合事業】

負担割合1割 単位（円）／日 ※負担割合に応じ算定

区分	内容	単位（円）／月
要支援1	1月の中で概ね月4回のサービス	1798
要支援2	1月の中で概ね月8回のサービス	3621

【各種加算（介護予防・日常生活支援総合事業）】

負担割合1割 単位（円）／日 ※負担割合に応じ算定

種類	単位（円）／月			備考
若年性受入加算	240			算定時適用
サービス提供体制強化加算	I	要支援1	88	適用
		要支援2	176	適用
	II	要支援1	72	算定時適用
		要支援2	144	算定時適用
	III	要支援1	24	算定時適用
		要支援2	48	算定時適用
科学的介護推進体制加算	40			適用
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	9.2%			適用
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0%			算定時適用
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	8.0%			算定時適用
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	6.4%			算定時適用

※サービス提供体制強化加算については、職員体制により変動があります。変更の際は、通知致します。

※介護職員等処遇改善加算については、介護職員の賃金の改善等を実施している場合に利用された所定の単位数に応じて加算されます。

※同一建物から当事業所に通う場合、負担割合1割で要支援1の方は376単位（円）／月を、負担割合1割で要支援2の方は752単位（円）／月を所定単位数から減算します。但し、介助等を要する場合は減算となりません。（負担割合に応じ算定）

※送迎を実施していない場合、負担割合1割の方は片道につき47単位（円）／回を所定単位数から減算します。（負担割合に応じ算定）

※介護サービス費及び各種加算は、介護保険法の改正又は職員の体制により変更となる場合があります。その場合は通知します。

(3) その他の費用（介護保険給付対象外で実費負担となるもの）

通常の事業実施 区域外への送迎	通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと町境との間の送迎費用として、1キロあたり 20円 をいただきます。
食費	680円／回（昼食）
おやつ代	100円／回
おむつ代（1枚）	紙おむつ80円、紙おむつフラット30円、紙パンツ110円、尿とりパット20円

※レクリエーションなど特別な行事には別途料金がかかることがあります。

※日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2カ月前までにご説明します。

(4) キャンセル料 ※要支援1・2の方は除きます

利用日の当日に利用者の都合により利用をキャンセルされた場合は、キャンセル料をいただきます。ただし、法人の都合や災害等でサービスを利用することが困難な場合等、やむを得ない事情がある場合は除きます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日前日までに申し出がある	無 料
利用予定日前日までに申し出がない	1000円

(5) 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ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに次のいずれかの方法によりお支払いください。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、お渡しいたします。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	ご利用できる金融機関：京都農業協同組合、京都北都信用金庫、ゆうちょ銀行
銀行振り込み	下記指定口座への振り込み： 京都北都信用金庫 野田川支店 普通預金 0997876 口座名義 社会福祉法人与謝郡福祉会 理事長 四宮功雄

9. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護・要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。また、契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①利用者が死亡した場合
- ②チェックリスト項目から外れた場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める地域密着型通所介護サービス・介護予防通所介護サービスを実施しない場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑤他のご利用者により身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
③ご利用者及び、その関係者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、迷惑行為等を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
《サービス利用にあたっての著しい不信行為及び迷惑行為等とは》
1.事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
2.パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、ケアハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為
3.サービス利用中にご契約者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）	係 長 廣野 邦彦
受付時間	毎週 日曜日～金曜日 8時30分～17時30分
苦情解決責任者	施設長 嶋崎 福寿

(2) 行政機関その他苦情受付機関

伊根町役場保険福祉課	所 在 地：〒626-0493 京都府与謝郡伊根町字日出 651 電話番号：0772-32-0501・FAX：0772-32-1333 受付時間：9:00～17:00
宮津市健康・介護課	所 在 地：〒626-8501 京都府宮津市字浜町 3012 電話番号：0772-45-1619・FAX：0772-22-8438 受付時間 9：00～17:00
京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係	所 在 地：〒600-8411 京都市下京区烏丸四条下ル水銀屋町 620 COCON 烏丸内 電話番号：075-354-9090・FAX075-354-9055 受付時間：9:00～17:00（土・日・祝日は除く）
京都府社会福祉サービス 運営適正化委員会	所 在 地：〒604-0874 中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町 375 京都府立総合社会福祉会館5階 電話番号：075-252-2152・FAX075-212-2450 受付時間：9:00～17:00
第 三 者 委 員	須川清広： 電話番号 0772-33-0748 櫻尾夏男： 電話番号 0772-33-0219

(3) 苦情の目的

利用者の苦情に対して社会性や客観性の確保された方法によって早期かつ適切に対応することにより、サービス内容を改善しまた不適切な介護（虐待）を防止することを通じて、利用者の権利を擁護し利用者本位のサービスを行うことを目的とする。

(4) 苦情の仕組み

利用者の苦情に対する仕組みは次の4段階とする。

第1段階： サービス現場の担当者が苦情を受け付け、解決が容易な場合は直ちに対応する。苦情の内容と対応結果を通常の業務記録に記載し、解決が困難な苦情については苦情受付担当者に速やかに伝達する。
第2段階： 苦情受付担当者が利用者から直接に苦情を受け付け、または現場担当者から第1段階で未解決の苦情に関する伝達を受けて、解決に向けて利用者及び担当部署と協議する。
第3段階： 第三者委員が利用者から直接に苦情を受け付け、または苦情受付担当者からの報告を受けて、解決に向けて利用者及び担当部署と協議する。
第4段階： 苦情解決責任者が苦情受付担当者または第三者委員からの報告を受けて、解決に向けて利用者及び担当部署と協議する。解決が不可能な場合等は、施設外の苦情申し立て機関に関する情報を適切に利用者に提供する。

<重要事項説明書付属文書>

1. 法人の実施する事業所

長寿苑	特別養護老人ホーム長寿苑、軽費老人ホームケアハウス福寿荘、長寿苑短期入所生活介護事業所、伊根在宅介護支援センター、おきなぎの家（小規模多機能施設）
虹ヶ丘	特別養護老人ホーム虹ヶ丘、軽費老人ホームケアハウス虹ヶ丘、ショートステイ虹ヶ丘、虹ヶ丘デイサービスセンター、支援センターかなで、ふれあいホーム神宮寺（小規模多機能施設）
岩滝あじさい苑	特別養護老人ホーム岩滝あじさい苑、ケアハウス岩滝あじさい苑、ショートステイ岩滝あじさい苑、デイサービスセンター岩滝あじさい苑、岩滝あじさい苑ひより
やすら苑	特別養護老人ホームやすら苑

2. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。
また、ご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご利用者の同意を得ます。

3. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うこと

はできません。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

4. 事故発生時の対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、当施設緊急時マニュアルの事故対応連絡関係により速やかに対応いたします。主に、利用者家族、京都府、行政、医療機関等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。また、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。

5. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

6. 虐待防止について

(1) 当施設は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、次の措置を講じます。

- ・虐待を防止するための職員に対する研修の実施
- ・利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ・その他虐待防止のために必要な措置

(2) 当施設はサービス提供中に、当該施設職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）

による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

(3) 虐待防止責任者は理事長とし、担当者は施設長とします。

7. 満足度調査実施について

当法人、施設に関しては毎年1回、利用していただいている方やご家族のご意見をアンケート通じて、ご意見をいただき、問題点等の改善に努めておりますので、ご協力をお願いしております。また改善結果等を回答もさせていただきます。

8. 非常災害時について

当施設では、非常災害時に関する各種、非常災害等マニュアル〈火災・地震・緊急（事故対応）・衛生・感染〉を設置して防災体制を整えております。また、避難誘導・消火・緊急連絡等の訓練を年2回実施して、非常時に迅速・適切に行動できる体制を整えております。

9. 身元保証人について

①利用者は、身元引受人を定めるものとします。ただし、利用者に身元保証人を定めることができない相当の理由がある場合は、この限りではありません。

②身元引受人は、本契約に基づく利用者の一切の義務について、利用者と連帯して履行の責任を負うものとします。

③前項のほか、身元保証人は、次の各号の責任を負うものとします。

身元保証人の住所、氏名に変更のあったとき、または身元引受人が死亡したとき、成年後見、補佐、補助の審判を受けたことによって変更するときは、その旨を直ちに事業者に通知しなければならない。

説明を行ったことを明らかにするために、この契約書兼重要事項説明書を2通作成し、利用者と事業者が、それぞれ署名（押印）の上、1通ずつ所持します。

利用契約日

令和 年 月 日

事業者

〔住 所〕： 京都府与謝郡伊根町字六万部小字ヤクシノ上154番地

〔事業所〕： 伊根デイサービスセンター

〔代表者〕： 施設長 嶋崎 福寿 ⑩

説明者

〔職 名〕： 生活相談員

〔氏 名〕：

利用者

〔住 所〕： 京都府与謝郡伊根町字

〔氏 名〕：

署名代行者 ※利用者記載の部分を代行する場合

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。

〔住 所〕：

〔氏 名〕：

〔署名代行の理由〕：

身元保証人①

〔住 所〕：

〔氏 名〕：

【個人情報使用同意について】

私及び家族の個人情報については、介護保険法に関する法令に従い、私のケアプランに基づき、指定居宅サービスを円滑に実施するために行うサービス調整やサービス担当者会議、または、サービス継続において必要な場合に必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

〔利用者氏名〕：