

契約書別紙②兼重要事項説明書

1、わたしたちの事業者の概要は次のとおりです。

事業者名	デイサービスセンター穂波の里		法人名	社会福祉法人坂井輪会			
所在地	新潟市西区新通4734番地		電話番号	025-269-1622			
県指定 年月日	平成11年11月30日 (指定番号 989番)	事業 開始	平成6年 4月	定員	30 名	管理者	
通常の送迎実施地域			新潟市西区				

2、事業の目的

病氣やけがなどにより、家庭において寝たきりやそれに準ずる状態にある者に対して、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るための援助を行う。

3、運営方針

- ①事業の実施にあたっては、各居宅介護支援事業所、各保険医療機関、関係市町村、地域の保健・医療福祉サービス事業所などの連携を図り、協力と理解のもとに総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- ②緊急の事態にも柔軟に対応できる体制を整備する。
- ③指定通所介護と指定介護予防通所介護及び指定介護予防通所介護相当サービスの提供は、同一の事業所において一体的に運営する。

4、デイサービスをご利用いただくにあたって、私たちのサービスの基本を次のように考えています。

- ① ご利用者の心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者等の作成する「居宅サービス計画」と事業者の作成する「個別援助計画」に従い、住み慣れたご自宅での生活が継続できるようサービスを提供し、支援します。
- ② 利用者みなさんの人権を尊重した援助、自立支援をすすめます。

5、おもな施設・設備の概要は次のとおりです。

デイ食堂

浴室 一般浴室(浴槽一般浴槽、個浴槽) 特別浴(機械浴)

静養室

介護人教育室

厨房設備

車椅子用トイレ(男女別)

リハビリ器具(平行棒、その他)

各種レクリエーション用具 喫茶コーナー等

6、職員体制は次のとおりです。

管理者1(兼務) 生活相談員3(専任1、兼務2) 介護職8(2)
看護師2(1) 機能訓練指導員(専任1、兼務1) 栄養士(兼務) 調理員(2)

7、デイサービス実施日は次のとおりです。

実施日 月曜日から金曜日
定休日 毎週土曜日、毎週日曜日、12月31日から1月3日

8、実施時間は次のとおりです。

午前9時30分～午後4時40分

9、ご利用日の主なサービス内容は次のとおりです。

- 1)送迎 施設の車で送迎します。お迎え時間は、_____くらいを予定しています。
- 2)主な日課 8時30分～ お迎え
9時30分～ バイタルチェック、入浴、機能訓練
12時～ 昼食、口腔ケア
午後 レクリエーション、機能訓練、おやつ
午後4時40分～お送り

10、利用者負担金

1) 介護報酬に定められた料金

(1) 基本料金

サービス提供時間7時間～8時間を基本としています。

(2) 加算料金

料金は別紙料金表のとおりです。

2) 介護保険の給付対象外費用(1日につき)

食費(昼食)	650円
おむつ代(1枚当たり)	実費

具体的には料金表のとおりです。

3)キャンセル料等

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日 17 時 30 分までに事業所に申し出てください。利用日当日の9時 30 分までに連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、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。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日当日の9時30分までに ご連絡いただいた場合	無料
ご利用日当日の9時30分までに ご連絡がなかった場合	650円(食事実費請求分)

- (3) 介護支援専門員とあらかじめ相談されたサービス以外の予定外利用回数等を受けられた場合はその部分について全額ご負担いただく場合があります。
回数増等のご希望がある場合はあらかじめ担当の介護支援専門員あるいはデイサービスの生活相談員にご相談ください。

11、緊急時の対応方法

利用者の容態に変化があった場合は、かかりつけ医師に連絡する等必要な措置を講じるほか、事前にお聞きする緊急連絡先のご家族の方に速やかに連絡いたします。

12、非常災害対策

- ① 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。
- ② 年2回(うち1回は夜間想定)防災訓練を実施します。
- ③ 非常時には、別途定める消防計画により対応します。

13、衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。また、事業所において感染症の発生、及び、まん延を防止するために必要な措置を講じます。

14、秘密の保持

職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者またはその家族等の秘密を漏らしてはならないものとしします。また、職員であったものが、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者またはその家族等の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。また退職後も同様としします。

15、個人情報保護

個人情報保護のため「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守します。また、オンラインでの会議やカンファレンスにおいても参加者以外への情報の漏えい防止に必要な安全管理を行います。したがって、利用者及びその家族のプライバシーの尊重に万全を期するとともに、正当な理由なく、その業務に関して知り得た秘密を漏らしません。また、退職後も同様としします。

16、虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者
-------------	-----

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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します。

17、身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。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、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、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。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (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れば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

18、ハラスメント対策

- ① 適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において利用者や従業者から行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えないものにより、従業者の環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。
- ② 利用者又は家族から従業者への威圧的・暴力的言動や悪質なクレーム等の迷惑行為などに対し、ハラスメントの防止のために必要な措置を講じます。

19、利用について

1)利用について

- ①利用前に事前面接(家庭訪問)を行います。その後、受け入れが決定した場合契約となります。契約の有効期限は介護保険認定期間と同じです。但し、引き続き認定を受け、利用者又はご家族から契約の終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

2)契約の終了について

- ①利用者はいつでも申し出ることにより、この契約を解除することができます。
- ②事業所は次の事由に当てはまる場合、利用者に対して、この契約を解約することができます。
 - (1)利用者のサービス利用料が、正当な理由なく連続して3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず14日以内に支払われない場合
 - (2)利用者又は家族が、事業所の職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背任行為(介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体暴力(たたく等)及び精神的暴力(大声を発する、怒鳴る等)並びにセクシャルハラスメント(必要もなく手や腕をさわる等)のハラスメント行為を含む)を行い、その状態が改善されない場合
- ③次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - (1)利用者が介護保険施設に入所した場合
 - (2)利用者が死亡した場合
 - (3)やむを得ない事情により事業所を閉鎖する場合

20、苦情解決窓口は次のとおりです。

解決責任者 管理者

連絡先 デイサービスセンター穂波の里 電話269-1622

新潟県国民健康保険団体連合会でも直接苦情をうけつけています。

連絡先 電話285-3022

新潟市介護保険課でも直接苦情をうけつけています。

連絡先 電話226-1273

21、第三者評価の実施状況 無し

22、万一サービスの提供により事故が発生した場合は次のとおり対処します。

速やかにご家族に連絡をとり、緊急時対応の手順に従ってご利用者に必要な措置を講じるとともに、担当居宅介護支援専門員、市等に連絡をとります。

23、事故発生時の対応方法等について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定通所介護の提供又は送迎により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。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	全国社会福祉協議会(損保ジャパン)
	保 険 名	しせつの損害補償
	補償の概要	社会福祉施設向けの総合補償制度

24、サービス利用にあたってお守りいただきたいこと

- ①ご都合で利用を休まれる日は原則として前日までにご連絡ください。
- ②体調の変化等気になる点がありましたら、必ず送迎時にご連絡ください。
- ③介護保険証、負担割合証等を初回利用時にご持参ください。
- ④薬を内服されている方、また軟膏等の処置が必要な方は薬剤をご持参ください。
- ⑤その他ご利用時に指定されたものを持参ください。

上記の内容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(1部)となることについて同意します。

上記契約の証として、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ1部ずつを保有します。

年 月 日

(利用者)私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

住 所

氏 名 印

(代理人)私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

住 所

氏 名 印

本人との続柄

(事業者)私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事 業 者 住 所 新潟市西区新通4734番地

事業者(法人名) 社会福祉法人坂井輪会

代表者職・氏名 理事長

印

説明者職・氏名

印