

# 通所型サービス事業 (介護予防通所介護相当)

## 重要事項説明書

新温泉町社会福祉協議会

浜坂デイサービスセンター

〒 669-6731

兵庫県美方郡新温泉町二日市194番地2

電話 0796-82-5077

FAX 0796-82-5079

**介護予防・日常生活支援総合事業  
通所型サービス事業（介護予防通所介護相当）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な事項は、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 新温泉町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	兵庫県美方郡新温泉町湯1019番地
代表者（職名・氏名）	会長 西村 松代
設立年月日	平成17年10月 3日
電話番号	0796-99-2488

#### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	新温泉町社会福祉協議会浜坂デイサービスセンター	
サービスの種類	通所型サービス事業（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	〒669-6731 兵庫県美方郡新温泉町二日市194番地の2	
電話番号	0796-82-5077	
指定年月日・事業所番号	平成18年4月1日指定	2874700392
実施単位・利用定員	18単位	定員18人
通常の事業の実施地域	新温泉町	

#### 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、介護保険法その他の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

通所型サービス事業（介護予防通所介護相当）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	月曜日から金曜日まで ただし休業日は別途定めるものとし、決定次第書面にて通知します。
営業時間	午前9時00分から午後4時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時15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	
管理者	兼務	1名
生活相談員	兼務	1名
介護職員	兼務	5名 非常勤 3名
看護職員	兼務	1名 非常勤 2名
機能訓練指導員	兼務	1名
調理員	兼務	1名 非常勤 1名

## 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。

管理責任者の氏名	管 理 者 池田 みどり
担当職員の氏名	生活相談員 重本 将則

## 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基本利用料の1割、2割または3割の額です。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）通所型サービス事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料

基本部分、加算の合計の額となります。

#### 【基本部分：介護予防通所介護相当】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
事業対象者 要支援1	4,360円（1回につき） ひと月のなかで全4回までのサービス	436円	872円	1,308円
要支援2	4,470円（1回につき） ひと月のなかで全8回までのサービス	447円	894円	1,341円

※上記の基本利用料は、厚生労働大臣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。

### 【加算：介護予防通所介護相当】

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	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	1,500円	150円	300円	450円
科学的介護推進体制加算	科学的介護情報システム(LIFE)ヘーダーを提出。フィードバックを計画等に反映し、ケアの質の向上を図ることなどを評価する加算	400円	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 1, 2	介護職員総数のうち介護福祉士の割合が70%を満たすことによる加算	(Ⅰ) 1 要支援1	880円	88円	176円
		(Ⅰ) 2 要支援2	1,760円	176円	352円
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	介護職員の処遇を改善するための国の支援制度に基づく加算	各サービス・加算のひと月合計利用料の 8.0%			

※ 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

### （2） その他の費用

- |      |  |
|------|--|
| 食 費  | 食事の提供を受けた場合、一回につき750円の食費をいただきます。           |
| 送迎減算 | 事業所が送迎を行わない場合、片道につき47単位を減算します。<br>(片道470円) |

### （3） キャンセル料

利用予定日当日に連絡なしにサービス提供をキャンセルした場合は、キャンセル料をいただく場合があります。ただし、あなた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、キャンセル料は不要とします。

#### (4) 支払い方法

上記（1）から（3）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ので、次のいずれかの方法によりお支払ください。

なお、金融機関の振り込みをもって領収といたしますので必ず保管しておいて下さい。

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25日（祝休日の場合は直前の平日）にあなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 口座名義 社会福祉法人新温泉町社会福祉協議会 会長 西村 松代 但馬銀行 湯村支店 普通貯金 7112301 但馬銀行 浜坂支店 普通貯金 4627087 但馬信用金庫 湯村支店 普通貯金 0016985 但馬信用金庫 浜坂支店 普通貯金 0159332 鳥取信用金庫 湯村支店 普通貯金 0095388 鳥取信用金庫 浜坂支店 普通貯金 0228553 JAたじま 温泉支店 普通貯金 7764187 JAたじま 浜坂支店 普通貯金 7144838 兵庫県信用漁業協同組合連合会浜坂町支店 普通貯金 0266143 郵便振替 00990-6-51715
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払ください。

#### 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。

#### 10. 事故発生時の対応

- (1) 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新温泉町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
- (3) 利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

#### 11. 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契約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。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約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。

## 1 2. 高齢者（利用者）の虐待について

当事業所は利用者の安全確保・権利利益を守るため、緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束等の虐待は致しません（高齢者虐待防止法による）。

## 1 3. 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。

苦情申出窓口	介護事業課 課長 田村 浩子	電話番号 0796-92-1866 受付日 月曜日から金曜日 (休業日を除く) 受付時間 午前8時10分～午後5時10分
--------	-------------------	---

(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	新温泉町福祉課 兵庫県国民健康保険団体連合会	電話番号 0796-82-5620 電話番号 078-332-5617
--------	---------------------------	--

## 1 4. 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) 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。

## 1 5. サービス利用中の禁止事項について

以下の禁止事項は、利用者や職員の安全と快適な環境を維持するために設けられています。禁止事項に該当する行為があった場合は事実関係を確認のうえ、サービスの利用を中止または制限させていただくことがあります。

- (1) 迷惑行為：喧嘩、口論、飲酒行為（利用前を含む）および泥酔、喫煙など
- (2) 職員への迷惑行為：暴言、暴力、嫌がらせ、ハラスメント行為（別紙参照）など
- (3) 危険行為：火器の使用、無断外出など
- (4) 器物破損：故意または無断での事業所や備品の破損、持ち出し行為など
- (5) 政治活動・宗教活動
- (6) その他：利用中の外出、事業所の規律や風紀を乱す行為、安全衛生を害する行為など

## 16. 重要事項説明場所・年月日

重要事項説明書の説明場所

説明年月日 令和 年 月 日 時 分

※ なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合、利用者にその内容を文書で通知し、  
口頭にてご説明の後、同意をいただきます。

サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を利用者に対して説明しました。

事業者 法人名 社会福祉法人新温泉町社会福祉協議会

代表者名 会長 西 村 松 代 印

事業所 新温泉町社会福祉協議会浜坂デイサービスセンター

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 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 住 所 兵庫県美方郡新温泉町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代 理 人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者との続柄： )



## 個人情報使用同意書

下記の目的のため使用する個人情報については、必要最小限度の範囲内で使用することに同意します。

記

### 1 使用する目的

介護保険法に関する法令にしたがい、事業者がお客様の居宅サービス計画に基づくサービスを円滑かつ一体的に実施するため、サービス担当者会議等で、お客様もしくはそのご家族の情報を各サービス担当者と共有します。

### 2 使用する期間

令和 年 月 日からお客様との契約が終了するまで  
(更新後も継続し、終結するまで)

### 3 条件

- (1)個人情報の提供は必要最小限度とし、提供にあたっては関係者以外にもれることがないよう細心の注意を払います。
- (2)個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録します。

令和 年 月 日

新温泉町社会福祉協議会長 様

(利用者) 住所 兵庫県美方郡新温泉町

氏名

印

(代理人) 住所 兵庫県美方郡新温泉町

氏名

印

<利用者との関係 :

>



## ホームページおよび広報誌等への写真の使用にかかる同意書

新温泉町社会福祉協議会(以下「社協」という)は事業活動にとどまらず、地域における活動や社会保険制度の改善のための取り組みなどを行っております。各課および事業所の活動や取り組みにおいて、広報や宣伝をはじめ広く情報を発信するにあたり、ご利用者様・ご家族様の写真(顔写真を含む)を使用させていただく場合があります。

なお写真は肖像権を含む重要なプライバシーであることを鑑み、「個人情報使用同意書」とは別に、本書面にてご利用者さま・ご家族様の写真の使用について同意をいただきたく存じます。

### 【写真の使用が想定されるもの】

1. 事業所におけるご利用者様およびご家族様等への通信・パンフレット
2. 社協広報誌「ほっこりにっこり」
3. 社協ホームページ・パンフレット
4. 上記1～3に付随する紙媒体または電子媒体(SNS等)での広告宣伝物

- ※ 写真を使用させていただく際にはご利用者様・ご家族様の氏名が特定されることのないよう配慮いたします。
- ※ 写真を使用する際に、同意をいただいている方が含まれる場合、同意をいただいている方が特定されることのないよう、加工等の配慮をいたします。
- ※ 本書面の同意の有無は、社協事業所のサービス利用契約およびサービスの提供に影響をあたえません(本書面の同意が得られないことで事業所がサービス契約を解除する、必要なサービスを提供しないということはありません)。

上記について ( 同意します · 同意しません )

令和 年 月 日

新温泉町社会福祉協議会長 様

(利用者) 住所 兵庫県美方郡新温泉町

氏名

印

(代理人) 住所 兵庫県美方郡新温泉町

氏名

印

<利用者との続柄 :

>