**二本松市社会福祉協議会　通所介護（地域密着型）利用契約書**

**【デイサービスセンターにほんまつ】**

　　　　　　　　　　様（以下「利用者」と略します。）と社会福祉法人二本松市社会協議会（以下「事業者」と略します。）は、事業者が提供する地域密着型通所介護について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第１条　事業者は、介護保険法（平成９年法律第１２３号）その他関係法令及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り居宅におい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、地域密着型通所介護サービスを提供します。

（契約期間）

第２条　契約期間は令和　　年　　月　　日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

２　上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

（地域密着型通所介護計画の作成）

第３条　事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画の内容に沿って、サービス目標及び目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した「地域密着型通所介護計画通所介護計画」を作成します。「地域密着型通所介護計画」の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得、交付します。

（提供するサービス内容及びその変更）

第４条　事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用料は、「重要事項説明書」のとおりです。

２　利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が居宅サービス計画の範囲内で可能であり、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

３　事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

４　事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

第５条　利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「重要事項説明書」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

２　利用料の請求や支払方法は、「重要事項説明書」のとおりです。

３　利用者が、「重要事項説明書」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。

（利用料の変更）

第６条　事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

（利用料の滞納）

第７条　利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を２ケ月分　以上滞納した場合、事業者は、利用者に対し、１ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いが無いときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

２　事業者は、前項の催告をした場合には、担当の介護支援専門員及び利用者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

３　事業者は、前項の措置を講じた上で利用者が第１項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

（利用者の解約権）

第８条　利用者は、７日以上の予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解除されます。

２　利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。

　（１）事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとしない場合。

　（２）事業者が、第１２条に定める守秘義務に違反した場合

　（３）事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

（事業者の解約権）

第９条　事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により２週以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

　（１）利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合

　（２）利用者が事業者の通常の事業の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合

２　事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の介護支援専門員及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

（契約の終了）

第１０条　次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

　（１）第２条第２項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合

　（２）第８条第１項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合

　（３）第６条もしくは第８条第２項に基づき、利用者の解約の意思表示がなされた場合

　（４）第７条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合

　（５）第９条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合

　（６）利用者が介護保健施設等へ入所した場合

　（７）利用者の要介護認定区分が、要支援認定または自立と認定された場合

　（８）利用者が死亡した場合

（損害賠償）

第１１条　事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

２　前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。

３　利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

（守秘義務）

第１２条　事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

２　事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

３　事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の通所介護計画立案のためのサービス担当者会議並びに介護支援専門員及び居宅サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

４　第１項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年法律第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。

（苦情処理）

第１３条　利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「重要事項説明書」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

２　事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

３　事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

（運営推進会議の設置）

第１４条 当事業所では、地域密着型通所会議の提供にあたり、サービス提供状況につい定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置します。

（１）構　成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、当該事業について知見を有する者。

（２）開　催：年２回

（サービス内容等の記録の作成及び保存）

第１５条　事業者は、サービスを実施するごとにその内容に関する記録を、利用開始時に交付する「連絡帳」に記し、それを利用者の控えとして交付します。また、事業者はサービス提供記録を作成し、完結の日から５年間保存します。

２　利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

３　事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者へ、第１項の記録の写しを交付することができるものとします。

（契約外条項）

第１６条　本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、通所介護事業利用に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書２通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ１部ずつ保有します。

令和　　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。

　　　　　　また、第１２条第３項に定める個人情報の使用について、同意します。

利用者　　　住　所　　福島県二本松市

　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　（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。

署名代行者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　本人との続柄

　（事業者）私は、利用者の申込みを受託し、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　　　　　福島県二本松市油井字濡石１番地２

　　　　　　　　　　事業者（法人名）社会福祉法人二本松市社会福祉協議会

 代表職・氏名　　会 長　　佐久間　　勝　 ㊞

【別紙】地域密着型通所介護サービス内容説明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年４月１日現在

　当事業者が、提供するサービスは以下のとおりです。

１　担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | 管理者・生活相談員 | 氏　名 | 　尾形　和枝 |

　※職員は、身分証明書を携帯していますので、必要な場合は提示をお求めください。

２　ご利用時間

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用時間 | ９：２５～１５：４０ |

３　提供するサービス・利用料

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本料金 | １日あたりの基本料金 | 介護保険適用時の１日あたりの利用者負担額 |
| 要介護度１ | 　　　　６，７８０円 | 　　　　　　６７８円 |
| 要介護度２ | 　　　　８，０１０円 | 　　　　　８０１円 |
| 要介護度３ | 　　　　９，２５０円 | 　　　　　　９２５円 |
| 要介護度４ | 　　　　１０，４９０円 | 　　　　　１，０４９円 |
| 要介護度５ | 　　　１１，７２０円 | 　　　　１，１７２円 |
| 提供体制加算Ⅱ | １日につき１８０円 | 　　　　　　　１８円 |
| 処遇改善加算Ⅰ | １月の利用料の９．２％ | 左記の１０％ |
| 送迎なしの場合 | 　　片道４７０円の減 | 　　　　　　　４７円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 各種加算（ご希望された場合） | １日あたりの料金 | 介護保険適用時の１日あたりの自己負担額 |
| 入浴加算 | １回あたり４００円 |  ４０円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 |  ６００円 |  ６０円 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ |  １回あたり１，５００円　（月２回まで） | 　　　　１５０円 |
| 【その他の費用】（１）昼食代　１食当り８００円(内、弁当代730円、おやつ代70円)（実費負担分）（２）レクリエーション・オムツ等にかかる費用等は自己負担となります。 |

（１）介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、二本松市役所高齢福祉課又は各支所市民福祉係の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（２）提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

（３）当事業者は、あなたに対し、翌月１８日までに、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した請求書を送付します。

（４）利用料の支払いは、原則、郵便局又は銀行口座引落しの方法（現金でのお支払いは、金融口座が使用できないなどの理由のみとさせていただきます。）として、毎月２７日（土・日・祝日の場合は翌営業日）に引落しとなります。

４　キャンセル料

　通所介護をキャンセルした場合には、下記のとおりのキャンセル料をいただきます。ご利用日の前日が休日や祝日の場合はご注意ください。

　　◆前日のキャンセル：無料

　　◆当日のキャンセル：昼食代７３０円（午前８時３０分までにご連絡が無かった場合）

５　その他

（１）風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

（２）当日の健康チェックの結果体調が悪い場合は、ご家族と連絡の上、サービスの内容の変更又は中止することがあります。

（３）ご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、対応いただく場合もあります。また、必要に応じて速やかに主治医又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

（４）サービスの利用追加や振替利用を希望される場合には、担当の介護支援専門員に必ず連絡を入れてから、利用状況に応じてご相談に応じます。

６　相談窓口

サービスについての相談やご不明な点などありましたら、下記にご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付窓口 | 二本松市社会福祉協議会　デイサービスセンターにほんまつ |
| 電話・FAX | 電話番号・ＦＡＸ兼用　０２４３－２２－７８９０ |
| 相談受付日・時間 | 月～土曜日（１２月３１日～１月３日を除く）午前８時３０分～午後５時１５分※留守番電話により受付は可能な体制になっています。 |

７　個人情報保護体制・苦情体制

|  |  |
| --- | --- |
| 電話・FAX | 電話番号２３－７８６７　FAX　２３－９０４６ |
| 受付時間 | 平日　午前８時３０分　〜　午後５時１５分 |
| 責任者 | 常務理事兼事務局長　　早川　東 |
| 受付者 | 地域福祉課長　　　　伊藤　真樹　　電話番号　２３－７８６７総合相談支援課長　　佐藤　久美子　電話番号　２３－８２６２在宅生活支援課長　　齋藤　英知　　電話番号　２３－１８７１二本松施設課長　　　菅野　幸枝　　電話番号　２３－４１２３岩代支所長　　　　　武藤　はるみ　電話番号　６５－２００３東和支所長　　　　　武藤　はるみ　電話番号　６６－２５２２ |
| 第三者委員 | 本会評議員　　　　　川名　栄顕　　電話番号　２２－２８６４民生児童委員　　　　佐藤　照雄　　電話番号　２３－１６２３学識経験者　　　　　鈴木タリ子　　電話番号　５５－２６０９ |

**二本松市社会福祉協議会地域密着型通所介護事業重要事項説明書**

**【二本松市社会福祉協議会デイサービスセンターにほんまつ】**

　あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業所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

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（法人）の名称 | 社会福祉法人二本松市社会福祉協議会 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒969-1404　福島県二本松市油井字濡石１番地２ |
| 代表者（職名・氏名） | 会　長　　佐久間　勝 |
| 設立年月日 | 平成１７年１２月１日 |
| 電話番号 | ０２４３－２３－７８６７ |

２　ご利用事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | 二本松市社会福祉協議会デイサービスセンターにほんまつ |
| サービスの種類 | 地域密着型通所介護 |
| 事業所の所在地 | 〒964-0859　福島県二本松市中江１１６番地 |
| 電話番号 | ０２４３－２２－７８９０ |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和６年３月１５日 | 福島県0771000387号 |
| 管理者の氏名 | 尾形　和枝 |
| 通常の事業の実施地域 | 二本松市 |
| 実施しているその他事業 | 介護予防・日常生活支援総合事業第１号通所事業 |

３　事業の目的と運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 社会福祉法人二本松市社会福祉協議会が設置する指定地域密着型通所介護事業所が行う指定地域密着型通所介護事業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、事業所の職員が要介護状態にある利用者に対し、適正な指定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 | ①職員は、利用者の特性を踏まえて、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、送迎・入浴・食事・機能訓練等、その他通所介護に関する援助を行う。②事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、二本松市、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する事業者等との綿密な連携を図り、総合的かつ効率的なサービスの提供に努めるものとする。③事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。④事業所は、デイサービスを提供するに当たっては、介護保険法第１１８条の２第１項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。 |

４　提供するサービスの内容

　通所介護は、利用者のお宅に送迎にうかがい、施設で入浴・排泄・食事の介助等を行い、通所され生活上の世話を行うサービスです。

　具体的には、以下のようなサービスがあります。

|  |  |
| --- | --- |
| ①日常生活援助 | 水分・おやつ摂取、排泄介助、午睡介助など |
| ②健康チェック | 血圧・脈拍・体温の測定、一般状態の確認など |
| ③入浴サービス | 一般浴、リフト浴、シャワー浴、清拭などの援助 |
| ④食事サービス | 常食、刻み食、ミキサー食、特別食などの提供 |
| ⑤口腔機能向上サービス | 口腔ケアの実施、歯科衛生士による指導（加算） |
| ⑥運動器機能向上サービス | 体操、マッサージ機使用、機能訓練（加算） |
| ⑦送迎サービス | 送迎車両により送迎介助 |
| ⑧生活指導（相談、助言等） | 利用者様、介護者様の相談等に応じます |

※当施設を利用されての援助となるため、送迎は自宅となります。

※施設内への物品の持込は、安全のためにご遠慮ください。

５　施設設備の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定員 | １８名 | 静養室 | 休養 |
| 食堂兼機能訓練室 | 介護、機能訓練 | 相談室 | 利用者・介護者の相談 |
| 浴室 | 一般浴室 | 送迎車 | ワゴン車（リフトあり） |
| 調理室 | 配膳、調理 | 軽自動車 |

６　営業日時

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日 | 月曜日～土曜日 |
| 利用時間 | ９時２５分～１５時４０分 |
| 休業日 | 日曜日、１２月３１日～１月３日 |

７　事業所の職員体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 資格 | 員数 | 職務内容 |
| 管理者 | 社会福祉主事介護福祉士 | １名（兼務） | 従業者・業務の管理、従業者からの相談等 |
| 生活相談員 | 社会福祉主事 | １名以上（兼務） | 利用申し込み調整、事業者との連携等、介護計画作成、相談対応等 |
| 看護職員 | 正（准）看護師 | １名以上 | 利用者の健康状態把握、サービスの提供、介護計画作成等 |
| 機能訓練指導員 | 正（准）看護師 | １名以上 | 利用者の機能訓練の提供 |
| 介護職員 | 介護福祉士 | ２名以上 | サービスの提供 |
| ２級修了者 |
| その他 |
| 運転手兼介護職員 | その他 | １名以上 | 利用者の送迎、施設整備等 |

※男性の職員も勤務しておりますのでご了承願います。

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、原則として基本利用料の１割ですが、所得に応じて負担割合証に記載された負担割合の額となります。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。

（１）通所介護の利用料

【基本料金】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本料金 | １日あたりの基本料金 | 介護保険適用時の１日あたりの利用者負担額 |
| 要介護度１ | 　　　　６，７８０円 | 　　　　　　６７８円 |
| 要介護度２ | 　　　　８，０１０円 | 　　　　　８０１円 |
| 要介護度３ | 　　　　９，２５０円 | 　　　　　　９２５円 |
| 要介護度４ | 　　　　１０，４９０円 | 　　　　　１，０４９円 |
| 要介護度５ | 　　　１１，７２０円 | 　　　　１，１７２円 |

※上記本文にも記載のとおり、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は、超えた額の全額をご負担いただくことになりますのでご留意ください。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、二本松市役所高齢福祉課又は各支所市民福祉係の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

【加　算】

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 | 加算額 |
| 基本利用料 | 利用者負担金（自己負担１割の場合） |
| 入浴加算Ⅰ | 入浴・シャワー浴等の介助 | １回あたり４００円 | ４０円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 左記の診断を受けた方が利用される場合 | ６００円 | ６０円 |
| 口腔機能向上加算 | 口腔ケアの実施、歯科衛生士による指導 | １回あたり（月２回まで）１，５００円 | １５０円 |
| 提供体制加算Ⅱ | 当該加算の体制要件及び人材要件を満たす場合 | １日につき１８０円 | １８円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ※ | 当該加算の算定要件を満たす場合 | １月の利用料金の９．２％ |  |
| 送迎なしの場合 | 当施設での送迎を行なわなかった場合 | 片道４７０円の減 | ４７円 |

※①この加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

　②介護職員処遇改善加算Ⅲについて、当事業所は全ての加算要件を満たしています。

【その他の費用】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 内容 | 利用者負担額 |
| 昼食費 | (昼食代730円、おやつ代70円)として実費負担となります | 　　１食あたり８００円 |
| レクリエーション・オムツ等にかかる費用等は、利用者負担となります。 |

（２）キャンセル料

　通所介護をキャンセルした場合には、下記のとおりのキャンセル料をいただきます。ご利用日の前日が休日や祝日の場合はご注意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の前日まで | 無料 |
| 利用予定日の当日（午前８時３０分までご連絡がなかった場合） | 昼食代７３０円 |

※キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡ください【電話２２－７８９０】

（３）交通費

　サービス提供地域にお住まいの方は無料です。

（４）支払い方法

　上記（１）から（３）の利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて、翌月１８日までに請求しますので、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、翌月に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払い要件等 |
| 口座引落し | 　サービスを利用した月の翌月の２７日（祝休日の場合は翌営業日）にあなたが指定する口座より引落します。（郵便局及び各銀行口座（一部を除く）からの引落しが選べます） |
| 現金払い | 　現金での支払いは、金融口座が使用出来ないなどのやむを得ない事情がある場合のみとさせていただきます。 |

９　虐待防止について

　　事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又は、その再発防止するために次に揚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　尾形和枝 |

（２）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、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－ビス提供中に当該事業所従事者又は養護者(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。

１０　身体拘束について

　事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。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る時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に揚げることに留意して、必要最小限の範囲で行う事があります。その場合は、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

（１）緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、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に限ります。

（２）非代替性：身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限ります。

（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った場合は、直ちに身体拘束を解きます。

１１　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。

１２　事故発生時の対応

　サービス提供中に何らかの事故が発生した時は、利用者に対して応急処置を行い、主治医等に連絡するなどの措置を講ずるとともに、速やかに家族に事故の発生状況および今後の対応等について説明いたします。また、その状況等について管理者・介護支援専門員への報告、さらに所定の様式に事故発生状況等について記入し保険者等に報告します。

１３　損害賠償保険への加入

　当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 加入保険会社名 | あいおいニッセイ同和損保（介護保険・社会福祉事業者総合保険） |
| 保険の内容 | 業務遂行上の事故により、第三者の身体または財物に損害を与えたことにより法律上の損害賠償責任を負われた場合の補償 |

１４　非常災害対策

　当施設は火災等の災害対策として下記のとおり実施しております。

|  |  |
| --- | --- |
| 防災時の対応 | 利用者の安全を確保しながら、速やかに避難誘導します。被害の状況は、早急にご家族に連絡いたします。 |
| 防災設備 | 災害時に備えた避難設備を設置しています。 |
| 防災訓練 | 消防署等と連絡をとりながら、利用者も含めて防災訓練を年１回以上行います。 |
| 防火管理者 | 消防計画に基づく防火管理者を配置しています。 |

　　　事業者は、前項の規定する訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

１５　衛生管理等

　（１）指定地域密着型通所介護の用に供する施設、食器その他設備又は、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。

　（２）必要に応じて保健所の助言、指導を求めると共に、常に密接な連携に努めます。

　（３）事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の指針を整備しています。

　　①事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の対策を検討する委員会を概ね６月に１回以上開催すると共に、その結果について従業者に周知徹底しています。

　　②事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。

　　③従業者に対し感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１６　業務継続計画の策定について

　（１）感染症や非常災害の発生において、利用者に対して指定地域密着型通所介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

　（２）従業者に対し、業務継続計画について周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

　（３）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１７　身分証明書の携行

　サービス従業者は、常に身分証を携行し、ご利用時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

１８　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いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付窓口 | 二本松市社会福祉協議会　　デイサービスセンターにほんまつ事務所 |
| 電話・FAX | 電話番号・FAX兼用　２２－７８９０ |
| 受付時間 | 月～土曜日（１２月３１日～１月３日を除く）※留守番電話により、受付は可能な体制になっています。 |

（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 | 二本松市介護保険相談窓口（市保健福祉部 高齢福祉課介護保険係） | 住　所　二本松市金色403番地1電話番号　０２４３－２３－１１１１ |
| 福島県運営適正化委員会（福島県社会福祉協議会） | 住　所　福島市渡利字七社宮111番地電話番号　０２４－５２３－２９４３ |
| 福島県国民健康保険団体連合会（介護福祉課） | 住　所　福島市中町3番地7号電話番号　０２４－５２３－２７０２ |

１９　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）職員は以下の内容は対応できませんので、あらかじめご了承ください。

①ご利用の際は自宅から自宅までの送迎となりますので、途中で買い物などすることはできませんご了承ください。

②安全のために施設内への食品の持ち込みはしないようお願いします。

③金銭や通帳、必要のないアクセサリーなどは紛失の補償ができませんので、持参しないようお願いします。

（２）介護職員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（３）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介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

２０　提供するサービスの評価

　　年1回事業所内でのサービス評価は実施しておりますが、第三者による評価については実施しておりません。

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、交付しました。

　　　【事業者】　所　在　地　　　　福島県二本松市油井字濡石１番地２

　　　　　　　　　事業者（法人）名　社会福祉法人二本松市社会福祉協議会

　　　　　　　　　代表者職・氏名　　会　長　　佐久間　勝　　　　　　㊞

　　　【事業所】　所　在　地　　　　福島県二本松市中江１１６番地

　　　　　　　　　事業者名 　　　　　社会福祉法人二本松市社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　デイサービスセンターにほんまつ

　　　　　　　　　説明者職・氏名　　　　生活相談員　　尾形　和枝　　　㊞

　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、交付されました。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　　　　福島県二本松市

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　【署名代行者（又は法定代理人）】

住　　　所

本人との続柄

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞