通所型サービス契約書別紙兼重要事項説明書

（緩和した基準によるサービス）

社会福祉法人　まきむら福祉会

沖見の里デイサービスセンター

１．事業者の概要

法人名	社会福祉法人まきむら福祉会	
事業所名	沖見の里デイサービスセンター	
所在地	新潟県上越市牧区大月 252 番地	
電話番号	０２５－５２９－３１６０	
介護保険指定番号	１５７０３０１４０６	
サービスを提供する対象地域	上越市牧区または沖見の里から 10 ㎞圏内にお住まいの方	
従業員の概要	生活相談員（兼務含む）　２名	（資格：社会福祉主事）
	看護職員（兼務）　２名	（資格：看護師）
	介護職員（兼務含む）　５名	（資格：介護福祉士・ヘルパー1～3 級）
	機能訓練指導員（兼務）　２名	（資格：看護師）
	運転員（兼務）　１名	

２．当事業所のデイサービスの特徴等

(1)事業の目的と運営方針

(目的)　この事業は、要介護状態又は要支援状態にある者が、可能な限りその居宅において、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、機能訓練及び必要な日常生活上の世話を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、通所による介護サービスを提供することを目的とします。

(方針)①　事業者は、個別サービス計画に基づき、利用者の要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、心身の

状況をふまえて、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練、健康管理及びその他の日常生活上の世話を提供します。

② 事業者は、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

③ 事業者は、地域や家族との連携を重視した運営を行い、市町村、指定居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療、福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

３．提供できるサービス

① 送　　迎･･･身体状況に合わせリフト付き送迎車両で自宅までお迎え、お送りを致します。

② 食　　事･･･栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。また、保温食器・保温庫の使用によって適温で食事をとっていただけるように努めております。

③ 入　　浴･･･一般浴・座位浴・特殊浴と３種類の入浴設備が整っていますので利用者の身体状況に応じた入浴が可能です。

④ 機能訓練･･･機能訓練指導員を配置して（看護職員と兼務）状況にあった機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。また、風船バレー・手芸・カラオ

ケなどの各種レクリエーション活動や誕生会なども行っています。

⑤　生活相談･･･常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談ができます。

４．利用者負担金

このサービスを利用するにあたって、あなたにご負担して頂く料金は次のとおりであり、あなたからお支払い頂く「利用者負担金」は原則として基本利用料の１割もしくは２割・３割負担です。

【基本サービス料】　（１月当たり）

利用者の要介護度	介護予防通所介護費			
	基本利用料	利用者負担金		
要支援1	14,380 円	1割	2割	3 割
		1,438 円	2,876 円	4,314 円
要支援2	28,970 円	1割	2割	3 割
		2,897 円	5,776 円	8,673 円

【加算】

加算の種類	加算額				
		基本利用料	利用者負担金		
サービス提供体制強化加算Ⅲ			1割	2割	3 割
	要支援1	720 円	72 円	114 円	216 円
	要支援2	1,140 円	114 円	228 円	342 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	1月の利用料金（基本サービス費＋各種加算）の 11.7%		左記の額の1割	左記の額の2割	左記の額の3 割

加算の種類	栄養アセスメント加算			栄養改善加算（開始から3ヶ月間に限り月２回を限度として算定）		
基本利用料	500円			2000円		
利用者負担金	1割	2割	3割	1割	2割	3割
	50 円	100 円	150 円	200 円	400 円	600 円

【食費】

食費+材料費 （介護保険対象外）	790円

※今後、介護報酬改正により利用料金が変更になる場合があります。
※介護保険支給限度額を超える実費につきましては全額自己負担になります。
※昼食・おやつ代につきましては全額自己負担になります。

５．営業日・営業時間

営 業 日･･･木曜・日曜・年始を除く日

営業時間･･･月・火・水・金・土曜日までの午前８時３０分から

午後５時３０分まで

６．通所型サービスのキャンセル・中止について

(1)やむを得ない事情があってキャンセルされる場合は当日午前８時３０分までに必ずご連絡下さい。

(2)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。

(3)ご利用中に体調が悪くなった場合、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、適切に対応します。また必要に応じて速やかに主治の医師に連絡を取る等の必要な措置を講じます。

(4)伝染性疾患（法定伝染病：疥癬などの皮膚疾患）を有し、他の利用者に伝染させる恐れがある場合。

(5)精神障害があり、他の利用者に著しい迷惑を及ぼす恐れのある場合。

※キャンセル・中止連絡先

沖見の里デイサービスセンター　(電話)５２９－３１６０

(担当者名)望月　裕美

7．施設利用にあたっての留意事項

① 持ち物 ・衣類の着替え 1組

・紙オムツ（使用している方のみ） 3組

・上履き 1足

・着替えなどの洗濯物を入れるビニール袋 1枚

・連絡帳

・内服薬、外用薬、処置に使うガーゼやテープなど必要な分

※持ち物（下着や靴等）には、分かりやすい場所に名前のご記入をお願いします。

② 連絡帳

連絡帳は、ご家族とスタッフをつなぐ大切なものと考えております。ぜひ、当日の朝の体温、ご家庭での様子などを記入してください。

③ 送迎時の家族不在に関する同意

送迎時にご家族が不在の場合、お迎えに上がる前とお送りした後の利用者本人の身体的又は精神的変化や、事故等の発生については、その一切の責任を負いかねます。その点についてご同意いただきたくお願い致します。

④ 喫煙

喫煙につきましては、施設敷地内での喫煙はできません。

⑤ 金銭、貴重品、食料品の持ち込み

金銭、貴重品、食料品の持ち込みは、原則としてできません。

８．サービス内容に関する相談・要望・苦情

通所型サービスに関する相談・要望・苦情は下記窓口へお申し出下さい。

サービス相談窓口	沖見の里デイサービスセンター
電話番号	０２５－５２９－３１６０ （受付時間 月・火・水・金・土曜日 午前８時３０分～午後５時３０分）
苦情解決責任者	北島賢行
苦情受付担当者	望月裕美

（行政機関その他苦情受付機関）

上越市役所高齢者支援課　　電話 025-526-5111

新潟県福祉サービス運営適正化委員会　　電話 025-281-5609

新潟県国民健康保険団体連合会　　電話 025-285-3022

９．緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

主治医	病院又は診療所名	
	医師名	電話番号
緊急連絡先①	氏名	続柄
	住所	電話番号
緊急連絡先② ①で連絡がつかないとき	氏名	続柄
	住所	電話番号

10. 非常災害時対策

非常時の対応　　別途定める「特別養護老人ホーム沖見の里消防計画」にのっとり対応します。

平常時の訓練等　別途定める「特別養護老人ホーム沖見の里消防計画」にのっとり、年２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を利用者の方にも参加してもらい実施します。

防災計画等　　上越南消防署へ届出日　平成 28 年 11 月 1 日

防火管理者　荒川　徹也

（防火管理者証番号 14032 号）

防災設備

設備の名称	個数・箇所数等
スプリンクラー	あり
避難階段	３箇所
自動火災報知機	あり
誘導灯	１１箇所
ガス漏れ報知機	あり
室内消火栓	あり
非常通報装置	あり
漏電火災報知器	あり
非常用電源	あり

１１．虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止の関する下記の措置を講じます。

（１）　虐待防止委員会の開催

（２）　高齢者虐待のための指針の整備

（３）　虐待防止研修の実施

（４）　虐待防止に関する責任者の配置

虐待防止に関する責任者　　施設長　北島　賢行

１２．業務継続計画に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービスを利用できるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

１３．身体拘束等の原則禁止

利用者本人又は他の利用者等の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合は、説明し同意を得た上で身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

サービスの提供に先立って、上記のとおり説明します。

令和　　年　　月　　日

事業者

(事業者名)　社会福祉法人まきむら福祉会

デイサービスセンター沖見の里

(所 在 地)　新潟県上越市

牧区大月 252 番地

(管 理 者)　施設長　北　島　賢　行　㊞

(説 明 者)　生活相談員　望月　裕美　㊞

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（一部）となることについても同意します。

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

利用者

(住所)

(氏名)　　㊞

代理人

(住所)

(氏名)　　㊞