

総合事業介護予防・生活支援サービス 通所型サービス

(契約書別紙兼重要事項説明書)

1, 「指定介護予防通所介護相当サービス事業所デイサービスセンターあしぬま」の概要

法 人 名	社会福祉法人 亀田郷芦沼会
事 業 所 名	指定介護予防通所介護相当サービス事業所 デイサービスセンターあしぬま
所 在 地	新潟市東区はなみずき2丁目3番7号
電 話 番 号	025-275-6551
定 員	40名（通所介護を含む）
市指定年月日	平成30年4月1日（第1570100394号）

2, 職員の勤務体制

職 種	員 数				計
	常 勤		非 常 勤		
	専 任	兼 務	専 任	兼 務	
生活相談員 (介護職員兼務)		2 人			2 人
看護職員	1 人	2 人			3 人
機能訓練指導員	1 人				1 人
介護職員		1 人	5 人		6 人
合 計	2 人	5 人	5 人		1 2 人

3, サービス内容

ご利用者が可能な限りその居宅において要支援状態の維持または改善を図り、又要介護状態になることを予防し、できるだけ自立した日常生活を営むことができるよう、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、ご利用者の社会的孤立感の解消 及び心身の機能の維持並びにご利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを 目的とします。主なサービスの内容は次のとおりです。

(1) 送 迎

送迎が必要な場合は、車いすもそのまま乗れる車でお宅までお迎えに伺い、お宅までお送りします。

(2) 食 事

できるだけご利用者に合った昼食をご用意し、必要な介助を行います。

(3) 入 浴

入浴が必要な場合は、ご利用者に合った入浴方法で、職員がお手伝いをさせていただきます。

(4) 機能訓練（アクティビティ）

楽しみながら身心の機能の維持、向上がはかれるよう、遊ビリその他の機能訓練（アクティビティ）等を実施します。

4、サービス提供方針

(1) ご利用者の心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、地域包括支援センターの作成する「介護予防サービス計画」と私たちの作成する「介護予防通所介護計画」に従い、ご利用者が要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、ご家庭においてできるだけ自立した生活が送れるよう、介護予防通所介護サービスを提供します。次の事項は、ご利用者を担当する地域包括支援センターの行う介護予防ケアマネジメントを基に、ご利用者の希望や心身の状態等を踏まえ、ご利用者と事業者が相談のうえ決定し、介護予防通所介護計画上に明記いたします。

① 1回あたりの利用時間

② 送迎や入浴の実施の有無

③ 1週あたりの利用回数（要支援1の方は週1回程度、要支援2の方は週2回程度の利用が大まかな標準とされています）

(2) サービスの提供の開始に際しては、看護職員による健康チェックを行い、体調等の変化を確認します。

5、担当のサービス提供責任者及び管理責任者

担当させていただくサービス提供責任者及び管理責任者は次の者です。

- ご連絡・ご相談担当者 氏名 佐藤 美保 職種：生活相談員（資格：社会福祉士、介護福祉士）
氏名 金子 優莉雅 職種：生活相談員（資格：社会福祉士、社会福祉士）
氏名 齋藤 愛 職種：生活相談員（資格：社会福祉士、介護福祉士）
氏名 本多 恵子 職種：生活相談員（資格：社会福祉士、介護福祉士）
- 管理責任者 氏名 佐藤 美保
- 連絡先 電話 275-6551

ご不明な点やご要望、苦情などがありましたら遠慮なくお申し出下さい。

6、利用料金

原則として下記のとおりです。但し、利用者負担軽減制度等の対象者である場合は、その認定に基づいた負担額となります。尚、当事業所の所在地である新潟市が地域区分7等級に該当する為、単位数に10.14を乗じた金額が上乗せとなります。また、(1)利用者負担金①と②の金額に、「介護職員等処遇改善加算（I）」9.2%の金額が加算となります。

(1)利用者負担金

サービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の基本利用料及び加算に対して、介護負担割合証に基づき1割、2割または3割の額です。

① 基本利用料

要支援1、事業対象者	月3回まで	1回につき	3,893円
	月4回以上	1月につき	16,954円
要支援2、事業対象者 ※このサービスの事業対象者とは、例えば退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながる	月7回まで	1回につき	4,005円
	月8回以上	1月につき	34,759円

ると考えられる方等です。	
--------------	--

※ 利用単位数の合計に10.14を乗じるので、多少の誤差があります。

加算

②生活機能向上グループ活動加算

1ヵ月あたり 1, 0 1 4 円

※生活機能向上グループ活動を行った場合のみ算定させていただきます。

③生活機能向上連携加算

1ヵ月あたり 1, 0 1 4 円

④運動器機能向上加算

1ヵ月あたり 2, 2 8 2 円

⑤科学的介護推進体制加算

1ヵ月あたり 4 0 5 円

⑥サービス提供体制加算（Ⅰ）（1ヶ月あたり）

要支援1 8 9 2 円

要支援2 1, 7 8 4 円

※上記の基本利用料及び加算は、新潟市が定める金額であり、これが改定された場合は、上記の基本利用料及び加算も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(2) その他の費用

食 費

食事（昼食1食）を提供した場合600円、おやつ代として150円／日を利用者負担金としていただきます。半日利用の方はおやつ代として50円／日を利用者負担金としていただきます。

キャンセル料

欠席連絡、前日17時以降のご連絡ですとキャンセル料として食事代600円いただきます。

(3) お支払い方法

お支払い方法は【契約書】のとおりです。

7, 営業日、営業時間及びサービス提供時間

(1) 営業日 日曜日、元旦を除く毎日

(2) 営業時間 午前8時00分から午後5時10分まで。

(3) サービス提供時間 午前8時50分から午後4時30分まで。

（ご利用者に事業所で過ごしていただく時間）

8、通常の事業実施区域

通常の事業を実施する区域は次のとおりです。

新潟市東区、及び中央区の一部（日の出、本馬越、紫竹）

9、事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

10、緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、ご親族、地域包括支援センター等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

11、非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に基づき対応を行います。			
避難訓練及び主な防災設備	別途定める消防計画に基づき年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	1個所
	自動火災報知機	あり	屋内消火栓	あり

12、虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講ずるものとします。

（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果を従業者に周知徹底を図るものとします。

（２）虐待防止のための指針を整備します。

（３）虐待防止のための従業者に対する研修を定期的に行います。

（４）前３項に定める措置を適切に実施するための担当者を置きます。

２ 事業者は、虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市長村が行う

虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

13、苦情相談窓口

- (1)当施設が提供するサービスに関するご相談や苦情は、次の窓口で受け付けております。ご遠慮なくお申し出下さい。

窓口設置場所	事務室
担当者	佐藤 美保（管理者）
連絡先(電話番号)	025-275-6551

- (2)当施設に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
新潟県社会福祉協議会 運営適正化委員会	025-281-5609
新潟市福祉部介護保険課	025-226-1273（直）
東区役所健康福祉課高齢介護係	025-250-2320（直）
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

14、第三者評価の実施有無及び評価結果の開示状況

第三者評価の実施	なし
評価結果の開示状況	なし

15、個人情報の使用

ご利用者及びご家族の個人情報については、次に定める条件で必要最小限の範囲で使用させていただきます。

1. 個人情報を使用する目的

介護予防通所介護サービス提供に係るサービス担当者会議、及び次項の相手方との連絡調整。

2. 個人情報を使用する相手方

- ・介護予防サービス計画を作成する地域包括支援センター
- ・介護予防サービス計画に位置付けられた事業所
- ・主治医（かかりつけ医）
- ・保険者

16、サービス利用にあたりご留意いただきたいこと

- (1)サービスの利用中に気分が悪くなった時は、職員に直ちにお申し出下さい。
(2)複数の方が同時にサービスを利用されますので、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。

(3)体調の変化などでサービスを利用できなくなった時は、できる限り早めに当事業所（電話番号 275-6551）までご連絡下さい。

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

令和 年 月 日

介護予防通所介護の提供開始にあたり、ご利用者に対して上記の通り説明しました。

事業者

所 在 地

新潟市東区はなみずき2丁目3番7号

名 称

社会福祉法人亀田郷芦沼会

代表者職・氏名

理事長 渋谷 薫

説明者職・氏名

生活相談員

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。

利用者

ご住所

お名前

(代理人)

ご住所

お名前

(2025年5月1日改訂)