

日常生活支援総合事業第1号通所事業

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事項は、次のとおりです。

1. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	通所型サービスAひらお苑
サービスの種類	第1号通所事業
事業所の所在地	〒206-0823 東京都稲城市平尾2-49-20
電話番号	042-331-5666
介護保険指定番号	1375100086（稲城市）
利用定員	（半日）15人
通常の事業の実施地域	稲城市

2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	引きこもりがちな高齢者や軽度認知症等のリスクのある高齢者に対し、自立支援に資する通所サービスを提供することにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。
運営の方針	事業者は、生活機能の減退した高齢者の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能なかぎり居宅において、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、さらに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家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、軽度な体操や趣味活動などを定期的に提供し、その活動を支援するとともにその他必要な援助を行う。 また、区市町村、地域包括支援センター、並びに地域の保険・医療・福祉サービス提供機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

3. 提供するサービスの内容

第1号通所事業は、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、軽度な体操や趣味活動などを定期的に提供し、その活動を支援するとともに、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援助を行い、利用者の心身機能の維持を図るためのサービスを提供します。

（半日）

- ①送迎：送迎を必要とする利用者に対し、送迎サービスを行います。
- ②活動：心身機能の維持を図るために、体操や趣味活動などを提供します。
- ③生活相談：利用者及びその家族の日常生活における介護、環境整備、手続き関係等に関する相談、助言を行います。

4. 営業日時

(半日)

営業日	月曜日から土曜日 ただし、年末年始を除きます。
営業時間	午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 3 0 分まで
サービス 提供時間	毎週水曜日・午前 1 1 時から午後 3 時まで (祝祭日は実施します。年末年始はお休みします。)

5. 事業所の職員体制（令和 3 年 4 月 1 日現在）

(半日)

従業者の職種	勤務の形態・人数	
管理者	常勤	1 人（兼務）
生活相談員	常勤	2 人（兼務）
介護職員	常勤	2 人（兼務）
	非常勤	2 人（兼務）

6. 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。

(令和 3 年 4 月 1 日現在)

担当職員の氏名	生活相談員 石橋 和美
管理責任者の氏名	管 理 者 白井 仁志

7. 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介護保険一部負担額は、介護保険負担割合証に応じた金額となります。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) 基本利用料

<半日（送迎体制あり）>

費用区分	事業費全額	利用者負担金 (1 割)	利用者負担金 (2 割)	利用者負担金 (3 割)
1 か月 4 回までの 利用予定の場合	3, 876 円	387 円	775 円	1, 162 円
1 か月 5 回以上 の利用予定の場合	3, 983 円	398 円	796 円	1, 194 円

(注) 上記の基本利用料は稲城市で定める金額であり、これが改定される場合は、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。

(2) その他の加算・費用

感染症対策加算	1 1 7 円/日	新型コロナウイルス感染対策として市が全額 負担し令和3年9月まで算定
安否確認サービス	1 9 2 円/回	
食事代	食事1回につき700円	
その他	・ 作品材料費、行事費などは別途実費負担 ・ 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用を実費負担	

(3) キャンセル料

サービス提供を中止した場合は、以下の通りキャンセル料をいただきます。

サービス中止の時期	キャンセル料
(半日) 利用予定日の前日の午後5時までに連絡があった場合	無料
(半日) 上記以降に連絡があった場合または連絡がなかった場合	食事代として 700円
サービス中の体調不良や利用者都合によるサービス中止	利用者負担金の100%の額
実費負担のある材料を用意していた場合の利用者都合によるサービス中止	材料実費
天候等によるサービスの中止	無料

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料は、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いください。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。

特別な事情により口座振替による支払いができない場合	
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直後の平日）までに、事業者が指定する口座にお振り込みください。

現金払い	サービスを利用した月の翌月の26日（休業日の場合は直後の営業日）までに、現金でお支払いください。
------	--

9. 緊急時における対応方法

- ①サービスの提供中に容態の変化、急変があった場合、事前の打ち合わせにより、速やかに指定された連絡先に連絡するとともに適切な対応をいたします。
- ②救急車要請が必要な場合は、ご家族と連絡がついた場合はその指示に従い、連絡がつかない場合は、事業所や救急隊の判断とさせていただきます。

10. 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、速やかに利用者の家族、各関係機関及び稲城市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 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。

事業所相談窓口	電話番号 042-331-5666 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

①当事業所における相談・苦情に関する解決体制

苦情解決責任者：管理者

苦情受付責任者：生活相談員

第三者委員：渡邊 知明 元稲城市総務部長 【連絡先 TEL042-721-6287】

高橋 一朗 元稲城市役所職員 【連絡先 TEL042-331-5979】

関口 重子 稲城市民生委員 【連絡先 TEL042-331-3626】

②苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることできます。

③苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申し出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申し出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

④苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は苦情申し出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申し出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員による話し合いは、次により行います。

ア. 第三者委員による苦情内容の確認

イ. 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ. 話し合い結果や改善事項等の確認

- (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	稲城市高齢福祉課	電話番号 042-378-2111
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177

12. 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) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (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。

13. 非常災害及び感染症対策

第一に利用者の安全の確保を行います。その後、可能な限り速やかにご家族への連絡を行います。そのために職員緊急連絡網及びご家族への緊急連絡簿を整備しています。関係機関への通報及び連携体制を整備し、非常災害対策に関する具体的な契約や通報・連携体制について定期的に従業員に周知するとともに、近隣施設と応援協定を結んでいます。

感染症その他緊急の事態に備え、とるべき措置について予め計画を作成し従業員の研修、訓練を実施します。また、感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できるよう努めます。

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ました。

事 業 者 所在地 東京都稲城市平尾 2－4 9－2 0

事業者（法人）名 社会福祉法人平尾会

代表者職・氏名 理事長 川島 實 印

説明者職・氏名 生活相談員 _____ 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 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所 _____

本人との続柄 _____

氏 名 _____ 印

立 会 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印