

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（通所介護相当サービス）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. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 愛友会
主たる事務所の所在地	〒399-8303 安曇野市穂高4599番地
代表者（職名・氏名）	理事長 村山 幸一
設 立 年 月 日	平成5年12月15日
電 話 番 号	0263-82-2101

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター むらやま	
サービスの種類	第1号通所事業（通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒399-8303 安曇野市穂高4563番地7	
電 話 番 号	0263-82-2612	
指定年月日・事業所番号	平成30年 4月 1日指定	2072800614
実施単位・利用定員	1単位	定員15人
通常の事業の実施地域	安曇野市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、通所介護相当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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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

第1号通所事業（通所介護相当サービス）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	月曜日から土曜日まで ただし、12/30～1/3を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5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30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	
生活相談員	常勤 1人	非常勤 3人
看護職員	常勤 人	非常勤 3人
介護職員（介護福祉士）	常勤 1人	非常勤11人（9人）
機能訓練指導員	常勤 人	非常勤 3人

7. 管理者

事業所の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。

管理者の氏名	瀧澤 和子
--------	-------

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」別紙にて説明いたします。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記載のとおり基本利用料の1割又は2割・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。

(2) その他の費用

食 費	食事の提供をする場合、1食につき500円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供をする場合、実費をいただきます。
そ の 他	上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、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、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

第1号通所事業（通所介護相当サービス）は、利用料が月単位の定額制のため、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、〇〇日以内に差上げます。

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〇日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の〇日（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。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇

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、速やかに下記の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。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

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、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び安曇野市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 1. 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	0 2 6 3 - 8 2 - 2 6 1 2
	面接場所	当事業所の相談室

(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	安曇野市介護保険課	電話	0 2 6 3 - 7 1 - 2 4 7 2
	長野県国民健康保険団体連合会	電話	0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 5 5

1 2. 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てください。
- (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。

1 3. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えています。

防災訓練 年 1 回
避難訓練 年 1 回
通報訓練 年 1 回

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	安曇野市穂高 4 5 9 9 番地
	事業者（法人）名	医療法人 愛友会
	代表者職・氏名	理事長 村山 幸一 印
	説明者	瀧澤 和子 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