

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業（指定相当通所型サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）

ご利用者 _____ 様 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	株式会社 福伸
主たる事務所の所在地	〒023-0826 奥州市水沢中田町4番19号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 千田 祥子
設立年月日	平成19年3月7日
電話番号	0197-51-7350

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もたい
サービスの種類	第1号通所事業（指定相当通所型サービス）
事業所の所在地	〒029-4203 奥州市前沢生母字中道3番地2
電話番号	0197-56-0321
開設年月日	平成19年10月20日
事業所番号	第0371500166号
利用定員	18人
通常の事業の実施地域	奥州市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、介護予防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、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしく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（指定相当通所型サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンターもたい）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～金曜日 年末年始（12月31日から1月3日）を除く
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20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
管理者	常勤 1人
生活相談員	常勤 2人
看護職員	常勤 0人、非常勤 3人 ※訪問看護ステーションと連携
機能訓練指導員	常勤 0人、非常勤 3人
介護職員	常勤 3人、非常勤 1人

7. 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。

担当職員の氏名	生活相談員 佐々木 拓也
管理責任者の氏名	管理者 鈴木 奈緒美

8. サービスの利用にあたっての留意事項

(1) サービス従業者の禁止行為

サービス従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者または家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者または家族からの金銭、物品、食品の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ 利用者またはその家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(2) 利用者間での禁止行為

トラブル防止の為、利用者間の金銭、物品、食品の授受はご遠慮ください。

(3) 健康上の利用による中止

- ① 体調不良や病気、感染症の疑い（発熱・倦怠感・嘔吐・下痢症状など）の際には、利用をお断りすることがございます。

例) 熱中症、インフルエンザ、感染性胃腸炎など

- ③ 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合はサービス内容の変更、または、中止することがございます。利用中も同様といたします。その場合、緊急連絡先に連絡の上、適切に対応いたします。受診が必要な場合は、家族での受診対応をお願いいたします。
- ④ その他、利用者またはその家族が、新型コロナウイルスやインフルエンザに感染した場合、感染拡大防止の為、速やかに連絡をお願いします。

9. 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、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割または2割又は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。あなたの負担割合は_____割です。

(1) 第1号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防通所介護相当】

利用者の要介護度	基本利用料／1月につき	利用者負担 1割	利用者負担 2割	利用者負担 3割
事業対象者 要支援1	1,798円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	1,798円 (1月の中で週1回程度の利用)	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	3,621円 (1月の中で週2回程度の利用)	3,621円	7,242円	10,863円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、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。

【加算：介護予防通所介護相当】

* 介護職員処遇改善加算 (I)		所定単位数の5.9%を加算		
* 介護職員等特定職員処遇改善加算 (I)		所定単位数の1.2%を加算		
* 介護職員等ベースアップ等支援加算		所定単位数の1.1%を加算		
サービス提供体制強化加算 (I)				
要介護度	週の利用回数	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	1月の中で週1回の利用	88円	176円	264円
要支援2	1月の中で週1回の利用	88円	176円	264円
要支援2	1月の中で週2回程度の利用	176円	352円	528円
科学的介護推進体制加算				
		利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
1月あたり		40円	80円	120円

* 1月あたりの総単位数×加算率で算出

※令和6年6月1日より、処遇改善加算等の一本化に伴う新加算/介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）算定

令和6年5月31日までの算定 a.介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 5.9% b.特定職員処遇改善加算（Ⅰ） 1.2% c.ベースアップ等支援加算 1.1%	➔	令和6年6月1日からの施行 新加算 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 9.2% 算定
--	---	--

（2）その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき770円の食費をいただきます。 ※行事食（お楽しみ弁当等）の場合は870円
その他	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）、趣味活動に関わる材料費、行事諸経費について、実費 をいただきます。※別紙参照

利用当日キャンセルの場合、食費（770円/行事食の場合は870円）をいただきます。
前日までにご連絡があった場合はいたしません。

（3）料金の支払い方法

毎月10日頃までに利用料金の請求をいたします。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	指定する口座より自動振替（※利用月の翌々月6日に振替）
銀行振込	サービスを利用した月の翌月の25日までに事業者指定口座へ振込

口座からの振替をもって領収書に代えさせていただきます。

10. 訪問看護ステーションとの連携

当事業所は、訪問看護ステーションと業務提携を行っています。午前中に訪問看護師が来所し、健康チェックを行います。また1日を通し、デイサービスの営業時間中は、緊急時の連絡がとれる体制を確保しています。

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	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄）	()
	電話番号	— —

12. 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及び奥州市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 険 名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保障の概要	賠償保険

1 3. 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 0197-56-0321
---------	-------------------

(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	奥州市前沢総合支所 市民福祉グループ	電話番号 0197-56-2111
	岩手県国民健康保険 団体連合会	電話番号 019-623-4325

1 4. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

1 5. 重要事項説明の確認・署名

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 奥州市前沢生母字中道3番地2
 事業者(法人)名 株式会社 福 伸
 代表者・氏 名 代表取締役 千田 祥子 印
 説明者・氏 名 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
 代 理 人
 住 所
 本人との続柄
 氏 名 印