

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防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。

（1～7と9～12は重要事項の項目、8は重要事項かつ契約書別紙の項目です。）

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 三重福祉会
主たる事務所の所在地	〒512-0913 四日市市西坂部町1127番地
代表者（職名・氏名）	理事長 伊藤 忠彦
設立年月日	昭和53年 9月
電話番号	059-331-7960

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	北部陽光苑	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒511-0251 三重県員弁郡東員町山田3600-1	
電話番号	0594-87-7730	
指定年月日・事業所番号	令和 3年 8月 1日指定	24A2100238
実施単位・利用定員	1単位	定員20人
通常の事業の実施地域	東員町	

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、介護予防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、要支援状態の軽減や悪化の防止、若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（介護予防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～金曜日 ただし、年末年始（12月30日から1月3日）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30分から午後4時00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 0人, 非常勤 1人
看護職員	常勤 1人, 非常勤 1人
介護職員	常勤 2人, 非常勤 3人
機能訓練指導員	常勤 1人, 非常勤 1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	小林 祥 徳
--------	--------

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」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記載のとおり基本利用料の1割又は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。

（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・減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サービス】

利用者の 要介護度	基本利用料	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	月4回まで 436単位	43.6単位	87.2単位	130.8単位
事業対象者 要支援2	月8回まで 447単位	44.7単位	89.4単位	134.1単位

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防通所介護の金額に相当する金額であり、介護予防介護予防通所介護の金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。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。

※ 1単位は10.14円です。 単位から円に換算する場合は、最後に行い1円以下は切り捨てで計算します。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		基本利用料	利用者負担 （１割）	利用者負担 （２割）	利用者負担 （３割）
生活機能向上 グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合	100単位	10単位	20単位	30単位
若年性認知症 利用者受入加算	利用者が40歳以上65歳未満で、脳血管疾患、アルツハイマー病、その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じ記憶機能及び認知機能が低下している場合	240単位	24単位	48単位	72単位
介護職員 処遇改善加算Ⅲ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1か月の総単位数に2.3％乗じた単位数の1割と2割と3割（金額に換算する場合は10.27を乗じる）			
介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数×59／1000				
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数×10／1000				
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の10／1000加算				

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※ 1単位は10.14円です。 単位から円に換算する場合は、最後に行い1円以下は切り捨てで計算します。

（２）その他の費用

食 費	食事の提供をする場合，１食につき650円の食費をいただきます。
おやつ代	おやつを提供する場合，１食につき100円をいただきます。
おむつ代	おむつの提供をする場合，１回につき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（介護予防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，翌月 27 日までにお支払いください。

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，７日以内に差上げます。

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，速やかに下記の家族等へ連絡を行う等，必要な措置を講じます。

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

１ サービスの提供により事故が発生した場合は，当事業所の事故マニュアルに従い必要な応急処置を行うとともに，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）及び市町村等へ連絡を行います。

２ 事業者の責任により契約者について賠償すべき事故が発生した場合は，速やかに保険等損害賠償の手続きを行います。

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 0594-87-7730 当事業所の相談室・担当者 増 山 里 華
---------	---

(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	東員町役場・高齢福祉係	電話 0594-86-2823
	三重県国民健康保険団体連合会	電話 059-222-4165

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。

1 4. 秘密保持について

- (1) 職員は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- (2) 職員であったものが、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講ずる。
- (3) サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、当該家族の同意を予め文章で得る。

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 三重県四日市西坂部町1127番地
事業者（法人）名 社会福祉法人 三重福祉会
代表者職・氏名 理事長 伊藤 忠彦 印
説明者職・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

署名代行者（又は法定代理人）
住 所
本人との続柄
氏 名