

介護予防通所介護に相当する第1号通所事業利用契約重要事項説明書

当事業所は、ご契約者に対して介護予防通所介護相当サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、次のとおり説明します。

※当事業所の利用は、原則として要介護認定の結果「要支援1・2」と認定された方が対象となります。

※当契約書は、令和8年1月1日時点での説明書であり、今後変更することもあります。

1. 事業者概要

| | | |
|---------------|--|-------------|
| 名 称 | デイサービスセンターようき | |
| 所在地 | 福山市駅家町万能倉160-1 | |
| 指定番号 | 3471509822 | |
| 電話番号 (FAX) | 084-970-2272 084-970-2273 | |
| 代表者 | 國上 賢一 | |
| サービスの種類 | 介護予防通所介護相当サービス | |
| 事業の目的 | 当事業所は、居宅介護サービスの適正な運営を確保する為に、人員及び管理運営に関する事項をさだめ、職員が、要支援状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供する事を目的としています。 | |
| 運営方針 | 当事業所の職員は、要支援者等の心身の特性を踏まえて、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、様々なサービスを行なう事により、ご契約者の心身の機能の維持・回復を図ります。 | |
| 利用定員 | 35人 | |
| 営業日及び 営業時間 | サービス営業日 | 月～土 |
| | サービス提供時間 | 10:00～15:30 |
| 定休日 | 日曜・祝日 年末年始・・・12/31、1/1、1/2、1/3 | |

2. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防通所介護相当サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

主な職員の配置状況

| 職種 | 職員数 |
|---------|------|
| 管理者 | 1名以上 |
| 介護職員 | 5名以上 |
| 生活相談員 | 1名以上 |
| 看護職員 | 1名以上 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| 厨房 | 1名以上 |

主な職員の勤務体制

| 職種 | 勤務体制 |
|---------|---------------------------------|
| 介護職員 | 勤務時間 8：30～17：30 |
| 生活相談員 | 勤務時間 8：30～17：30 |
| 看護職員 | 勤務時間 8：30～17：30 |
| 機能訓練指導員 | 勤務時間 10：00～12：00 13：00～15：00 |

3. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して、以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、介護負担割合に応じた金額が介護保険から給付されます。

I. 通所型サービス I

①入浴

○入浴または清拭を行います。

②排泄

○ご契約者の排泄の介助を行います。

③運動器機能向上

○ご契約者の運動器の機能向上を目的として個別にリハビリを実施します。

④口腔機能向上

○口腔機能が低下している又はその恐れのあるご契約者に対して、口腔機能の向上を目的として、個別に口腔清掃の指導や摂食・嚥下機能に関する訓練を行います。

⑤生活機能向上グループ活動

○ご契約者に対して、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様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活動を行います。

(2) 介護保険の給付対象外となるサービス

◎食事…実費で一日につき400円(おやつ・飲み物代込)

○当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体の状態及び、嗜好を考慮した食事を提供します。

○ご契約者の自立支援のため離床して、食事をとっていただくことを原則とします。

◎介護職員等処遇改善加算 I …利用総単位の9.2%の金額を実費負担となります。

サービス料金（1ヶ月あたり）

下記の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金をお支払いください。

I. 通所型サービス（独自）…要支援1・2の方が対象です。

[利用料金]

1 割負担

| 項目 | 事業対象者・要支援1 | 要支援2 |
|--------------------------|------------|--------|
| 基本料金（月単位） （送迎費、入浴費込み） | 1,798円 | 3,621円 |
| サービス提供体制強化加算 I | 88円 | 176円 |
| 口腔機能向上加算 | 150円 | 150円 |
| 一体的サービス提供加算 （注1） | 480円 | 480円 |

2 割負担

| 項目 | 事業対象者・要支援1 | 要支援2 |
|--------------------------|------------|--------|
| 基本料金（月単位） （送迎費、入浴費込み） | 3,596円 | 7,242円 |
| サービス提供体制強化加算 I | 176円 | 352円 |
| 口腔機能向上加算 | 300円 | 300円 |
| 一体的サービス提供加算 （注1） | 960円 | 960円 |

3 割負担

| 項目 | 事業対象者・要支援1 | 要支援2 |
|--------------------------|------------|---------|
| 基本料金（月単位） （送迎費、入浴費込み） | 5,394円 | 10,284円 |
| サービス提供体制強化加算 I | 264円 | 528円 |
| 口腔機能向上加算 | 450円 | 450円 |
| 一体的サービス提供加算（注1） | 1,440円 | 1,440円 |

（注1）口腔機能向上加算を行った場合に加算されます。

（注2）送迎を行わない場合は片道47円減額致します。

※食費（おやつ・飲み物代込）を一日につき実費400円いただきます。

※介護職員等処遇改善加算 I…利用総単位の9.2%の金額をいただきます。

※介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額を変更します。

(3) 利用料金のお支払い方法

サービスご利用月の次月の15日辺りまでに請求書をお渡しいたします。

例) 利用月 4月 ⇒ 請求日 5月15日辺りまでにお渡しします。

※お支払いは口座振替をお願いしております。難しい場合には管理者にご相談ください。

(4) 利用の中止、変更、追加について

①利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護相当サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービス実施の前日までに事業者申し出てください。

②一ヶ月以上利用のない場合は、従来予定している利用から外れることがあります。

(5) 契約の期間について

①この契約の契約期間は、契約締結の日から、ご契約者の要支援認定の有効期間満了日までとします。

②契約満了日の2日前までに、利用者から事業者に対して、契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

(6) 契約の終了について

①ご契約者は、事業者に対して、1週間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、ご契約者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

②事業者は、やむを得ない事情がある場合、ご契約者に対して1ヶ月の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

③次の事由に該当した場合には、ご契約者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

ア. 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合。

イ. 事業者が、守秘義務に反した場合。

ウ. 事業者がご契約者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

④次の事由に該当した場合は、事業所は文書で通知することにより、直ちに契約を解約することができます。

ア. ご契約者またはその家族が、事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。

⑤次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

ア. ご契約者が、介護保険施設に入所した場合。

イ. ご契約者が死亡した場合。

(7) 秘密保持について

- ①事業者および事業者が使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご契約者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ②事業者は、ご契約者からあらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議において、ご契約者の個人情報を用いません。
- ③事業者は、ご契約者の家族からあらかじめ同意を得ない限り、サービス提供者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

(8) その他

- ①お金や貴重品などは原則持ってこられないようお願いします。紛失された場合、当事業所では責任を負いかねます。
- ②持ち物にはお名前の記入をお願いします。紛失された場合、当事業所では責任を負いかねます。

4. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受け付け

当事業所における苦情やご相談は、以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(デイサービスセンターようき内)

担当者

職 種 管理者

氏 名 桑原 大地

電話番号 084-970-2272

※担当者が不在の時は他の職員が対応します。

○受付時間

毎週 月曜 ～ 土曜 8:30～17:30

(2) 行政機関、その他の苦情受付機関

①福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課

福山市東桜町3番5号

電話番号 084-928-1259

②広島県国民健康保険団体連合会

広島市中区東白島町19番49号「国保会館」

電話番号 082-545-0782

(3) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①苦情の受付

面接、電話を受け付ける。また、書面、ファクシミリ等により常時受け付ける。

②苦情内容の記録

苦情内容を記録し、苦情報告書を作成する。

③苦情解決方法の検討

苦情申出人の意向を尊重しつつ、それぞれ次の事項の要否など解決のための対応方法を検討する。また、必要に応じ、苦情申出人の意向を再確認する。

④事情調査

苦情内容の事実確認を行う必要がある場合には、苦情申出人の同意を得て次の手順で事情調査を行う。

ア. 聞き取りまたは実地調査などによる苦情の内容に関する事実の確認

イ. 担当者の意見の聴取

⑤助言、解決方法の決定

ア. 苦情申出人に対し苦情解決のための必要な助言

イ. 苦情が解決のための適切な方法を苦情申出人に提示し、解決方法を決定

⑥結果の確認

解決結果または、事情の改善などの報告を受け、結果を確認する。

⑦その他

ア. 苦情処理は、週間以内に行われることを原則とする。

イ. 苦情処理の成果等を書面で記録、整理する。

ウ. 苦情申出人再発防止のための方策を伝え、再発防止を図る。

エ. 上記の解決を図った後、介護支援専門員へ報告する。

(以上について生活相談員が苦情処理を行う。)

(4) 事故発生時の対応

- ①事故が発生した場合には、その原因を分析し、市町村等の関係機関、利用者及びその家族、担当居宅介護支援事業者等に対して、速やかに報告を行うとともに、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。
- ②賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。
- ③その他
 - ア. 市町村が行う文書その他の物件の提出もしくは提示の求め又は市町村の職員からの質問もしくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、助言に従って必要な改善を行う。
 - イ. 国民健康保険団体連合会が行う調査についても同様とする。
 - ウ. ご契約者からの契約解除の申し出があった場合は、居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定訪問介護事業者等の紹介を行う。
 - エ. 介護サービス計画の変更の場合には、速やかに対応する。

その他 本契約に定めない事項

1. ご契約者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
2. この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意をもって協議の上定めます。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、ご契約者、事業者が署名押印の上、一通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

住 所 広島県福山市神辺町道上1330番地1

事業者名 陽気株式会社

氏 名 代表取締役 國上 賢一 印

ご契約者

住 所

氏 名 印

ご契約者家族

住 所

氏 名 印

続 柄