

**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）③**

〇〇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	A s s i - S T株式会社
主たる事務所の所在地	〒277-0831 柏市根戸467番地184 井原ビル1階1号室
代表者（職名・氏名）	代表取締役 関野 隆弘
設 立 年 月 日	令和2年8月17日
電 話 番 号	04-7170-1834

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	リハビリデイサービス 結びつ木	
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	〒277-0831 柏市根戸467-184 井原ビル1階2号室	
電 話 番 号	事業所：04-7170-1834 携帯：090-3144-1834	
指定年月日・事業所番号	令和2年10月1日指定	1292200647
実施単位・利用定員	1単位目09：00～12：05 2単位目13：45～16：50	定員15人
通常の事業の実施地域	柏市内	

**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（祝日を含む） ただし、（年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	8：30～17：15
サービス提供時間	1単位 9：00～12：05 2単位 13：45～16：50

## 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	常勤専従 1人 非常勤兼務 2人
看護職員	常勤兼務 1人 非常勤兼務 2人
介護職員	常勤兼務 1名 非常勤兼務 5人
機能訓練指導員	常勤専従1人 常勤兼務 1人 非常勤兼務 1人 非常勤専従 2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	武田 翔吾
--------	-------

## 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割負担です。

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（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：通所介護相当サービス】

支援1	通所型独自サービス1	1,798 単位/月
支援2	通所型独自サービス2	3,621 単位/月

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。

## 【加算】

通所型独自サービス口腔機能向上加算 II	160 単位/回 (月 1 回)
通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	40 単位/月
地域通所介護処遇改善加算 II	所定単位数の 90/1000 単位
(柏市：6 等級 1 単位 10.27 円)	

## 【減算】

同一建物減算  
定員超過・人員基準欠如減算  
送迎減算  
高齢者虐待防止未実施減算  
業務継続計画未策定減算

## (2) その他の費用

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。

飲料代：1利用日につき、55円（税込）

アクティビティ材料代：1利用日につき、55円（税込）

（必要時）

持ち帰りお弁当代：1食 594～702円（税込）

おむつ類：110円（税込）

口腔ケアスポンジ 33円（税込）

## (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、15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27日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
現金払い	現金にて集金を希望される方は、ご相談下さい。

## 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）及び柏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 04-7170-1834 090-3144-1834 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	柏市地域包括支援課	電話 04-7167-2318
	千葉県国民健康保険団体連合会	電話 043-254-7318

### 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。

### 13. 非常災害対策

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必要な訓練を行います。また、災害時等における業務継続計画を策定し、消防法上必要な設備を備えております。

### 14. 高齢者虐待防止および身体拘束禁止

高齢者の虐待及び再発を防止する、身体拘束の禁止をするための委員会を設置し、委員会担当者での定期的な会議、従業員への周知や研修を行う措置を設けています。

### 15. 運営推進会議

- ① 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動と連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- ② 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図る事を目的として「運営推進会議」を設置します。
- ③ 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6カ月に1回以上会議を開催します。
- ④ 「運営推進会議」開催前に、会議の開催のご案内及び出席依頼を行いますので、可能な限りご出席頂きますようお願い致します。お願いいたします。

以上のとおり、地域密着型通所介護事業に関する重要事項説明書の説明を行いました。上記内容を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

契約締結日 令和 年 月 日

(利用者) 私は、この内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

利用者 住所：柏市

氏名： ㊟

(代理人) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

代理人 住所：柏市

氏名： ㊟

本人との続柄：

(事業者) 私は、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： 千葉県柏市根戸 467 番地 184 井原ビル 1 階 1 号

事業者（法人）名： A s s i - S T 株式会社

代表者職・氏名： 代表取締役 関野 隆弘 ㊞

説明者職・氏名： ㊞