

**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）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な事項は、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 ちからこぶ
主たる事務所の所在地	〒886-0005 小林市南西方1112番地141
代表者（職名・氏名）	代表取締役 松下 政宏
設立年月日	平成23年6月2日
電話番号	0984-22-3450

**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こころ湯	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	〒886-0005 小林市南西方1112番地141	
電話番号	0984-22-3450	
指定年月日・事業所番号	令和6年4月1日指定	4570500753
実施単位・利用定員	1単位	定員28人
通常の事業の実施地域	小林市、えびの市	

**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（介護予防通所介護相当）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンターこころ湯）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、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7時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前8時30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	3人、非常勤 0人
看護職員	常勤	1人、非常勤 1人
介護職員	常勤	5人、非常勤 2人
機能訓練指導員	常勤	1人、非常勤 2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 伊集院 雪乃
管理責任者の氏名	管理 者 伊集院 雪乃

## 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応じた基本利用料の割合（1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。

（1）第1号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	利用者負担（1割）
事業対象者 要支援1	17,980円（1月につき）	1,798円
要支援2	36,210円（1月につき）	3,621円
事業対象者 要支援1	4,360円（1回につき） (1月の中で全部で4回までのサービス)	436円
要支援2	4,470円（1回につき） (1月の中で全部で5回～8回までのサービス)	447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】

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）
科学的介護推進体制 加算	利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報をサービスの適切かつ有効に提供するために活用している場合	400円	40円
サービス提供体制 強化加算（I）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	要支援1	880円
		要支援2	1,760円
介護職員 待遇改善加算（I）	介護職員の待遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	所定単位数の92/1000	

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

### （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500円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき100円の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）利用の中止

利用予定日の前に、ご契約様の都合により、サービスの利用を中止する場合にはサービスの実施日の前日までに、もしくは利用予定当日の場合は午前8時までにお知らせください。

### （4）支払い方法

上記（1）から（2）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、14日以内に差し上げます。

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20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。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の月末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払ください。

\*出来るだけ口座引き落としての支払いをお願いしております。

## **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。

## **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及び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 0984-22-3450 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	えびの市介護保険課介護保険係 電話番号 0984-35-1112
	小林市 介護保険課介護保険係 電話番号 0984-23-1111
	宮崎県国民健康保険団体連合会 電話番号 0985-35-5301

## **12. サービスの第三者評価の実施状況について**

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の評価は行っていません。

## **13. 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当事業所の担当者へご連絡ください。

## **14. サービスの利用にあたっての禁止事項**

- (1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの行為。
- (2) パワーハラスマント、セクシャルハラスマントなどの行為。
- (3) サービスの利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。
- (4) 以上の行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約の解除を行う事もあります。

## **15. 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。

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　宮崎県小林市南西方1112番地141

事業者（法人）名　株式会社ちからこぶ

代表者職・氏名　　取締役　松下　政宏　　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　　　　　　　　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