

**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)**

あなた(利用者)に対するサービスの提供開始にあたり、「いわき市介護予防訪問介護相当サービス等の人員等に関する基準を定める要綱」の規定に基づき、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. 事業者の概要

事業者の名称	有限会社菅野写真商会
主たる事務所の所在地	〒970-8021 いわき市平中神谷字六本榎17番地の1
代表者(職・氏名)	代表取締役 今田 勇 司
設立年月日	昭和45年8月21日
電話番号	0246-84-5280

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス憩の郷(いこいのさと)
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	〒970-8021 いわき市平中神谷字六本榎17番地の1
電話番号	0246-84-5284
FAX番号	0246-84-5285
指定年月日	平成25年7月1日
事業所番号	0770406510
管理者の氏名	今田 真弓
通常の実施地域	いわき市全域(ただし、田人町、川前町及び三和町三坂地区を除く)
利用設備	食堂兼機能訓練室 広さ47.47㎡

	浴室	2室（1室は介助浴槽）
	静養室	1室
	相談室	1室
	送迎車両	3台

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

(1) サービスの概要

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。

なお、事業所が行う、1日のサービスの流れと内容は概ね次のとおりです。

① お迎え

利用者のご自宅から憩の郷まで送迎いたします。

② 健康チェック

ご利用日には必ず健康チェック（血圧、体温、脈拍）を行います。

③ 朝のお話タイム

職員も一緒にお茶を飲みながら、ゆったりしたお話タイムとし、ご利用者の笑みがこぼれる、ふれあいのときを過ごしていただきます。

④ 健康体操・レクリエーション

御利用者の身体状況等に応じた運動や趣味の活動、季節に合わせた行事など、ご利用者の希望も取り入れて様々なレクリエーション活動を行います。

⑤ 昼食など

提携業者による安心・安全な素材を用いた食事を食べていただきます。
また、このほかおやつも準備いたします。

⑥ お昼寝

昼食後には、ご希望者はお昼寝をすることができます。和室を準備してありますので昼の香りのする静かな環境で過ごしていただけます。

⑦ 入浴

身体状況に応じた浴槽での入浴をしていただきます。ただし、ご利用者の体調によってはシャワー浴、又は部分浴となる場合があります。

⑧ クラブ・おやつ・昼のお話タイム

ご利用者同士の趣味を生かしたクラブ活動や共通の話題に花を咲かせるお話タイムと併せておやつの時間を設けております。

⑨ お送り

憩の郷を出発し、ご利用者のご自宅までお送りいたします。

(2) 健康上の理由による計画変更の場合の措置

ア 当日の健康チェックの結果、体調がすぐれないと認めた場合には、サービス内容を変更もしくは中止することがあります。その場合、ご家族等に連絡の上、適切に対応いたします。

イ ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族等に連絡するとともに必要に応じて速やかに主治医に連絡をして指示を受ける等の必要な措置を講じます。

ウ サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望日に振り替えることが可能ですが、この場合にはケアマネージャーと相談のうえ対応することとします。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日（ただし、8月13日から8月16日及び12月30日から1月3日までの間は除きます。）
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00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 人、 非常勤 人
看護職員	常勤 人、 非常勤 人

介護職員	常勤 人、 非常勤 人
機能訓練指導員	常勤 人、 非常勤 人

7. サービス提供の担当者等

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、お申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員
管理責任者の氏名	管 理 者

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、原則として基本利用料のうち介護保険負担割合証に記載の割合の額です。

ただし、介護保険給付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号通所型サービスの利用料

【基本部分】

サービス名称	対象	基本利用料	利用者負担金	
			割合	金額
1週当たりの標準的な回数を定める場合（週1回程度）	要支援1	月額 17,980円	1割	1,798円
			2割	3,596円
			3割	5,394円
1月当たりの回数を定める場合（週2回以上）	要支援2	月額 36,210円	1割	3,621円
			2割	7,242円
			3割	10,863円
1月当たりの回数を定める場合（月4回まで）	要支援1	1回につき 4,360円	1割	436円
			2割	872円
			3割	1,308円
1月当たりの回数を定める場合（月5回から8回まで）	要支援2	1回につき 4,470円	1割	447円
			2割	894円
			3割	1,341円

(注) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める単位に基づいて決められる金額であり、告示が改正された場合は、これらの金額も自動的に改定されます。

【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	利用者負担金

生活機能向上グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合（1月につき）	1,000円	負担割合に 応じた額	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者にサービスを行った場合	2,400円		
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合（1月につき）	2,000円		
口腔機能向上加算Ⅰ	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合（1月につき）	1,500円		
口腔機能向上加算Ⅱ		1,600円		
一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスのいずれも実施した場合（1月につき）	4,800円		
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（1月につき）	要支援1		880円
		要支援2		1,760円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	※加算Ⅰ、加算Ⅱ又は加算Ⅲのいずれか1つを算定する。	要支援1		720円
		要支援2		1,440円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		要支援1		240円
		要支援2		480円
生活機能向上連携加算Ⅰ	3ヶ月に1回を限度	1,000円		
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月につき	2,000円		
生活機能向上連携加算Ⅱ ※運動機能向上加算を算定している場合		1,000円		
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	※6ヶ月に1回を限度とし、1回につき	200円		
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ		50円		
科学的介護推進体制加算	1月につき	400円		

(注) 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。

【減算】

- ア 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数から100分の1
厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合
- イ 業務継続計画未策定減算 所定単位数から100分の1
厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、
- ウ 送迎未実施減算 片道につき47単位
利用者の居宅とサービス提供事業所との間の送迎を行わない場合

【その他】

- ア 下記介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算（旧3加算）は令和6年5月31日をもって廃止されます。

介護職員処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合には、1ヶ月の利用料金（基本部分＋各種加算減算）の所定の率	5.9%
-------------	----------------------------------------------	------

介護職員処遇改善加算Ⅱ	(Ⅰ～Ⅲのいずれか)	4.3%
介護職員処遇改善加算Ⅲ		2.3%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合には、1ヶ月の利用料金(基本部分+各種加算減算)の所定の率(ⅠかⅡのいずれか)	1.2%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ		1.0%
介護職員等ベースアップ等支援加算	当該加算の算定要件を満たす場合には、1ヶ月の利用料金(基本部分+各種加算減算)の所定の率	1.1%

イ 「介護職員等処遇改善加算」が創設され、旧3加算に代わるものとして令和6年6月1日から運用され、厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施している地域密着型通所介護事業所が、利用者にサービスを行った場合、下記の加算率が適用されます。

(ア) 令和6年6月1日から適用

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	事業所が、厚生労働大臣が定める基準に適合し、サービスを行った場合	9.2%	負担割合に応じた額
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		9.0%	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		8.0%	
介護職員等処遇改善加算Ⅳ		6.4%	

(イ) 猶予期間として令和6年6月1日から令和7年3月31日まで適用できる。

介護職員等処遇改善加算Ⅴ(1)	事業所が、厚生労働大臣が定める基準に適合し、サービスを行った場合	8.1%	負担割合に応じた額
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(2)		7.6%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(3)		7.9%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(4)		7.4%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(5)		6.5%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(6)		6.3%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(7)		5.6%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(8)		6.9%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(9)		5.4%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(10)		4.5%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(11)		5.3%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(12)		4.3%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(13)		4.4%	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(14)		3.3%	

ウ その他

令和6年4月及び5月の加算等の単位数の計算方法は、基本サービス費に各種加算減算を加えた1月当たりの総単位数に、これまでの3加算の該当する加算率を乗じた単位数を算定します。

(2) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、30分あたり500円を負担していただきます。ただし、最大で90分を超えることはできません。
食費	令和6年4月末日までは1食につき550円、令和6年5月1日からは1食につき600円又は700円の食費をいただきます。ただし、これにはおやつ代を含みます。
おむつ代	おむつは、1枚あたり100円の実費をいただきます。
事業実施地域外の送迎	通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、送迎費として一律500円を負担していただきます。
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

利用のサービス提供をキャンセルした場合のキャンセル料はいただきません。

9. 利用料金の支払い方法

(1) 支払期日

事業者は利用月における利用料を翌月12日までに計算したうえで請求書を発行し、職員が請求書を利用者に交付します。

利用者は請求を受けた日から同月末日までの間に現金もしくは事業者が承諾した場合においてはその指定する金融機関口座に振込む方法で支払いをしていただくものとします。

現金でお支払いいただいた際には領収証を発行いたします。

口座振り込みの場合における金融機関等は下記のとおりです。

振込先	東邦銀行いわき営業部	
口座種別・番号	普通口座	10515
名義人	有限会社菅野写真商会 ユ) カンノシャシンショウカイ	今田 勇司 イマダユウジ

(2) 償還払い

保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、該当する月の介護保険適用外の利用料金をお支払いいただきます。

事業所では、利用料金をお支払いいただいた場合にはサービス提供証明書を発行いたします。

このサービス提供証明書をいわき市の担当窓口に提出して、給付分の費用の払

い戻しを受けてください。

10. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いしてサービス内容等についてご説明いたします。

その後、通所介護計画の作成と並行して契約を結び、事業所でのサービスを開始いたします。

なお、すでに居宅サービス計画の作成を介護支援専門員に依頼している場合には、お知らせください。

(2) サービスの終了

ア 利用者の解除権限

- 利用者は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情による場合には7日未満の通知でもこの契約を解除することができます。

- 利用者は、次に掲げるいずれかの事由に該当すると認めた場合には、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

一 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

二 事業者が守秘義務に違反した場合

三 事業者が利用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

四 事業者が廃業した場合ご利用者の都合でサービスを終了する場合

イ 事業者の解除権限等

- 事業者は、利用者が法令違反またはサービス提供を阻害する行為をなし、事業所の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

- 事業所は、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の体調不良等の理由により、3カ月以上にわたって通所介護又は介護予防通所介護のサービスの実施が困難と判断した場合には、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除することができます。

ウ 自動的にサービスを終了する場合

以下に掲げる事由が生じたときは、双方の通知がなくても、自動的にサービスは終了いたします。

- ご利用者が介護保険施設に入所した場合

- 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が要支援、非該当と認定された場合

- ご利用者が亡くなられた場合

11. 緊急時等における対応方法

(1) 緊急時の対応

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにご利用者の主治医、緊急時連絡先(ご家族等)等へ連絡をします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	固定 _____ 携帯 _____
続柄	
主治医	
病院等名称 (診療科)	()
医師の氏名	
所在地	
電話番号	

(2) 事故発生時の対応

事業所で万一事故が発生した場合には、事故に遭われた方の救助に当たるほか、事前の打ち合わせにより、速やかにご家族、市町村及び居宅介護支援事業所に連絡するとともに事故の拡大防止措置を講じます。

また、再発防止の検討、対策を速やかに実施します。

(3) 非常災害時の対応

事業所において、営業時間中に非常災害等の緊急事態が発生した場合には、緊急時対応マニュアルに従い、速やかに避難するとともにご家族、市町村及び居宅介護支援事業者等関係機関に連絡します。

非常時の対応	別途定める消防計画に従い対応を行います。			
消防設備等	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	火災報知器	22個	火災警報機	2個所
	消火器	2本	誘導灯	3個所
	カーテン、布団等は防災性能を有するものを使用しています。			

消防計画等	別途定める消防計画に従い年2回避難訓練を行います。 いわき市消防長への届出：平成25年7月23日 （いわき市消防長 平成25年7月24日確認済み） 防火管理者：今田勇司
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

12. 衛生管理等

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講ずるものとします。

13. 感染症等の防止

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

14. 虐待防止

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること。
- ② 虐待防止のための指針を整備すること。
- ③ 虐待を防止するため定期的に研修を実施すること。
- ④ サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合においては速やかに市町村へ通報すること。
- ⑤ 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
- ⑥ 上記の各措置を適切に実施するために担当者を置くこと。

15. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する地域密着型通所介護等の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、この業務継続計画に従い次の措置を講じます。

- ① 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、研修及び訓練を定期的に実施すること。
- ② 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

16. ハラスメントの防止

事業所は、適切な地域密着型通所介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動（セクシャルハラスメント）又は優越的な関係を背景とした言動（パワーハラスメント）であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

17. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- (2) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (3) 決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
- (4) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
- (5) 所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
- (6) 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

18. 相談、要望、苦情等の窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記担当者がお受けいたします。

事業所相談窓口	苦情・相談担当者 管理者 今田 勇 司 電話番号 0246-84-5284 受付時間 営業日の営業時間内
---------	------------------------------------------------------------

- (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	いわき市保健福祉部長寿介護課	0246-22-7467
	福島県国民健康保険団体連合会	024-528-0040

19. 損害賠償

事業者は、サービス提供にあたって、事業所の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合には、損害を賠償します。

当事業者は、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）の提供開始に当たり、「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」に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 福島県いわき市平中神谷字六本榎17番地の1
事業者名 有限会社菅野写真商会
事業所名 デイサービス憩の郷
(事業所番号) 0770406510
代表者・職・氏名 代表取締役 今 田 勇 司 印

説明者 職 名 _____
氏 名 _____印

私は、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に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____
氏 名 _____印

ご家族もしくは代理人(選任した場合)

住 所 _____
氏 名 _____印

当社における個人情報の利用目的通知
及び第三者に提供する場合の目的に関する同意書

当社では、個人情報を下記の業務上必要な範囲において利用するとともに、第三者に提供する場合があります。

ただし、これ以外の目的で利用することはいたしません。

- 1 お客様に提供するサービス業務
- 2 介護保険請求のための業務
- 3 当社が行うサービス事業に係る管理運営業務
- 4 サービス上必要な他の医療機関・介護機関との連携業務
- 5 必要時における家族等へのサービス状況の説明業務
- 6 法令に基づく行政機関等への照会、確認及び報告業務
- 7 損害賠償責任保険等に関わる専門機関、保険会社への届出、相談業務
- 8 その他公益に資する運営業務(基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等)

会 社 名 有限会社菅野写真商会
代表者職・氏名 代表取締役 今 田 勇 司

私は、あなたの会社が私の個人情報を利用する範囲について説明を受け、理解するとともに上記目的の範囲で利用すること及び第三者に私の個人情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

家族代表・代理人 (いずれか○で囲んで下さい。)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)