

**大牟田市介護予防・日常生活支援総合事業
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）に対するサービス提供開始に当たり、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 | 社会福祉法人 木犀会 |
| 主たる事務所の所在地 | 837-0905 大牟田市大字甘木 44 番地 1 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 杉 健三 |
| 設 立 年 月 日 | 1992 年 11 月 4 日 |
| 電 話 番 号 | 0 9 4 4—5 8—1 1 1 2 |

2. ご利用事業所の概要

| | | | |
|-------------|------------------------|------------------------|--|
| ご利用事業所の名称 | やぶつばきデイサービスセンター | | |
| サービスの種類 | 介護予防通所介護相当サービス | | |
| 事業所の所在地 | 836-0897 大牟田市青葉町 130-2 | | |
| 電 話 番 号 | 0 9 4 4—5 5—6 7 1 5 | | |
| 指定年月日・事業所番号 | 2016 年 10 月 1 日みなし指定 | 4 0 7 1 5 0 0 1 8 7 | |
| 実施単位・利用定員 | 1 単位 | 定員 3 0 人（指定通所介護の利用者含む） | |
| 管理者の氏名 | 前原 圭祐 | | |
| 事業の実施地域 | 大牟田市 | | |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 基本チェックリスト該当者又は要支援状態である利用者が、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、大牟田市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保険・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、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

介護予防通所介護相当サービスの内容は次のとおりとします。

1. 生活指導、相談、趣味、生きがい活動
2. 健康増進、健康チェック
3. 機能訓練（運動器機能向上訓練）
4. アクティビティー（集団で行うレクリエーション・創作活動等）
5. 送迎
6. 入浴サービス
7. 給食サービス
8. 身体介護（排泄、食事等介助）

5. 個別計画の作成

利用者の介護予防サービス・支援計画書に基づき、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえた、介護予防通所介護相当サービスの個別計画を作成するものとします。

6. 営業日時

| | |
|----------|--------------------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月31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20分から午後4時00分まで |

7. 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数 |
|---------|-----------------|
| 生活相談員 | 2名以上（うち1人以上は常勤） |
| 看護職員 | 2名以上 |
| 介護職員 | 4名以上 |
| 機能訓練指導員 | 2名以上 |

8. 利用料

（1）介護予防・日常生活支援総合事業給付対象サービスの利用料金

介護予防・日常生活支援総合事業給付対象サービスを利用した場合の利用料は別紙（重要事項説明書別紙1）のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、介護保険負担割合証に応じた割合の額です。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。

（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550円の食費をいただきます。(おやつ代含む) |
| 複写物の交付 | 一枚につき 10円 |
| 材料費等 | 任意に参加できる活動への参加を希望された場合、材料費等の費用の実費相当額をいただきます。 |
| その他 | 上記以外の日常生活において通常必要となる軽費であって、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) 取り消し料

利用予定日の前日までに申し出が無く、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取り消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

| | |
|-------------------------|------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無料 |
| 利用予定日の午前9時までに申し出がなかった場合 | 400円 |

(4) 通常の事業の実施地域を越えて行う場合の送迎費用。

| | |
|---------------------|------|
| 実施地域を越えた地点から片道5km未満 | 0円 |
| 実施地域を越えた地点から片道5km以上 | 200円 |

(5) 支払い方法

上記(1)～(3)の利用料等(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、以下の方法によりお支払ください。

| 支払い方法 | 支払い要件等 |
|--------|-------------------------------------------------------|
| 口座引落とし | サービスを利用した月の翌月26日(祝休日の場合は直後の平日)に、ご利用者が指定する口座より引き落とします。 |

9. 緊急時の対応

サービス提供時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、速やかに主治医や利用者の家族に連絡をとるなど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、居宅介護予防支援事業者、及び大牟田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) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は、下記専用窓口にお申し出ください。

○専用窓口

| | | |
|---------|-------------|--------------------|
| 苦情受付担当者 | 前原 圭祐 (管理者) | TEL (0944) 55-6666 |
| 苦情解決責任者 | 前原 圭祐 (施設長) | TEL (0944) 55-6666 |
| 第三者委員 | 田中 博仁 (評議員) | TEL (0944) 53-7044 |
| | 堤 公子 (評議員) | TEL (0944) 53-5297 |

○受付時間 月曜日～土曜日 8時30分～17時30分

(2) 行政機関その他苦情、相談受付機関

| | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大牟田市福祉課介護保険担当 | 電話番号：0944-41-2683 FAX 番号：0944-41-2552 住所：福岡県大牟田市有明町2丁目3 時間：8:30～17:15 |
| 福岡県国民健康保険団体連合会 | 電話番号：0942-642-7859 FAX 番号：0942-642-7856 住所：福岡県福岡市博多区吉塚本町 13-47 時間：9:00～17:00 |
| 福岡県運営適正化委員会事務局 | 電話番号：092-915-3511 FAX 番号：092-584-3790 住所：福岡県春日市原町3丁目1番地7 クローバープラザ6階(西棟) 時間：9:00～17:00 |

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には、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

めにご連絡ください。

- (4) 主治医より療養上の指示を受けた場合や、緊急連絡先が変わった場合はお知らせください。

1 3. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

| | |
|-------------|---|
| 実施の有無 | 無 |
| 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | |
| 評価結果の開示状況 | |

1 4. 従業員の守秘義務について

- (1) 利用者及び家族等に関する個人情報は、同意を得ないで「個人情報の利用目的」の必要な範囲を超えて取り扱わないものとします。
- (2) 従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を他人に漏らしません。
- (3) 従業員であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を従業員との雇用契約の内容とします。

1 5. 虐待の防止のための措置について

当事業所では、高齢者虐待を防止し利用者の人権及び尊厳を守るために以下の措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会を定期的開催し、その結果について従業員へ周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 上記措置を適切に実施するため、虐待防止委員会の運営責任者である施設長または副施設長を担当者として設置します。

1 6. ハラスメント対策について

事業所は従業員が個人として尊厳を尊重され、働きやすい職場環境を確立することにより従業員の利益の保護及び能率の向上を図るため、以下の事項にご留意ください。

- (1) 従業員に対しパワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為を行わないでください。
- (2) サービス内容に疑問や不満がある場合、又は職員からハラスメントを受けた場合は気軽に管理者までご連絡ください。

17. その他運営についての留意点

- (1) 事業者は、従業者の資質向上を図るため次の通り研修の機会を設けます。
 - ①採用時研修 採用後1か月以内
 - ②継続研修 年1回以上
- (2) 通所介護計画及びサービス提供記録については、サービスの提供に係る保険給付支払いの日から5年間、事故発生時の記録、市町村への通知、並びに苦情処理に関する記録については、その記録が完結してから5年間保存します。
- (3) この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、社会福祉法人木犀会と事業所の管理者との協定に基づいて定めるものとします。

西暦 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 | 福岡県大牟田市大字甘木 44 番地 1 |
| | 事業者（法人）名 | 社会福祉法人 木犀会 |
| | 代表者職・氏名 | 理事長 杉 健三 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 |

重要事項説明書別紙 1

(2024 年 6 月 1 日改訂)

(1) 介護予防通所介護相当サービスの利用料基本部分、加算の合計額になります。

【基本部分：介護予防通所介護相当サービス】

| 要 介 護 認 定 区 分 等 | 基 本 利 用 料 (1 月 あ た り) |
|-------------------------------------------------|----------------------------|
| 要支援1 及び 基本チェックリ スト該当者 (週 1 回程度の利 用) | 1,798円 |
| 要支援2 (週2回程度の 利用) | 3,621円 |

※基本利用料及び各種加算は1割負担分を表記しています。

【各種加算】

| 要 介 護 認 定 区 分 等 | 科学的介護推進体制加 算 | サービス提供体制強化 加算 (I) | 介護職員等処遇改善加 算 I |
|---------------------------------|-----------------|----------------------|-------------------|
| 要支援1 及び 事業対象者 (週1回 程度の利用) | 月額 40円 | 月額 88円 | 介護報酬 の9.2% |
| 要支援2 (週2回程 度の利用) | 月額 40円 | 月額 176円 | 介護報酬 の9.2% |

※「介護職員等処遇改善加算 I」は区分支給限度額基準額には含まれません。

※介護保険法等の関係法令及び大牟田市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の変更があった場合は、改定後の金額が適用されます。