

**介護予防・日常生活支援総合事業
第一号通所事業契約書別紙（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	社会福祉法人愛染会
主たる事務所の所在地	〒010-0134 秋田市上新城道川字愛染58番地
代表者（職名・氏名）	理事長 白岩和弘
設立年月日	平成6年7月12日
電話番号	018-870-2001

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あいらんど	
サービスの種類	第一号通所事業	
事業所の所在地	〒011-0947 秋田市飯島新町1丁目3番15号	
電話番号	018-880-6688	
指定年月日・事業所番号	平成17年9月30日指定	0570113498
実施単位・利用定員	1単位	定員25人
通常の事業の実施地域	秋田市	

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

第一号通所事業は、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 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	付記
生活相談員	常勤 3人	介護職員と兼務（2名）
看護職員	常勤 1人、非常勤 2人	機能訓練員と兼務
介護職員	常勤 7人、非常勤 2人	管理者と兼務（1名）、 生活相談員と兼務（2名）
機能訓練指導員	常勤 1人、非常勤 2人	看護職員と兼務

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	佐藤 正博
--------	-------

8. 利用料

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、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割の額です。ただし、介護保険の第一号事業支給費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）第一号通所事業の利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分】

基本利用料は、秋田市長が定める金額とする。

第一号通所事業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】

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。（単位：円）

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）	利用者負担 （2割）	
生活機能向上 グループ活動加算	利用者の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の活動を行った場 合	1,000	100	200	
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別的 に実施される機能訓練を行った場合	2,250	225	450	
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の向上を目的として、個別的 に実施される口腔掃除の指導若しくは 実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練 の指導若しくは実施を行った場合	1,500	150	300	
口腔・栄養スクリー ニング加算Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰを算定している場 合（6か月毎）	50	5	10	
選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、口腔機能向 上サービスどちらも実施した場合	4,800	480	960	
生活機能向上 連携加算Ⅱ	リハビリ専門職と連携し、利用者の生 活機能の向上を支援して実施している 場合。運動機能向上加算を算定してい る場合は、1か月につき100円。	2,000	200	400	
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	88	176
		要支援 2	1,760	176	352
通所型独自サービス 科学的介護推進体制 加算	利用者の自立支援・重度化防止を目的 として、より効果のある介護サービス を実施している場合。	400	40	80	
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	上記基本部分と各種加算の合計 5.9%			
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	上記基本部分と各種加算の合計 1.2%			

（注）※印の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	食事の提供をする場合、1食につき600円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供をする場合、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。

(3) キャンセル料

第一号通所事業は、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翌付月10日までに請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 秋田銀行 土崎支店 普通口座 0185858 社会福祉法人愛染会 理事長白岩和弘
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

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5日以内に発行します。

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。

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	続柄（ ）

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）及び秋田市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を

講じます。

1 1. 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 018-880-6688 担当 生活相談員
---------	-------------------------------

(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	秋田市長寿福祉課	電話 018-888-5668
	秋田県国民健康保険団体連合会	電話 018-883-1550

1 2. 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下さい。
- (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。

1 3. 非常災害対策

事業者は、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災責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えております。

防災訓練 年2回

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 秋田市飯島新町一丁目3番15号
事業者（法人）社会福祉法人愛染会
デイサービスセンターあいらんど
代表者氏名 白岩和弘 印
説明者氏名 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