

株式会社 悠
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）③

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 悠 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒886-0001 小林市東方1407-1 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 元明 里恵 |
| 設立年月日 | 平成19年3月28日 |
| 電話番号 | 0984-48-7555 |

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悠 | |
| 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 | 〒886-0001 小林市東方1407-1 | |
| 電話番号 | 0984-48-7555 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成30年4月1日指定 | 4570500498 |
| 実施単位・利用定員 | 1単位 | 定員18人 |
| 通常の事業の実施地域 | 小林市 | |

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）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支援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改善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31日から1月2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8時30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 1人、 | 非常勤 4人 |
| 看護職員 | 常勤 0人、 | 非常勤 5人 |
| 介護職員 | 常勤 0人、 | 非常勤 11人 |
| 機能訓練指導員 | 常勤 0人、 | 非常勤 4人 |

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の管理責任者（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。

| | |
|----------|-------------|
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者 寺園 浩司 |
|----------|-------------|

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
いいただぐ「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1割又は2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号訪問事業・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：3時間以上5時間未満】

| 利用者の 要介護度 | 基本利用料 | 利用者負担金 (1割) | 利用者負担金 (2割) |
|---------------|--|----------------|----------------|
| 事業対象者 要支援1 | 16,150円（1月の上限額） ※入浴・送迎がある場合 | 1,615円 | 3,230円 |
| | 14,150円（1月の上限額） ※1月の中で1回でも送迎があり、入浴がない場合 | 1,415円 | 2,830円 |
| | 12,390円（1月の上限額） ※1月の中で1回でも入浴があり、送迎がない場合 | 1,239円 | 2,478円 |
| | 10,390円（1月の上限額） ※入浴・送迎がない場合 | 1,039円 | 2,078円 |
| 事業対象者 要支援2 | 33,300円（1月の上限額） ※入浴・送迎がある場合 | 3,300円 | 6,600円 |
| | 29,000円（1月の上限額） ※1月の中で1回でも送迎があり、入浴がない場合 | 2,900円 | 5,800円 |

| | | | |
|---------------|--|---------------|---------------|
| | 25,480円 (1月の上限額) ※1月の中で1回でも入浴があり、送迎がない場合 | 2,548円 | 5,096円 |
| | 21,480円 (1月の上限額) ※入浴・送迎がない場合 | 2,148円 | 4,296円 |
| 事業対象者 要支援1 | 2,230円 (1回につき) | 223円 | 446円 |
| 事業対象者 要支援2 | 2,340円 (1回につき) | 234円 | 468円 |

(注1) 上記の基本利用料は小林市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。

【基本部分：5時間以上】

| 利用者の 要介護度 | 基本利用料 | 利用者負担金 (1割) | 利用者負担金 (2割) |
|---------------|--|----------------|----------------|
| 事業対象者 要支援1 | 16,550円 (1月の上限額) ※入浴・送迎がある場合 | 1,655円 | 3,310円 |
| | 14,550円 (1月の上限額) ※1月の中で1回でも送迎があり、入浴がない場合 | 1,455円 | 2,910円 |
| | 12,790円 (1月の上限額) ※1月の中で1回でも入浴があり、送迎がない場合 | 1,279円 | 2,558円 |
| | 10,790円 (1月の上限額) ※入浴・送迎がない場合 | 1,079円 | 2,158円 |
| 事業対象者 要支援2 | 33,930円 (1月の上限額) ※入浴・送迎がある場合 | 3,393円 | 6,786円 |
| | 29,930円 (1月の上限額) ※1月の中で1回でも送迎があり、入浴がない場合 | 2,993円 | 5,986円 |
| | 26,410円 (1月の上限額) ※1月の中で1回でも入浴があり、送迎がない場合 | 2,641円 | 5,282円 |
| | 22,410円 (1月の上限額) ※入浴・送迎がない場合 | 2,241円 | 4,482円 |
| 事業対象者 要支援1 | 2,360円 (1回につき) | 236円 | 472円 |
| 事業対象者 要支援2 | 2,470円 (1回につき) | 247円 | 494円 |

(注2) 上記の基本利用料は小林市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 1：3時間以上5時間未満、5時間以上】

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。

| 種類 | 要件 | 基本利用料 | 利用者負担金 (1割) | 利用者負担金 (2割) |
|----------------------|---|-----------------|----------------|----------------|
| 入浴介助加算 | 入浴介助を行った場合 | 500円／回 | 50円 | 100円 |
| 送迎加算 (片道) | 事業所が送迎を行った場合（片道） | 470円／回 | 47円 | 94円 |
| 送迎加算 (往復) | 事業所が送迎を行った場合（往復） | 940円／回 | 94円 | 188円 |
| 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 | 1,000円／月 | 100円 | 200円 |
| 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円／月 | 225円 | 450円 |
| 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、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合 | 2種類 4,800円／月 | 480円 | 960円 |
| 選択的サービス 複数実施加算 II | | 3種類 7,000円／月 | 700円 | 1,400円 |
| サービス提供体制 強化加算（II） | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合 | 事業対象者・ 要支援1 | 240円／月 | 24円 |
| | | 事業対象者・ 要支援2 | 480円／月 | 48円 |
| | | | | 96円 |

【加算 2：3時間以上5時間未満】

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。

| 種類 | 要件 | 基本利用料 | 利用者負担金 (1割) | 利用者負担金 (2割) |
|------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------|----------------|
| 介護職員 待遇改善加算 (II) | 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 | 事業対象者・ 要支援1 690円／月 | 69円 | 138円 |
| | | 事業対象者・ 要支援2 1,420円／月 | 142円 | 284円 |

（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。

【加算 2：5時間以上】

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。

| 種類 | 要件 | 基本利用料 | 利用者負担金 (1割) | 利用者負担金 (2割) |
|------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------|----------------|
| 介護職員 待遇改善加算 (II) | 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 | 事業対象者・ 要支援1 710円／月 | 71円 | 142円 |
| | | 事業対象者・ 要支援2 1,460円／月 | 146円 | 292円 |

（注4）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450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、使用分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について、費用の実費をいただきます。 |

(3) 支払い方法

上記（1）から（3）までの利用料は、1箇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、利用料の受領に関する領収書等については、利用料の支払いを受けた後、10日以内に差し上げます。

| 支払い方法 | 支払い要件等 |
|-------|---|
| 口座引落 | 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、あなたが指定する口座より引き落とします。 |
| 銀行振込 | 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、事業者が指定する口座にお振り込みください（指定口座は、請求書の備考欄に記載されています）。 |
| 現金払 | 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。 |

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小林市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 相談・苦情窓口

（1）サービス提供に関する相談は、下記の窓口でお受けします。

| | | |
|---------|-------|---------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 | 0984-48-7555 |
| | FAX番号 | 0984-48-7552 |
| | 受付時間 | 午前9：00～午後5：00 |

(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 | 小林市役所 | 所 在 地 | 宮崎県小林市細野300番地 |
| | | 所 管 | 健康福祉部 長寿介護課 |
| | | 電話番号 | 0984-23-1140 |
| | | F A X番号 | 0984-25-1051 |
| | | 受付時間 | 午前8時30分から午後5時15分まで (土日・祝日を除く) |
| | 宮崎県国民健康 保険団体連合会 | 所 在 地 | 宮崎県宮崎市下原町231番地1 |
| | | 所 管 | 介護サービス相談係 |
| | | 電話番号 | 0985-35-5301 |
| | | F A X番号 | 0985-25-0268 |
| | | 受付時間 | 午前8時30分から午後5時00分まで (土日・祝日を除く) |

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、できる限り早めに事業所の担当者又は担当の地域包括支援センターへご連絡ください。

13. 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。

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。

平成 年 月 日

事業者 所在地 小林市東方1407-1
事業者(法人)名 株式会社 悠
代表者職・氏名 代表取締役 元明 里恵 印
説明者職・氏名 管理者 寺園 浩司 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