

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業（介護予防通所サービス）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、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 | はなたば合同会社 |
| 主たる事務所の所在地 | 大阪府堺市中区八田西町二丁12番37号 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表社員 川渕 優希 |
| 設 立 年 月 日 | 令和4年10月27日 |
| 電 話 番 号 | 072-267-4410 |

2. ご利用事業所の概要

| | |
|------------|-----------------------|
| ご利用事業所の名称 | デイサービスるぴなす |
| サービスの種類 | 第1号通所事業（介護予防通所サービス） |
| 事業所の所在地 | 大阪府堺市堺区一条通1番23号 堺ビル1階 |
| 電 話 番 号 | 072-267-4410 |
| 事業所番号 | 2796000350 |
| 利用定員 | 18名 |
| 通常の事業の実施地域 | 堺市（美原区除く） |

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、第1号事業（介護予防通所サービス）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1号事業（介護予防通所サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスるぴなす）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）お休み |
| 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15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 2人, 非常勤 0人 |
| 看護職員 | 常勤 1人, 非常勤 2人 |
| 介護職員 | 常勤 2人, 非常勤 3人 |
| 機能訓練指導員 | 常勤 1人, 非常勤 2人 |

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 | 川淵 優希 |
|--------|-------|

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記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は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号事業（通所介護相当サービス）の利用料・・・基本部分、加算・減算の合計の額となります。
- (2) 以下地域区分の単価 10.45（5級地）を含んだ金額です。

【基本部分】

| 対象者 | 単位数 | 利用回数 | 利用者負担 | | |
|--------------------------|-------|-----------|--------|--------|---------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 事業対象者 要支援1 | 436 | 一月に3回までの時 | 456円 | 912円 | 1,367円 |
| | 1,798 | 一月に4回以上の時 | 1,879円 | 3,758円 | 5,637円 |
| 事業対象者 要支援2 (週1回程度) | 447 | 一月に3回までの時 | 468円 | 935円 | 1,402円 |
| | 1,798 | 一月に4回以上の時 | 1,879円 | 3,758円 | 5,637円 |
| 事業対象者 要支援2 (週2回程度) | 447 | 一月に7回までの時 | 468円 | 935円 | 1,402円 |
| | 3,621 | 一月に8回以上の時 | 3,784円 | 7,568円 | 11,352円 |

上記の基本利用料は、堺市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費の額等を定める要領で定める金額であり、そ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】

上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算名称 | 単位数 | 利用者負担 | | |
|-------------|--------------|-------|-----|------|
| | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 42円 | 84円 | 126円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ | 所定単位数の9.0%加算 | | | |

1月につき加算される金額です。

【減算】

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減算されます。

| 減算の種類 | 減算の要件（概要） | 減算額 | | | |
|------------------|------------------------|-----------|-------|-------|-------|
| | | 基本 利用料 | 利用者負担 | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 送迎を行わない場合の 減算 | 当該減算の要件に該当した場合 (片道) | - 491円 | - 50円 | - 99円 | -148円 |

(2) その他の費用

| | |
|------|---|
| 送迎費 | 利用者の居宅が、事業実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。なお自動車を使用した場合は次の通り請求いたします。 (1) 事業所から片道5km未満 200円 (2) 事業所から片道5km以上 1kmごとに30円 |
| 食費 | 食事の提供をする場合、1食600円(おやつ込)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、1枚につき150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（レクリエーションにかかる費用など）について、費用の実費をいただきます。 |
|-----|--|

（３）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期 | 支払い要件等 |
|---------------------|------------------|
| 利用予定日の24時間前 | 不要 |
| 利用予定日の12時間前 | 1提供当たりの利用料金の50% |
| 利用予定日の12時間前までに連絡がない | 1提供当たりの利用料金の100% |

（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。

上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までにご利用者様宅あて送付いたします。

その他の費用の請求及び支払い方法について

| | |
|---------------------|---|
| ① ご利用料金その他の費用の請求方法等 | <p>利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までにご利用者様宅あて送付いたします。</p> |
| ② お支払い方法等 | <p>サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録のご利用者様控えと内容を照合のうえ、請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い</p> <p>お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。 (医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)</p> |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

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。

| | | | |
|----------------|----|-----|--------------|
| 市町村 (保険者) | 堺市 | 連絡先 | 072-228-7513 |
| 居宅介護支援 事業所 | | | |
| 担当ケアマネ ージャー | | 連絡先 | |

| | | |
|----------------|------------------------------|--|
| 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 | |

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)及び堺市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、ご利用者様に対する指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|-------|---|
| 保険会社名 | 三井住友海上火災保険株式会社 |
| 保険名 | 福祉事業者総合賠償責任保険 |
| 補償の概要 | 対人・対物・管理財物賠償補償その他事業者が法律上の賠償責任を負った場合の補償 |

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 072-267-4410 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 | 堺市 | 電話 072-228-7513 |
| | 大阪府国民健康保険団体連合会 | 電話 06-6949-5418 |

12. 従業員の禁止事項

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) 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く）
- (2) ご利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- (3) ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
- (4) 身体的拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。）
- (5) その他ご利用者様又はご家族様等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活その他迷惑行為

13. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ①(2) 成年後見制度の利用を支援します。
- ①(3) 苦情解決体制を整備しています。
- ①(4) 従業員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ①(5) 介護相談員を受入れます。
- ①(6) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

| | |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者：川淵 優希 |
|-------------|-----------|

14. 身体拘束について

事業者は、原則としてご利用者様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご利用者様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご利用者様及びそのご家族様に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

| | |
|------|--|
| 緊急性 | 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。 |
| 非代替性 | 身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。 |
| 一時性 | 利用者本人または他人の生命身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。 |

15. 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|------------------------|--|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者は、ご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様及びそのご家族様の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>事業者は、従業者に、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |
| 個人情報の保護について | <p>事業者は、ご利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者様の個人情報を用いません。また、ご利用者様のご家族様の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でご家族様の個人情報を用いません。</p> <p>事業者は、ご利用者様及びそのご家族様に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>事業者が管理する情報については、ご利用者様の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合はご利用者様の負担となります。）</p> |

16. 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) 介護予防通所サービスの提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防通所サービス計画」の写しを、ご利用者様の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

17. 心身の状況の把握

指定介護予防通所サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、ご利用者様の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。

18. サービス提供の記録

- (1) 指定介護予防通所サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- (2) ご利用者様は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

19. 衛生管理等

- (1) 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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

20. 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火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・避難訓練 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 | 大阪府堺市中区八田西町二丁 12 番 37 号 | |
| | 事業者（法人）名 | はなたば合同会社 | |
| | 代表者職・氏名 | 代表社員 川淵優希 | 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 |