

株式会社 まご心

デイサービスセンターまごの手

介護予防・日常生活支援総合事業

第一号通所事業【介護予防通所介護相当事業】

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

1. 事業者（法人）の概要

事業者(法人)の名称	株式会社 まご心
主たる事務所の所在地	〒038-0059 青森市油川字柳川54番8
代表者(職名・氏名)	代表取締役 大山由紀子
電話番号	017-763-2320

2. 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まごの手	
サービスの種類	介護予防通所介護相当事業	
事業所の所在地	〒038-0059 青森市油川字柳川54番8	
電話番号	017-763-2320	
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日指定	0270104755
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
管理者の氏名	平井 昭子	
通常の事業の実施地域	青森市全域	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、介護予防通所介護相当事業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等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

第一号通所事業は、事業者が設置する事業所に通っていただき、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	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始(12月31日から1月3日)及びお盆(8月13日から8月15日)を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前8時45分から午後4時15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名(管理者、介護職員と兼務1名、介護職員と兼務1名)
看護職員	非常勤 1名 (ナースステーションまごの手と連携)
介護職員	常勤専従4名 常勤兼務2名(管理者、相談員と兼務1名、相談員と兼務1名)
機能訓練指導員	非常勤 1名

7. 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応じた基本利用料の1割、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) 第一号通所事業の利用料

【基本部分】

利用者の介護度等	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
事業対象者 要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

【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 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
サービス提供体制強化加算Ⅰ ※	事業所での介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上、または介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合に算定する。	事業対象者 要支援1	8,800円	88円	176円	264円
		事業対象者 要支援2	17,600円	176円	352円	528円
科学的介護推進加算	1) 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省へ提出している。 2) 必要に応じて計画を見直すなど、サービス提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。		4,000円	40円	80円	120円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ ※	基本部分+各種加算に9.2%を乗じた額					

(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	食事の提供を受けた場合、1回につき500円の食費をいただきます。
おむつ代	紙おむつ(フラットタイプ)40円/枚 リハビリパンツ100円/枚 尿取りパッド30円/枚
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) 支払い方法

毎月10日までに前月分の請求を致しますので、20日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行致します。

8. 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。

9. 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等及び青森市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 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 017-763-2320 担当:代表取締役 大山 由紀子
---------	--------------------------------------

(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	青森市福祉部介護保険課 ※指定基準に関する相談等	所在地 青森市新町1丁目3番7号 電話番号 017-734-5257 受付時間 午前8時30分～午後6時 (土曜日・日曜日・祝日を除く)
	青森市福祉部高齢者支援課 ※サービスに関する相談等	所在地 青森市新町1丁目3番7号 電話番号 017-734-5326 受付時間 午前8時30分～午後6時 (土曜日・日曜日・祝日を除く)
	青森県国民健康保険団体連合会 介護保険課 ※サービスに関する苦情申し立て	所在地 青森市新町2丁目4番1号 電話番号 017-723-1336 受付時間 午前8時30分～午後5時 (土曜日・日曜日・祝日を除く)

11. 虐待防止について

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

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的開催するとともに、その結果について従業者に十分に周知します。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (4) (3)に掲げる措置を適切に実施するための責任者を選定します。

・虐待防止に関する責任者:代表取締役 大山 由紀子

2 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に

養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村へ通報します。

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いたします。
- (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等又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 事業の利用にあたっての留意事項

本事業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) 事業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事業を利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などにより事業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等又は当事業所の担当者へご連絡ください。

14. その他運営に関する重要事項

介護予防通所介護相当事業に当たる従業者の資質向上のために、次の通り研修の機会を設けるものとします。

- (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 従業者及び従業者であった者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。

3 事業者は、従業者及び従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、従業者でなくなった後においてもこれら者の秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。

介護予防・日常生活支援総合事業
指定第1号通所事業提供同意書

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 青森県青森市油川字柳川 54 番 8

事業者(法人)名 株式会社まご心
デイサービスセンターまごの手
代表取締役 大山由紀子 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

氏名 印

(本人との続柄)