

第1号通所事業重要事項説明書兼【契約書別紙】

(令和6年8月1日現在)

第1 基本方針

ご利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、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、心身機能の回復を図り、もって生活機能の維持又は向上を図ります。

第2 事業所の概要

事業所名	いきがい フィットネス
所在地	山梨県大月市猿橋町桂台1丁目100番地1
提供サービス	第1号通所事業
事業所番号	1991400092
管理者及び連絡先	長谷川 喬子 0554-22-8886
通常の事業実施地域	大月市

第3 事業所の職員体制

	員数(1階)	業務内容
管理者	1名	職員及び業務の管理
生活相談員	1名以上	サービスの調整・相談 個別サービス計画作成
看護職員	1名以上	保健衛生及び看護業務
介護職員	1名以上	日常生活介護業務
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練

配置については施設内に掲示

第4 設備の概要

定員	15名	機能訓練室及び食堂	2室
静養室	1室	相談室	1室

第5 営業日、営業時間及びサービス提供時間

営業日	毎週月曜日から金曜日(ただし、12月31日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	①午前 9時15分から午後12時15分(3時間から4時間未満サービス) ②午後 1時30分から午後4時30分(3時間から4時間未満サービス) ③午前10時15分から午後3時15分(5時間から6時間未満サービス)

第6 第三者評価 実施状況

第三者評価 実施なし

第7 サービス内容

- 日常生活上の援助
- 機能訓練等
なお、具体的には、アクティビティ活動等・リハビリ機械を使用しての訓練
- 健康状態の確認
- 居宅から事業所への送迎
- 介護等に関する相談及び援助
- 食事提供サービス など (5時間から6時間サービス利用者のみ)

第8 利用料金

1 基本料金

サービスを利用した場合の利用料（自己負担額）は以下のとおりです。負担割合証に応じた額をお支払ください。

(1) 負担割合が1割の方（1月あたり）

サービス提供区分	通所型サービス1 (要支援1・事業対象者)	通所型サービス2 (要支援2・事業対象者(特別な場合))
利用料	17,980円	36,210円
自己負担額	1,798円	3,621円

なお、事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき47円を減額いたします。

ア 加算

(ア) 若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1月あたり240円を別途お支払いいただきます。

(イ) 科学的介護推進体制加算 適切なサービスを提供することを目的とし、ADL値（日常生活動作の測定値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など、基本的な情報を厚生労働省に提出した場合、1月につき40円を別途お支払いいただきます。

(ウ) 介護職員等処遇改善加算Ⅱ 1月あたりに自己負担額（ア）～（イ）の加算がある場合はその額を含む）に9.0%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

※原則、上記自己負担額をお支払いいただきますが、法定代理受領を行なえない場合には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

(2) 負担割合が2割の方（1月あたり）

サービス提供区分	通所型サービス1 (要支援1・事業対象者)	通所型サービス2 (要支援2・事業対象者(特別な場合))
利用料	17,980円	36,210円
自己負担額	3,596円	7,242円

なお、事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき94円を減額いたします。

ア 加算

(ア) 若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1月あたり720円を別途お支払いいただきます。

(イ) 科学的介護推進体制加算 適切なサービスを提供することを目的とし、ADL値（日常生活動作の測定値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など、基本的な情報を厚生労働省に提出した場合、1月につき120円を別途お支払いいただきます。

(ウ) 介護職員等処遇改善加算Ⅱ 1月あたりに自己負担額（ア）～（イ）の加算がある場合はその額を含む）に9.0%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

原則、上記自己負担額をお支払いいただきますが、法定代理受領を行なえない場合には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

(2) 負担割合が3割の方 (1月あたり)

サービス提供区分	通所型サービス1 (要支援1・事業対象者)	通所型サービス2 (要支援2・事業対象者(特別な場合))
利用料	17,980円	36,210円
自己負担額	5,394円	10,863円

なお、事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき141円を減額いたします。

ア 加算

(ア) 若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1月あたり480円を別途お支払いいただきます。

(イ) 科学的介護推進体制加算 適切なサービスを提供することを目的とし、ADL値（日常生活動作の測定値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など、基本的な情報を厚生労働省に提出した場合、1月につき80円を別途お支払いいただきます。

(ウ) 介護職員等処遇改善加算Ⅱ 1月あたりに自己負担額（(ア)～(イ)の加算がある場合はその額を含む）に9.0%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

原則、上記自己負担額をお支払いいただきますが、法定代理受領を行なえない場合には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

2 その他の料金

食費	昼食費 650円（5時間以上6時間未満サービス利用） 飲み物代 150円（3時間以上4時間未満サービス利用）
おむつ代	実費
その他の費用	その他、ご利用者の方が負担する事が適当と認められる費用 実費

3 キャンセル料

ご利用者の都合等でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

利用日当日の午前8時までに連絡いただいた場合	なし
利用日当日の午前8時までに連絡いただけたかった場合	昼食代 650円（5時間以上6時間未満サービス利用） 飲み物代 150円（3時間以上4時間未満サービス利用）

第9 利用料のお支払い方法

お支払い方法は現金支払い又は口座からの引き落としとさせていただきます。毎月、10日までに前月分の請求を致しますので、月末までにお支払いください。

お支払いをいただきますと、領収証を発行いたします。

口座からの引き落としはサービス提供月の翌月26日に指定の口座より引き落としさせていただきます。

※ 「大月市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」で定める利用料の額に変更があった場合は、事前に説明し同意を得た上で、ご利用者の自己負担額を変更させていただきます。

第10 サービスの利用及び終了

1 ご利用の手続き

介護予防支援事業者（大月市地域包括支援センター）等に介護予防サービス計画又は介護予防マネジメントを依頼している方は、担当者にご相談ください。依頼していない方は、当事業所にご相談ください。

2 利用終了の手続き

(1) ご利用者のご都合で利用予定期間の中で利用を終了する場合

ご利用者のご希望によりいつでも利用を終了できますので、介護予防支援事業者（大月市地域包括支援センター）等の担当にご相談ください。

(2) 自動終了

以下の場合は、自動的にサービスを終了いたします。

ア ご利用者が介護保険施設に入所した場合

イ ご利用者が第1号通所事業対象者でなくなった場合

ウ ご利用者がお亡くなりになった場合

(3) その他

ア ご利用者が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの

中止をしばしば繰り返した場合、ご利用者が入院もしくは病気等により、3か月以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合、又はご利用者やご家族等が当事業所又は当事業所の職員等に対して著しい背信行為を行った場合は、利用を終了させていただく場合があります。

イ やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖又は縮小する場合は、利用を終了させていただく場合がございます。

第11 緊急時等における対応

- 1 サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかにご家族、主治医に連絡する等必要な措置を講じます。
- 2 サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご家族、介護予防支援事業者（大月市地域包括支援センター）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 3 サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

第12 サービス内容に関する相談・苦情

1 当施設における相談・苦情担当者

相談・苦情担当 生活相談員 長谷川 喬子 ・ 山口 由紀 ・ 小沢 恵里
電話 0554-22-8886
苦情解決責任者 理事長 相馬 秀守 電話 0554-22-8888

2 第三者委員

苦情を解決するにあたり、ご利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を行うため、第三者委員を設置しています。

第三者委員 鈴木 正宏氏 児童養護施設「くずはの森」 電話 0554-22-4806
第三者委員 杉本 晴彦氏 児童養護施設「くずはの森」 電話 0554-22-4806

3 その他下記にも苦情窓口が設置してあります。

- (1) 山梨県国民健康保険団体連合会 相談窓口専用電話
(開設日 毎週水曜日 午前9時～午後4時) 電話 055-233-9201
- (2) 大月市保健介護課 介護保険担当
(受付時間 午前9時～午後5時) 電話 0554-23-8035
又は 0554-22-2111 (代表)

第13 秘密保持に関すること

- 1 サービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密・個人情報については、ご利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約期間中及び契約終了後、第三者に漏らしません。
- 2 前項の規定にかかわらず、あらかじめ文書によりご利用者及びそのご家族の同意を得た場合は、一定の条件の下で情報提供をすることがあります。

第14 虐待の防止について

- 1 虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。
 - (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設置し、定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
 - (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
 - (4) 上記の措置を適切に実施するための担当者を置きます。
虐待防止に関する担当者 管理者 長谷川 喬子

第15 身体的拘束等について

- 1 ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- 2 やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に同意を得た上で、必要最小限の範囲で行う

こととします。その場合は、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

第16 緊急時の対応方法について

- 1 サービス提供中にご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに予め指定された連絡先、主治医等連絡し、適切な措置を講じます。
- 2 緊急時に備え、緊急時マニュアル等を作成し、従業者へ周知徹底を図るとともに、速やかに主治医等へ連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法を予め定めます。

第17 衛生管理及び感染症対策について

- 1 ご利用者が使用する施設、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るとともに、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、次の措置を講じます。
 - (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
 - (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
 - (3) 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

第18 業務継続計画の策定等について

- 1 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じます。
- 2 職員に対し、当該計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 3 定期的に当該計画の見直しを行い、必要に応じて当該計画の変更を行います。

第19 地域との連携等について

- 1 サービスの提供に当たっては、ご利用者、ご利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する方等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。
- 2 運営推進会議についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

第20 非常災害対策

- | | |
|----------|---|
| 1 防災時の対応 | デイサービスいきがい消防計画等に基づき対応いたします。 |
| 2 防災設備 | 自動火災報知器、非常警報器具、非常通報装置、スプリンクラー設備、誘導灯、消火器 |
| 3 防災訓練 | 年2回避難訓練を実施いたします。 |
| 4 防火管理者 | 管理者 日向 隆 智 |

第21 サービス利用に当たっての留意事項

- 1 事業所内における政治活動、宗教活動はご遠慮いただきます。
- 2 職員の指示、指導を守り、他のご利用者への迷惑行為は慎んでいただきます。

第22 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 平成福祉会
代表者役職・氏名	理事長 相馬 秀守
所在地・電話番号	山梨県大月市大月町真木4660番地 0554-23-0294

第1号通所事業の利用に先立ち、ご利用者又はそのご家族に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業者 住所 山梨県大月市猿橋町桂台1丁目100番地1
名称 いきがい フィットネス
代表者 管理者 長谷川 喬子 印

説明者 長谷川 喬子 印

私は、本書面により、事業者から第1号通所事業についての重要事項の説明を受け、内容に同意しますとともに、この書面が契約書の別紙であることを承諾します。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ ㊞

(署名者) 本人 ・ 代筆(者) _____

本人との関係 _____

代筆理由 身体的 ・ 精神的 ・ その他(下記に具体的に記載)

ご家族等 住所 _____

氏名 _____ ㊞

本人との関係 _____