

**【介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業
(通所型サービスA) 契約書別紙 (兼重要事項説明書)】
(令和6年8月1日～)**

_____に対するサービス提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。

1. 事業者 (法人) の概要

事業者 (法人) の名称	社会福祉法人富士見市社会福祉事業団
所在地	〒354-0021 富士見市大字鶴馬3360番地1
代表者	理事長 奥村 敬一
設立年月日	平成7年7月7日
電話番号	049-251-1030

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ふじみ苑	
サービスの種類	第1号通所事業 (通所型サービスA)	
事業所の所在地	〒354-0021 富士見市大字鶴馬3360番地1	
電話番号	049-251-8861	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	1172900506
実施単位・利用定員	1 単位	定員 5 人
通常の事業の実施地域	①富士見市②ふじみ野市③三芳町④志木市 備考 ②苗間③藤久保、みよし台、竹間沢④上宗岡1～3丁目、 柏町1～3丁目区域とする	

3. 事業の目的と運営方針

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型サービスA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、介護保険法その他の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号通所事業（通所型サービスA）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、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談助言、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、12月29日から1月3日までを除きます。
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 6 時 00 分
サービス提供時間	午前 9 時 30 分～午後 4 時 00 分

6. 事業所の職員体制（通所介護と兼務）

生活相談員	常勤 2人
看護職員（機能訓練指導員兼務）	常勤 1人 非常勤 2人
介護職員	常勤 3人 非常勤 5人

7. 管理者

事業所の管理者は下記のとおりです。

サービスの利用にあたって、ご不明な点やご要望等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 俊和
--------	-------

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額です。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的全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業（通所型サービスA）の利用料は基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：通所型サービスA】

利用者の区分	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 要支援2（週1回程度）	16,699円	1,670円	3,344円	5,016円
事業対象者 要支援2	34,466円	3,447円	6,894円	10,340円

上記の基本利用料は、富士見市長が告示で定める第1号通所事業（通所型サービスA）の金額に相当する金額であり、第1号通所事業（通所型サービスA）の金額が改定された場合は、これらの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。

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）	
個別サービス 計画加算	個別サービス計画を作成	718円 （1ヶ月につき）	72円	144円	216円	
サービス提供 体制加算 （Ⅰ）	別に厚生労働大臣 が定める基準に適 合している場合	事業対象者・ 要支援1	903円 （1ヶ月につき）	91円	181円	271円
		事業対象者・ 要支援2	1807円 （1ヶ月につき）	181円	362円	543円
処遇改善加算 （Ⅱ）	介護職員の処遇改善に関して、 一定の改善基準を超えた場合 通所型サービスⅠ上限4回 通所型サービスⅡ上限9回	390円 （1回につき）	39円	78円	117円	

※料金は国の介護報酬で定められた6級地：1単位10.27円で計算しています。

（注）単位計算の端数処理により、上記料金を単純に加算した合計額と異なることがあります。

（2）その他の費用

食費	食事・おやつ提供 1食につき690円をいただきます。
日常生活費	日常生活において通常必要となる物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。 1回につき50円をいただきます。 <input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
おむつ代	1枚あたり100円をいただきます。
送迎費	通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要した送迎の費用は、運営規程に基づき片道1,000円を徴収します。

*日常生活費：費目 フェイスタオル、バスタオル、ティッシュペーパー、ウエットティッシュ、シャンプー、ボディソープ、歯磨き粉、ストロー等

（3）キャンセル料

第1号通所介護事業は、利用料が月単位の定額制のため、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後、30日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
郵便局振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日（祝休日場合は直前の平日）までに、郵便局にてお振り込みください。 （請求時に振込用紙を同封します）

9. 緊急時に置ける対応方法

サービスの提供中に利用者の様態の急変、その他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の連絡を行う等、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	

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）及び富士見市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

相談担当者	佐藤 俊和	電話049-251-8861
第三者委員	山口 由美	連絡先：十文字学園女子大学 048-260-7696
	熊木 佐知男	連絡先：049-254-9706
	勝山 祥	連絡先：090-7190-2274

(2) サービスに関する苦情や相談は、当事業所以外に下記の機関にも申し立てることができます。

富士見市	高齢者福祉課介護保険担当	電話049-251-2711(代)
ふじみ野市	高齢福祉課介護給付係	電話049-261-2611(代)
三芳町	健康増進課介護保険担当	電話049-258-0019(代)
志木市	長寿応援課介護保険グループ	電話048-473-1111(代)
埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談専用		電話048-824-2568

12. 虐待防止に関する対応

当事業所の虐待防止に関する対応、相談は下記の窓口でお受けします。

相談担当者	佐藤 俊和	電話049-251-8861
-------	-------	----------------

1 3. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する計画に基づき、防火管理者をおき、次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防上必要な設備を備えております。

災害時の対応	内部規定に基づいて対応します。
防災設備	関係官庁の指導に基づく対応をしています。
避難訓練	年1回以上実施します。
防火責任者	デイサービスセンターふじみ苑 管理者 佐藤 俊和

1 4. 第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	
	なし		

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 埼玉県富士見市大字鶴馬3360番地1
 名称 社会福祉法人富士見市社会福祉事業団
 代表者 理事長 奥村 敬一 印

説明者 所属 社会福祉法人富士見市社会福祉事業団
 デイサービスセンターふじみ苑
 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 印
 氏名

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 印
 氏名