

# デイサービスセンター リハスタジオ Well

地 域 密 着 型 通 所 介 護  
介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 事 業  
契 約 書 ・ 契 約 書 別 紙 （ 兼 重 要 事 項 説 明 書 ）

**愛媛県四国中央市**  
**ライフサポート株式会社**  
**地域密着型通所介護 契約書別紙 兼重要事項説明書**  
**介護予防・日常生活支援総合事業 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	ライフサポート株式会社
主たる事務所の所在地	〒799-0421 四国中央市三島金子1丁目4番6号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 武村 聡治
設立年月日	平成21年 1月22日
電話番号	0896-23-4154

**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 リハスタジオ Well	
サービスの種類	地域密着型通所介護・介護予防日常生活支援総合事業	
事業所の所在地	〒799-0421 四国中央市三島金子1丁目4番6号	
電話番号	0896-23-5386	
指定年月日・事業所番号	平成29年3月1日指定	3891300273
	平成29年4月1日指定	38A1300015
実施単位・利用定員	2単位	定員 1単位目18人・2単位目18人
通常の事業の実施地域	四国中央市：三島（金子、中央、宮川、朝日、紙屋町）、中之庄町、具定町、中曾根町、寒川町、豊岡町（大町、長田、豊田、五良野）、上柏町、下柏町、村松町、妻鳥町、川之江町、上分町、金生町下分	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要介護状態または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、居宅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、利用者の要介護状態または要支

	援状態の軽減や悪化の防止、要介護状態の低減または要介護状態に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

地域密着型通所介護は、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、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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

介護予防・日常生活支援総合事業は、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、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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減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、国民の祝日（振り替え休日を含む）、8月14日～8月16日及び10月21日～10月23日及び12月30日～1月3日を除きます。なお、計画書に位置付けられた予定利用日が祝祭日等である場合は、上記営業日以外の日（土日祝祭日）を営業日とする。
営業時間	午前8時40分から午後5時まで
サービス提供時間	午前9時から午前12時及び午後1時30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	1人以上
看護職員	1人以上
介護職員	2人以上
機能訓練指導員	1人以上

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（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 武村 聡治
担当職員	生活相談員

## 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、原則として基本利用料の介護保険負担割合証の利用者負担の割合に応じた額です。ただし、介護保険給付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。

(注) 下記の基本利用料は、厚生労働大臣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訂されます。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。

### (1) 地域密着型通所介護の利用料

#### 【基本部分】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費			
		基本利用料	利用者負担金 (1割)	利用者負担金 (2割)	利用者負担金 (3割)
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,160円	416円	832円	1248円
	要介護2	4,780円	478円	956円	1434円
	要介護3	5,400円	540円	1080円	1620円
	要介護4	6,000円	600円	1200円	1800円
	要介護5	6,630円	663円	1326円	1989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	機能訓練 指導員の 配置	加算の要件 (概要)	加算額 (1日につき)	
			基本 利用料	利用者負担金
個別機能訓練加算Ⅰ (1)		利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする訓練項目を複数種類準備し利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助する。	560円	左の額の介護保険負担割合に応じた額
個別機能訓練加算Ⅰ (2)			720円	左の額の介護保険負担割合に応じた額
個別機能訓練加算Ⅱ		個別機能訓練加算Ⅰの算定要件に加えて個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出しフィードバックを受ける。	200円	左の額の介護保険負担割合に応じた額
介護職員処遇改善加算Ⅱ		キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの全てと職場環境等要件を満たす	(基本+加算減算) ×9%	左の額の介護保険負担割合に応じた額

## (2) 介護予防・日常生活支援総合事業の利用料

### 【基本部分】

利用者の 要介護度	介護予防通所介護費（1月につき）	
	基本利用料	利用者負担金
要支援1 事業対象者	17,980円	(1割) 1,798円 (2割) 3,596円 (3割) 5,394円
要支援2	36,210円	(1割) 3,621円 (2割) 7,242円 (3割) 10,863円

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分(1)または(2)に以下の料金が加算されます。運動器機能向上加算を算定する場合、「運動器機能向上計画書」を作成し、その内容(評価を含む)について利用者様への説明を行い、個別にサービスの提供を行うこととする。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額(月額)	
		基本利用料	利用者負担金
介護職員処遇 改善加算Ⅱ	キャリアパス要件Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの全てと職場環境等要件を満たした場合	基本×9%	左の額の介護保険負担割合に応じた額

## (3) その他の費用

その他	<p>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、利用者負担が適切と認められるもの(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、以下の費用をいただきます。</p> <p>利用者の希望により提供する日常生活に必要な身の回り品の費用 150円                      利用者の希望により提供する日常生活に必要な教養娯楽費の費用 200円</p> <p>通常の事業の実施地域を超えて送迎を行った場合は、実施地域を超えた地点から片道5キロメートルを超えるごとに200円の負担をお願いします。</p>
-----	--

## (4) キャンセル料

### 地域密着型通所介護

特段の事情がない場合のキャンセル料は以下の通りです。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	無料
利用予定日の当日	(1回につき) 利用料金の自己負担相当額

### 第1号通所型事業

利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

## (5) 支払い方法

上記の8.の利用料（利用者負担分の金額）は、毎月初回利用日に前月分の請求をいたしますので、当月10日までにお支払いください。お支払方法は、【現金支払い（集金）】となります。お支払いの際に領収書をお渡しします。

## 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。

利用者の主治医	医療機関の名称 電話番号	TEL
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	TEL

## 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、担当の介護支援専門員及び市町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

損害賠償責任保険加入保険会社	日新火災海上保険株式会社
----------------	--------------

## 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	所在地：四国中央市三島金子1丁目4番6号 TEL 0896-23-5386 FAX0896-23-5387 担当職名：管理者及び機能訓練指導員 武村聡治 対応時間：月曜日～金曜日、午前8時～午後5時 場所：当事業所相談室
---------	---

(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	四国中央市介護保険課	電話番号 0896-28-6025
		受付時間 午前8:30～午後5:15
	愛媛県国民健康保険団体連合会	電話番号 089-968-8700
		受付時間 午前9:00～午後5:00

## 12. 秘密保持

(1) 事業者は、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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

(2) 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利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

- (3) また、この秘密を保持する義務は、サービス提供義務が終了した後においても継続します。
- (4) 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業員でなくなった後においても、そ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。

1 3. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施	なし
----------	----

1 4. 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) 事業所内において政治活動または宗教活動を行わないでください。
- (2) 事業所内に危険物を持ち込まないでください。
- (3) 所持金その他の貴重品は利用者自ら管理をしてください。また、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介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 5. 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。

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 四国中央市三島金子1丁目4番6号  
 事業者(法人)名 ライフサポート株式会社  
 説明者職 生活相談員 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 四国中央市  
 氏名 印

家族代表者(又は法定代理人)本人との続柄( )  
 住所  
 氏名 印