

介護予防・日常生活支援総合事業（令和7年3月1日）

第1号通所事業（指定相当通所型サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）①

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	有限会社なるぞ
主たる事務所の所在地	〒919-0633 福井県あわら市花乃社4丁目14番24号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 谷川 真澄
設 立 年 月 日	平成16年11月16日
電 話 番 号	0 7 7 6 - 7 3 - 4 3 7 6

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	リハビリスタジオなるぞの森	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業（指定相当通所型サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒910-4103 福井県あわら市二面2丁目301番地	
電 話 番 号	0 7 7 6 - 7 7 - 2 2 5 1	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	1 8 7 0 8 0 0 2 5 5
実施単位・利用定員	1単位	定員45人
通常の事業の実施地域	あわら市、坂井市、加賀市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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介護予防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、利用者の要支援状態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1号通所事業（指定相当通所型サービス）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（祝日は営業しない日もある）年末年始1月1日～1月3日を除く	
営業時間 / サービス提供時間	午前8時15分から午後5時15分まで	午前9時00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	
管理者	常勤 1人、	非常勤 人
生活相談員	常勤 2人、	非常勤 人
看護職員	常勤 人、	非常勤 2人
機能訓練指導員	常勤 2人、	非常勤 人
運動指導員	常勤 3人、	非常勤 人
介護職員	常勤 6人、	非常勤 5人
その他（栄養士、運転手等）	常勤 2人、	非常勤 6人

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。

担 当 職 員 の 氏 名	生活相談員 池内 洋史 藤田 巴香
管理責任者の氏名	管 理 者 池内 洋史

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応じた基本利用料の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、超えた額的全額をご負担いただきます。

（1）第1号訪問事業・介護予防通所介護相当サービスサービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防通所介護相当サービス】 *利用者負担額1割、2割 利用者の場合。
*利用者負担額3割の利用者の方は、別途説明させていただきます。

利用者の要介護度	利用回数	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)
事業対象者 要支援1	月1～4回まで	436円（1回につき）	436円	872円
	月5回～	1,798円（1月につき）	1,798円	3,596円
事業対象者 要支援2	月1～8回まで	447円（1回につき）	447円	894円
	月9回～	3,621円（1月につき）	3,621円	7,242円

（注1）上記の基本利用料は、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。

【加算：介護予防通所介護相当サービス】 *利用者負担額1割、2割 利用者の場合

利用者負担額3割の利用者の方は、別途説明させていただきます。

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)
口腔機能向上加算（Ⅰ）	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	1,500円	150円	300円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	口腔機能向上加算（Ⅰ）の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画書等の情報を厚生労働省に提出し必要な情報を活用している場合	1600円	160円	320円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行った場合	20円	20円	40円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行った場合	5円	5円	10円
科学的介護推進体制加算	ADL値、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合	40円	40円	80円
サービス提供体制強化加算加算（Ⅲ）	介護福祉士資格又は勤続年数の割合が一定以上保たれた場合	24円／48円	24円／48円	48円／96円
介護職員処遇改善加算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	単位数の1000分の90に相当する単位数		

（２）その他の費用

食事代	食事の提供を受けた場合、１回につき 730円とおやつ代100円の料金を頂きます。
紙おむつ代	紙おむつの提供を受けた場合、１枚につき120円の実費を頂きます。 ただし替えをお持ち頂いた場合は除きます。
尿取りパット	尿取りパットの提供を受けた場合、１枚につき30円の実費を頂きます。 ただし替えをお持ち頂いた場合は除きます。
そ の 他	アクティビティーに要した費用は実費負担を頂きます。

（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。また、介護予防通所介護相当サービスサービスは、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。

キャンセルの時期	キャンセル料
サービス利用日の前営業日の17時以前	不要
サービス利用日の前営業日の17時以降	700円

（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。

支払い方法	支払い要件等
銀行引き落とし	毎月20日または21日に引き落としとなります。振り込み手数料がかかる場合があります。また、自動引き落としの申し込みが必要となります。別紙ご案内をご確認下さい。
銀行振り込み	毎月20日までにお振込み願います。振り込み手数料は利用者負担となります 振込先：福井銀行芦原支店 普通口座：1133381 口座名：（有）なるぞ 代表取締役 谷川真澄

９．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。

苦情受付責任者	代表取締役 谷川真澄
	管理者 池内洋史
	（０７７６）－７７－２２５１ 午前8時～午後5時 毎週月曜日～金曜日

（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	坂井地区広域連合 介護保険課	電話番号 ０７７６－９１－３３０９
	福井県国民健康保険団体連合会	電話番号 ０７７６－５７－１６１４
	あわら市健康長寿課	電話番号 ０７７６－７３－８０２２
	坂井市役所高齢福祉課	電話番号 ０７７６－５０－３０４０
	加賀市長寿課	電話番号 ０７６１－７２－７８５３

１０．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又は当事業所の担当者へご連絡ください。

11. 第三者による評価の実施状況

当事業所の第三者による評価の実施状況は次の通りです。

【実施の有無】	無し
---------	----

12. 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及び坂井地区広域連合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

13. 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	
	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	() — —

1.4. 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。

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。

事業所名	リハビリスタジオなるどの森	
代表者	谷川 真澄	印
事業者	有限会社なるど	

説明者・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