

**介護予防・日常生活支援総合事業**  
**第1号通所事業（介護予防通所型サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）**

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者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 | 社会福祉法人 愛の会                    |
| 主たる事務所の所在地 | 〒315-0029 石岡市根当10888番地3       |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 木村 <small>さとなか</small> 都央 |
| 設立年月日      | 平成6年9月26日                     |
| 電話番号       | 0299-23-5211                  |

**2. 事業所の概要**

|             |                          |            |
|-------------|--------------------------|------------|
| 事業所の名称      | 通所介護事業所 ハートピア            |            |
| サービスの種類     | 第1号通所事業（介護予防通所型サービス）     |            |
| 事業所の所在地     | 〒315-0029 石岡市根当11008番地13 |            |
| 電話番号        | 0299-27-6001             |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和6年4月1日指定               | 0870500253 |
| 実施単位・利用定員   | 1単位                      | 定員20人      |
| 管理者の氏名      | 佐久間 里美                   |            |
| 通常の事業の実施地域  | 石岡市、小美玉市、笠間市、かすみがうら市     |            |

**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 | 事業所は、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（介護予防通所型サービス）は、事業所が設置する通所介護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      | 月曜日から土曜日まで<br>ただし、1月1日～3日、夏祭り開催日（7月下旬）を除きます。 |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時30分まで                           |
| サービス提供時間 | 午前9時30分から午後4時30分まで                           |

## 6. 事業所の職員体制（令和6年4月1日現在）

| 従業者の職種          | 勤務の形態・人数       |
|-----------------|----------------|
| 生活相談員（介護職員兼務）   | 常勤 2人 / 非常勤 0人 |
| 看護職員            | 常勤 0人 / 非常勤 3人 |
| 介護職員            | 常勤 3人 / 非常勤 1人 |
| 機能訓練指導員（看護職員兼務） | 常勤 0人 / 非常勤 3人 |
| 調理員             | 常勤 0人 / 非常勤 5人 |

## 7. サービス提供の担当者

利用者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 佐久間 里美<br>生活相談員 稲山 厚子 |
| 管理責任者の氏名 | 管理者 佐久間 里美                  |

## 8. 利用料

### （1）基本利用料及び加算

利用者がサービスを利用した場合の基本利用料及び加算は、「別紙料金表」のとおりであり、利用者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。

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。

### （2）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、利用者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。

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無料                       |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の10%<br>（自己負担相当額） |

### (3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1か月ごとに計算し、翌月20日に契約者の指定の口座より振替いたします。

## 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。

## 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及び石岡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、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|        |                              |
|--------|------------------------------|
| 相談受付窓口 | 苦情受付担当者 佐久間 里美               |
|        | 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分 |

(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 | 石岡市役所介護保険室                  | 電話番号 0299-23-1111 |
|        | 茨城県国民健康保険団体連合会              | 電話番号 029-301-1565 |
|        | 茨城県運営適正化委員会<br>(茨城県社会福祉協議会) | 電話番号 029-305-7193 |

## 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。

## 13. 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) 住所 石岡市根当10888番地3  
社会福祉法人 愛の会  
代表者 理事長 木村 都央

(事業所) 住所 石岡市根当11008番地13  
社会福祉法人 愛の会  
通所介護事業所 ハートピア  
氏名 管理者 佐久間 里美

説明者 生活相談員 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

署名代行者（又は法定代理人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

本人との続柄（ \_\_\_\_\_ ）