

契約書別紙（兼重要事項説明書）②

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

1. 施設運営法人

| | |
|-------|-------------------------------------|
| 法人名 | 株式会社 中部サンケアネット |
| 法人所在地 | 〒904-2161 沖縄県沖縄市古謝三丁目12番20号 |
| 連絡先 | TEL 098-929-3900 ・ FAX 098-929-3930 |
| 代表者氏名 | 代表取締役社長 津嘉山 洋平 |

2. ご利用事業所の概要

(1) 事業所の概要

| | |
|------------|--------------------------------------|
| 施設の種類 | 第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス) (4770400903) |
| 施設の名称 | デイサービスセンター美浦 |
| 施設の所在地 | 〒904-2161 沖縄県沖縄市古謝三丁目12番20号 |
| 連絡先 | TEL 098-979-5070 ・ FAX 098-929-3930 |
| 管理者氏名 | 中村 正志 |
| 開設年月日 | 平成23年5月1日 |
| 通常サービス実施地域 | 沖縄市 |

(2) 設備の概要

| | | | |
|----------|---|-----|----|
| 利用定員 | 34名 | 静養室 | 1室 |
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 | 浴室 | 1室 |
| 相談室 | 1室 | トイレ | 4基 |
| 併設する事業所 | シルバーホーム美浦の郷 中部サンケアネット訪問介護事業所 中部サンケアネット訪問看護事業所 中部サンケアネット居宅介護支援事業所 | | |

3. 当事業所の目的と運営方針

| | |
|------|---|
| 事業目的 | 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、第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）を提供することを目的とします。 |
|------|---|

| | |
|------|---|
| 運営方針 | 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、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. 事業所の職員体制

| 職 種 | 人数 | 勤務形態 | 職務内容 |
|-----------|-----|------------------|---|
| 管 理 者 | 1名 | 常 勤 1名 | 従業員の管理及び事業所運営の管理を行います。 また、個別サービス計画の作成を行い、その計画に従ったサービスの実施状況を把握し、従業員に対しての教育指導、指揮命令を行います。 |
| 生 活 相 談 員 | 5名 | 常 勤 3名 非常勤 2名 | 利用の申し込みに係る調整、利用者及びその家族からの各種相談業務、関係機関との調整、業務管理を行います。 |
| 介 護 職 員 | 13名 | 常 勤 8名 非常勤 5名 | 利用者の食事介助、入浴介助、排泄介助、周辺業務等を行います。 |
| 看 護 職 員 | 3名 | 常勤 1名 非常勤 2名 | 利用者の健康管理、保健衛生上の指導や看護を行います。 |
| 機能訓練指導員 | 2名 | 常 勤 1名 非常勤 1名 | 利用者が日常生活を営むのに必要な減退を防止するための訓練を行います。 |

5. 営業日及び営業時間

| | |
|----------|-----------------------|
| 営 業 日 | 月曜日から土曜日（祝日含む） |
| 定 休 日 | 日曜日・年末年始（12月31日～1月3日） |
| 時 間 | 午前8時30分 ～ 午後5時30分 |
| サービス提供時間 | 午前9時00分 ～ 午後4時15分 |

6. 提供するサービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|-----|--|
| 食 事 | 栄養と利用者の身体状況に配慮した食事サービスを提供します。 ・準備、後始末の介助 ・食事摂取の介助 ・栄養管理された食事の提供 ・声掛け、見守り支援 |
| 排 泄 | 利用者の身体状況に応じて適切な排泄介助を行います。 ・オムツ、パット類の交換 ・便器への移乗、排泄介助 |

| | |
|-------------|--|
| | ・声掛け、見守り支援 |
| 入浴 | 家庭において入浴が困難な利用者へ入浴サービスを提供します。 ・衣類の脱着の介助 ・身体の洗身、洗髪、清拭 ・声掛け、見守り支援 |
| 機能訓練 | 看護職員を中心に、利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。 |
| 相談援助 | 利用者及びそのご家族が抱えている様々な悩みや不安に対する相談に誠意を持って応じ、利用者の生活状態、ニーズに沿った適切な援助を行います。 |
| 健康管理 | 利用者の状態に見合った健康管理表を作成し、看護職員による日々のバイタルチェック・健康管理を行うとともに、緊急必要時には、利用者の主治医又は医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 |
| 送迎 | 障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする利用者については、自宅と事業所間の送迎を行います。 |
| アクティビティサービス | 利用者が生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることが出来るよう心身及び生活の活性化を援助します。 |

7. 利用料金

(1) 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の利用料

基本部分

| 利用者の要介護度 | 基本料金 | 利用者負担 【1割】 | 利用者負担 【2割】 |
|------------|-----------------------|---------------|---------------|
| 事業対象者 要支援1 | 17,980円/月 | 1,798円 | 3,596円 |
| 事業対象者 要支援2 | 36,210円/月 | 3,621円 | 7,242円 |
| 事業対象者 要支援1 | 4,360円 (1月に4回まで) | 436円 | 872円 |
| 事業対象者 要支援2 | 4,470円 (1月に5～8回まで) | 447円 | 894円 |
| 自費利用（保険外） | 1,000円/日 | — | — |

加算

| 加算の種類 | 基本料金 | 利用者負担 【1割】 | 利用者負担 【2割】 |
|--------------|-------|---------------|---------------|
| ※介護職員処遇改善加算Ⅱ | 所定単位数 | | |

※区分支給限度額の算定対象から除かれます。

(2) その他の諸費用

| | |
|----------|--------|
| 食 費 | 700円/回 |
| 紙 お む つ | 100円/枚 |
| 尿取りパッド | 30円/枚 |
| その他日常生活費 | 実 費 |

※紙おむつ・パッドは基本的に利用者持参となりますが、自宅へ忘れた等で必要になった場合、上記料金にて当事業所でも提供できます。

8. お支払い方法

利用料(利用者負担分の金額)は、1カ月毎に請求いたしますので、次のいずれかの方法にてお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

| 支払方法 | 支払要件等 |
|---------|--|
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月 20 日迄に、現金にてお支払いください。 |
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月 17 日に、お支払者様の指定する口座より引き落としします。 |
| 銀行振り込み | サービスを利用した翌月の 20 日迄に、事業者が指定する下記の口座へお振込みください。 琉球銀行 コザ十字路支店 口座番号 8 4 8 1 9 9 口座名義 株式会社中部サンケアネット代表取締役津嘉山洋平 |

9. 利用の留意事項

当事業所を利用される皆様が、安全で快適に過ごす事ができるよう、以下の事項をお守りください。

- (1) サービス利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を従業者に連絡し、心身状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意して下さい。
- (2) 事業所内の設備及び備品等の利用に際しては、従業者の指示に従ってください。
- (3) 利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。
- (4) 複数の利用者がサービスを利用しています。他の利用者への迷惑行為は禁止します。

10. 緊急時の対応方法

サービスご利用中に容態の変化、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等への連絡、場合により救急車の手配等の必要な措置を講じます。

11. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

12. 事故発生時の対応

- (1) 事業者はサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事故が発生した場合はその原因を究明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 事業者は、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

13. 苦情の受付

(1) 当事業所における苦情の受付

| | |
|---------|--|
| 苦情受付者 | 生活相談員 中村洋子 |
| 苦情解決責任者 | 管理者 中村正志 |
| 受付日時 | 月曜日 ~ 土曜日 9:00 ~ 17:00 |
| 連絡先 | TEL 098-979-5070 FAX 098-929-3930 |
| 受付方法 | ・電話、FAXによる受付 ・直接事業所にて面談 ・当事業所に設置の相談・苦情受付用紙に記入し専用箱へ投函 |

(2) 行政機関やその他の苦情受付機関

| | | |
|--------------------------------|--------------|---------------------------|
| 沖縄市役所 高齢福祉課 | 098-939-1212 | 8:30 ~ 17:15 (土日祝日を除く) |
| うるま市役所 介護長寿課 | 098-973-3208 | 8:30 ~ 17:15 (土日祝日を除く) |
| 北中城村役場 福祉課 | 098-935-2233 | 8:30 ~ 17:15 (土日祝日を除く) |
| 沖縄県介護保険広域連合 | 098-921-7800 | 8:30 ~ 17:00 (土日祝日を除く) |
| 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 | 098-860-9026 | 8:30 ~ 17:00 (土日祝日を除く) |

令和 年 月 日

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明・交付を行いました。

事業者 株式会社 中部 サンケア ネット

所在地 沖縄県 沖縄市 古謝三丁目 12 番 20 号

事業所名 デイサービスセンター 美浦

説明者 名前 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明・交付を受け、第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の提供開始に同意します。

利用者 住所 _____

名前 _____ 印

家族等 住所 _____

名前 _____ 印

続柄 _____