

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業 重要事項説明書

利用者氏名 様

事業者 有限会社 FCS

電話番号 : 0979-53-6335

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（生活リハビリ通所型サービス）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	有限会社 FCS
主たる事務所の所在地	〒828-0028 福岡県豊前市青豊2-1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 江崎 悟
設 立 年 月 日	平成17年4月7日
電 話 番 号	0979-53-6335

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	歩の里 デイサービス	
サービスの種類	第1号通所事業（生活リハビリ通所型サービス）	
事業所の所在地	〒828-0028	
電 話 番 号	0979-53-6335	
指定年月日・事業所番号	令和8年2月1日指定	
実施単位・利用定員	1単位	定員10人
通常の事業の実施地域	豊前市、吉富町、上毛町、築城町	

3. 事業の目的と運営の方針

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、生活リハビリ通所型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（生活リハビリ通所型サービス）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、生活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 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	平日 午前8時30分から午後18時00分まで 土曜日 午前8時30分から午後12時30分まで
サービス提供時間	平日 午前 9時00分から午後12時00分まで 午後14時から午後17時まで 土曜日 午前 9時00分から午後12時00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
生活相談員	常勤 1人以上
介護職員	常勤 1人以上
機能訓練指導員	常勤 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は、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。

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額となります。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。

(1) 第1号通所事業（生活リハビリ通所型サービス）の利用料

(基本部分、加算・減算の合計の額となります。)

【基本部分】

利用者の要介護度	利用回数	基本利用料(注1)	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
事業対象者要支援1	週1回程度	16,720円	1,672円	3,344円	5,016円
事業対象者要支援2	週2回程度	34,280円	3,428円	6,856円	10,284円

(注1) 上記の基本利用料は、地区広域市町村圏組合で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、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)
介護職員等処遇改善加算Ⅲ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算減算の合計0.8%			
通所型独自送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	片道につき47単位減算			

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

第1号通所事業（生活リハビリ通所型サービス）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

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。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	月末締め翌月請求となります。 請求書が出来次第、当月中に現金でお支払いください。

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。

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）及び鳥栖地区広域市町村圏組合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。

事業所相談窓口	電話番号 0979-53-6335 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(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	豊築地区広域市町村圏組合介護保険課	電話 0979-84-1111
	福岡県国民健康保険団体連合会	電話 092-642-7859

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。

13. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、消防法上必要な設備を備えております。

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。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施

新型コロナウイルス対策の為、現在執り行っておりません。

事業者所在地 福岡県豊前市青豊 2-1
事業者(法人名) 有限会社 FCS
代表者職・氏名 代表取締役 江崎 悟 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。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印