

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（介護予防通所介護相当）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	社会福祉法人 緑風会
主たる事務所の所在地	〒656-0131 兵庫県南あわじ市広田中筋1025-19
代表者（職名・氏名）	理事長 清川とし子
設 立 年 月 日	平成6年2月9日
電 話 番 号	0799-45-1718

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	緑風デイサービスセンター	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事 業 所 の 所 在 地	〒656-0131 兵庫県南あわじ市広田中筋1025-19	
電 話 番 号	0799-45-1718	
指定年月日・事業所番号	平成18年4月1日指定	2871700213
実施単位・利用定員	1単位	定員35人
通常の事業の実施地域	南あわじ市、洲本市	

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（介護予防通所介護相当）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 ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時00分から午後6時00分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	配置人員（常勤換算）
管理者	1人（兼務）
生活相談員	1人
看護職員	2人
介護職員	7人
機能訓練指導員	1人
管理栄養士	1人（兼務）

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	施設長 杉山 麻由美
サービス提供の担当者	生活相談員 酒井 由紀

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割から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、超えた額の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】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割) (3割)
事業対象者 要支援1	4,360円（1回につき）	436円	872円 1,308円
	17,980円 (月4回の利用を越えた場合・1月につき)	1,798円	3,596円 5,394円
要支援2	4,470円（1回につき）	447円	894円

			1, 3 4 1 円
	3 6, 2 1 0 円 (月 8 回の利用を越えた場合・1 月につき)	3, 6 2 1 円	7, 2 4 2 円 1 0, 8 6 3 円

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书面でお知らせします。

【加算：介護予防通所介護相当】

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) (3割)
生活機能向上 グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合		1, 0 0 0 円	1 0 0 円	2 0 0 円 3 0 0 円
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合		1, 5 0 0 円	1 5 0 円	3 0 0 円 4 5 0 円
口腔機能向上加算	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, 5 0 0 円	1 5 0 円	3 0 0 円 4 5 0 円
科学的介護推進体制 加算	科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用など、科学的介護を推進する取り組みを評価した場合		4 0 0 円	4 0 円	8 0 円 1 2 0 円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	要支援 1	7 2 0 円	7 2 円	1 4 4 円 2 1 6 円
		要支援 2	1, 4 4 0 円	1 4 4 円	2 8 8 円 4 3 2 円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ			1 月につき 所定の単位数の 9. 2 % 加算		

サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善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・介護予防通所介護相当サービスにおいて、利用回数が規定回数を超過した場合は月ごとの定額制となるため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

○ 第 1 号通所事業・介護予防通所介護相当サービスにおいて、月ごとの定額単価を採用し、かつ月途中で要支援度に変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

- 提供を受けるサービスが、介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

(2) その他の費用

通常の実施地域 以外の送迎	通常の実施地域以外のお住まいの方でも送迎によるサービスを行います。 事業所から片道10km未満 200円 事業所から片道10kmから15km 400円 事業所から15km以上の場合 2km毎に片道100円加算
レクリエーショ ンクラブ活動	ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただく ことができます。
複写物の交付	サービスの提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当 分をご負担いただきます。
日常生活費	日常生活用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負 担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただく場合があ ります。(要した費用の実費)
おむつ代	購入時の実費相当額
食 費	食材料費及び調理に係る費用の実費を負担していただきます。 昼食・おやつ代 800円 おやつのみの場合 100円

(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を4回以上利用する場合は、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
利用予定日の当日	当日の利用者負担金の全額

(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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、郵送または手渡しでお渡しします。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 淡路信用金庫 広田支店 普通口座 0241639 とくべつようごろうじんほーむ りよくふうかん かんちよう すぎやま まゆみ 特別養護老人ホーム緑風館 館長 杉山 麻由美
自動引き落とし	金融機関口座からの自動引き落とし(※振込手数料の契約者のご負担はありません)

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及び南あわじ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。

事業所相談窓口	電話番号	0799-45-1718
	受付時間	月曜日～金曜日 9:00～18:00
	苦情担当受付け	特別養護老人ホーム緑風館 副館長 山下 浩一
	苦情解決責任者	特別養護老人ホーム緑風館 館長 杉山 麻由美
	第三者委員	原口 善吉 新井 正

(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	南あわじ市市民福祉部長寿・保険課	電話番号 0799-43-5217
	洲本市健康福祉部介護福祉課	電話番号 0799-22-9333
	兵庫県国民健康保険団体連合会	電話番号 078-332-5617

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。
- (4) 介護保険対象外のサービスについては、全額がご利用者様のご負担となります。

13. 損害賠償について

当事業所が利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、契約書本文第 11 条に基づき、当事業所は金銭等により賠償をいたします。

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

会社名 損害保険ジャパン日本興亜株式会社
住 所 東京都新宿区西新宿 1-26-1

14. 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 兵庫県南あわじ市広田中筋1025-19

事業者（法人）名 社会福祉法人 緑風会

緑風デイサービスセンター

施設長 杉山 麻由美 印

説明者職・氏名

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

代理人

住 所

氏 名

印