

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サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなたは（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当時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

事業所（法人）の名称	社会福祉法人 山城会
主たる事業所の所在地	〒779-5451 三好市山城町西宇1227-4
代表（職名・氏名）	理事長 馬淵 文彦
設立年月日	平成2年 3月 1日
電話番号	0883-84-1177

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	山城会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サービス）
事業所の所在地	〒779-5451 三好市山城町西宇1227-4
電話番号	0883-84-1171
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定 3671900037
利用定員	火曜・金曜 各定員15人
通常の事業の実施地域	三好市山城町・池田町・西祖谷山村

3. 事業所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、通所介護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. 営業時間

営業日	火曜・木曜・金曜（但し、1月1日～1月3日を除く。）
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10時00分から午後2時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の携帯・人数	
生活相談員	常勤	1名以上
看護職員	常勤	1名以上（機能訓練指導業務と兼務）
介護職員	常勤	1名以上
機能訓練指導員	常勤	1名以上（看護業務と兼務）

7. 管理者

事業所の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がありましたら、何でもお申し出ください。

管理者の氏名	香川 幸子
--------	-------

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記載のとおり基本利用料の1割から3割額です。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、加算・減算の合計の額となります。

【基本部分：通所介護相当サービス】

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)	利用者負担 (3割)
事業対象者	17,980円 (1月につき)	1,798円	3,596円	5,394円
要支援1	4,360円 (1回につき)	436円	872円	1,308円
事業対象者	36,210円 (1月につき)	3,621円	7,242円	10,863円
要支援2	4,470円 (1回につき)	447円	894円	1,341円

上記の基本料金は、厚生労働大臣がコク告示で定める介護予防通所介護の金額に相当する金額であり、介護予防の金額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にてお知らせします。

【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)
中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する利用者へサービスを提供した場合	所定単位数の5%加算			
若年性認知症 利用者受入加算	個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービスを提供した場合	2,400円	240円	480円	720円
生活機能向上 グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として共同の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合	1,000円	100円	200円	300円
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	2,000円	200円	400円	600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若しくは実施または摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合	1,500円	150円	300円	450円

選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合		4,800円	480円	960円	1440円
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ			7,000円	700円	1,400円	2,100円
事業所評価加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合		1,200円	120円	240円	360円
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	事業対象者・要支援1	880円	88円	176円	264円
		事業対象者・要支援2	1,760円	176円	352円	528円
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)		事業対象者・要支援1	720円	72円	144円	216円
		事業対象者・要支援2	1,440円	144円	288円	432円
サービス提供体制 強化加算(Ⅲ)		事業対象者・要支援1	240円	24円	48円	72円
		事業対象者・要支援2	480円	48円	96円	144円
通所型独自サービス 処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合	1月につき(上記の各所定単位数の92/1000を加算)				
介護職員 処遇改善加算Ⅱ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計4.3%				
介護職員 処遇改善加算Ⅲ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計2.3%				
介護職員 処遇改善加算Ⅳ※		加算Ⅲの90%				
介護職員 処遇改善加算Ⅴ※		加算Ⅲの80%				
通所型独自送迎減算		事業所が送迎を行わない場合 片道につきー47円				

【減算】

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減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）		減算額			
			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)
同一建物減算	当該減算の要件に該当した場合（1月につき）	事業対象者・要支援1	3,760円	376円	752円	1,128円
		事業対象者・要支援2	7,520円	752円	1,504円	2,256円
定員超過・人員基準欠如	当該減算の要件に該当した場合（1月につき）	事業対象者・要支援1	11,530円	1,153円	2,306円	3,459円
		事業対象者・要支援2	33,770円	3,370円	6,754円	10,110円
	当該減算の要件に該当した場合（1回につき）	事業対象者・要支援1	2,650円	265円	530円	795円
		事業対象者・要支援2	2,720円	272円	544円	816円

(2) その他

食費	1食につき570円の食費をいただきます。 但し、特別な食事の費用については、実費をいただきます。	
日常生活費	オムツ代	実費をいただきます。
	パット代	
	パンツタイプ	
	褥瘡等処置用滅菌ガーゼ	
通常の実施地域を超えてサービスを行う送迎サービス	1キロメートルごと30円をいただきます。	
その他	上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回りの品など）について、費用の実費をいただきます。 また、レクリエーション、行事、事業所外活動など特別な行事を提供するときの費用については実費をいただきます。	

(3) キャンセル料

当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

但し、利用者ご本人の体調不良等、正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用日当日の午前8時15分までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10%もしくは20% (自己負担相当額)
----------------------------	---------------------------------

(4) 支払方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとに計算し、翌月にご請求いたします。お支払方法は、当事業所では阿波銀行と郵便局で自動引き落しの契約を結んでおります。契約時事前にご契約者に所定の用紙で申し込んでいただきます。ご契約者の希望する所定の金融機関より自動引き落としとし、銀行の場合は原則として毎月21日、郵便局の場合は原則として20日に引き落としとなります。自動引き落としの申し込みをされていない方は下記の口座へお振込みください。

・お振込先：阿波銀行 山城支店 普通預金 0069656				
シャカイフクシハウジン	ヤマシロカイ	ダイヒョウシャ	マブチ	フミヒコ
・名義人：社会福祉法人	山城会	代表者	馬淵	文彦

※ 現金でのお支払いは、山城会デイサービスセンター事務所にお越しく下さい。

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様態の急変、その他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。

但し、看護職員により、緊急度が高く生命への影響が極めて大きいと判断される場合については家族の連絡がつかなかった場合でも、家族からの指示をいただかないうちに、緊急搬送等の対応を行わせていただくこともあります。

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	

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）及び三好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	担当者 管理者 香川 幸子
	電話番号 0883-84-1171

(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	みよし広域連合介護保険センター	電話 0883-76-0030
	徳島県国民健康保険団体連合会介護保険課	電話 088-666-0117

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のご留意いただきたいことは、以下の通りです。

- (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へご連絡ください。
します。

(4) サービスご利用時には、次のものをご持参ください。

- ①介護保険証及び健康保険証（初回及び保険証更新時）
- ②内服薬及び処置に必要な医療用材料
- ③上履き及び着替え
- ④ご家族との連絡帳（連絡ノート）
- ⑤必要な介護用品（紙オムツ・紙パンツ・尿パット）
- ⑥歯ブラシ（食後歯磨きを希望される方）

※入浴タオル・石鹸類等は用意してあります。

※金銭・貴重品はお持ちにならないでください。

また、お菓子や野菜・漬物等食品の持ち込み及び他の利用者へのお裾分けはご遠慮ください。

※職員へのお心付けは、一切お受けしないことになっております。

13. 非常災害対策

(1) 非常時の対応

非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。

また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し災害時には避難等の指揮をとります。

(2) 避難訓練

非常災害に備え、定期的に地域の協力機関等との連携を図り、避難訓練を行います。

(3) 防災設備等の概要

当事業所では、次の設備器具を揃えています。

・消火器具	あり	・スプリンクラー設備	なし
・誘導灯	あり	・自動火災報知設備	あり
・火災通報装置	なし	・避難器具	なし

個人情報使用に係る同意書

以下に定める条件の通り、私（ ）及び家族（ ）は、山城会デイサービスセンターが、私及び家族の個人情報を下記に記載する範囲内で取得、使用及び介護サービス事業者等に提供することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 通所型サービス計画等を作成するため。
- (2) サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス担当者に対する照会（依頼）のため。
- (3) 医療機関、社会福祉法人、居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため。
- (4) 主治医の意見を求める必要のある場合における情報提供。
- (5) 事業者内のカンファレンス（症例検討）のため。
- (6) 介護認定審査会、地域包括支援センターへの情報提供。
- (7) その他サービス提供で必要な場合における情報提供。
- (8) 緊急を要する時の連絡。
- (9) 在宅において行われる学校等の実習への協力。
- (10) 上記の各号に関わらず、公表してある「利用目的」の範囲内。

3. 使用条件

(1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しないこと。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。

(2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示すること。

【説明確認欄】

当事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、利用者及びその家族に対して、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明し、また個人情報使用同意書に基づいて個人情報の使用及び提供に係る内容についても説明しました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 三好市山城町西宇1227-4

事業所名 山城会デイサービスセンター

説明者職 氏名 香川 幸子

私は、契約書及び本書面により、事業者から第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）について説明を受けました。個人情報の取り扱いに関しても、十分理解のうえ同意します。

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 住所

氏名

身元保証人等代筆者

住所

氏名

本人との続柄

