

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(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	一般社団法人 正和会
主たる事務所の所在地	〒859-3615 長崎県東彼杵郡川棚町下組郷397番地
代表者(職名・氏名)	代表理事 楠本 真衣
設 立 年 月 日	令和元年10月7日
電 話 番 号	0956-20-6825

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	一般社団法人正和会 デイサービスセンターだんらん	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業(現行通所介護相当サービス)	
事 業 所 の 所 在 地	〒859-3615 長崎県東彼杵郡川棚町下組郷397番地	
電 話 番 号	0956-20-6825	
指定年月日・事業所番号	令和元年12月1日	4271200968
実施単位・利用定員	1単位	定員70名
通常の事業の実施地域	川棚町、波佐見町、東彼杵町	

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(現行通所介護相当)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	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始(12月31日～1月2日)を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後6時00分まで
サービス提供時間	午前8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	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 3人、非常勤 2人
看護職員	常勤 1人、非常勤 3人
介護職員	常勤 12人、非常勤 21人
機能訓練指導員	常勤 1人、非常勤 4人

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ありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 小林 明美
----------	-----------

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、2割、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(10割)をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業(現行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:現行通所介護相当サービス】

利用者の 要介護度	利用者負担(1割) (1月につき)	利用者負担(2割) (1月につき)	利用者負担(3割) (1月につき)
事業対象者 要支援1	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2	3,621円	7,242円	10,863円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が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、介護予防通所介護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)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
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提供した場合	240円	480円	720円
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・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	160円	320円	480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	88円 176円	176円 352円	264円 528円
科学的介護推進体制 加算	全ての利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報をLIFE(科学的介護情報システム)を活用して厚労省に提出し(個人は特定されません)、そのフィードバックを活用して介護予防通所型サービス計画を見直すなどの取組をする場合	40円	80円	120円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ※	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	上記基本部分と各種加算 の合計9.2%		

(注3) ※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。

(2) その他の費用

食 費	食事の提供をする場合、1食につき600円(大盛(主食200g以上)はプラス50円)の食費をいただきます。なお、副菜の大盛は対応していません。
おむつ代	おむつの提供をする場合、1回につき110円いただきます。パッドの提供をする場合、1回につき20円~30円いただきます。
レクリエーション 材料費	レクリエーション提供の際に材料費が発生した場合、1作品につき約100~200円(実費)いただきます。
洗濯代	ご自宅での洗濯が困難で事業所にて対応した場合、1日当たり50~100円いただきます。
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品など)について、費用の実費をいただきます。

自主事業を利用された場合は、1日あたり3,600円となります。

(3) キャンセル料

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へご連絡ください。当日のキャンセルは、送迎等の都合がありますので、午前8時20分までにお願いします。なお、キャンセルが当日午前10時を過ぎた場合は食費600円(実費)をご負担いただきます。

(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ヶ月ごとに毎月15日まで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、請求書には、請求する金額を介護保険給付対象と対象外に分けた明細書を添付します。また、お支払を受けたときには、領収書を発行します。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	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)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の月末(休業日の場合は直前の営業日)までに、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. 緊急時、事故発生時の対応

- (1) 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)及び川棚町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 送迎時に、交通事故、川の氾濫等による浸水や土砂災害に遭遇した場合、運転手は速やかに事業所に連絡を入れ指示を仰ぐものとします。ただし、緊急を要する場合は、運転手の判断に任せます。運転手は状況が落ち着き次第、管理者に報告し、管理者は、関係者に連絡する等の適切な措置を講じます。

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	苦情解決責任者 小林 明美(管理者) 苦情受付担当者 宮本 理恵子(生活相談員) 電話番号 0956-20-6825 受付時間 月・火・水・木・金・土(午前9時から午後5時まで) 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。

・国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係	月～金曜日 9:00～17:00 TEL 095-826-1599 FAX 095-826-1779
・川棚町地域包括支援センター ・川棚町役場健康推進課介護保険係	月～金曜日 8:30～17:15 TEL 0956-82-3131 FAX 0956-82-3134
・波佐見町地域包括支援センター ・波佐見町役場健康推進課介護保険班	月～金曜日 8:30～17:15 TEL 0956-85-2111 FAX 0956-85-5581

・東彼杵町地域包括支援センター ・東彼杵町役場健康ほけん課介護保険係	月～金曜日 8:30～17:15 TEL 0957-46-1196 FAX 0957-46-0884
・長崎県社会福祉協議会 長崎県運営適正化委員会	月～金曜日 9:00～17:00 TEL 095-824-6410 FAX 095-824-6740

(3) 以下の2名を第三者委員に選任しています。

元川棚町社会福祉協議会会長 俵谷 勝衛	長崎県東彼杵郡川棚町下組郷406-25 電話番号 0956-82-2886
川棚町社会福祉協議会会長 岬 常春	長崎県東彼杵郡川棚町下組郷18-4 電話番号 0956-82-3604

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) 健康チェック等で異常がある場合は、ご利用を中止したうえ受診されることをおすすめしたり、入浴を控えてもらうことがあります。
- (3) 他の利用者に感染の危険がある疾患の場合は、ご利用をお断りすることがあります。
- (4) 入院・入所された時は、ご連絡下さい。
- (5) 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いたします。
- (6) 通帳、高額な現金、貴重品等は持って来ないで下さい。万が一紛失しても、当事業所は一切責任を負いません。

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、防火管理者を任命し次の通り必要な訓練を行っております。また、消防法上必要な設備を備えております。

避難訓練 年2回

通報訓練 年2回

消火訓練 年2回

14. その他参考事項

- (1) サービス提供の質を高めるため、定期的な研修及びミーティングを行います。
- (2) 従業者は、在職中はもちろん退職後においても、その業務上知りえた利用者又はその家族の個人情報等を正当な理由なく漏らしません。利用者又はその家族の個人情報を使用する場合は、同意書を作成し同意をいただきます。
- (3) 提供するサービスの第三者評価はありません。

令和 年 月 日

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

<事業者名> 一般社団法人正和会
<事業所名> 一般社団法人正和会デイサービスセンターだんらん
<事業所住所> 長崎県東彼杵郡川棚町下組郷397番地
<代表者氏名> 代表理事 楠本 真衣

<説明者職> (管理者・生活相談員)

<説明者氏名> _____

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> 長崎県東彼杵郡 _____

<氏名> _____

署名代行者(又は法定代理人)

<住所> _____

<氏名> _____

<本人との続柄> _____

本書2通を作成し、利用者、事業者が署名のうえ、1通ずつ保有するものとします。