

**介護予防・日常生活支援総合事業
総合事業通所介護（予防通所介護相当）契約書・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 高幡福祉会
主たる事務所の所在地	〒786-0532 高岡郡四万十町大井川1462番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 大西 利栄子
電 話 番 号	0 8 8 0 - 2 9 - 1 2 3 5（代表）

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス大井川	
サービスの種類	総合事業通所介護（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	〒786-0532 高岡郡四万十町大井川1462番地1	
電 話 番 号	0 8 8 0 - 2 9 - 1 2 3 5（代表）	
指定年月日・事業所番号	平成26年12月1日指定	第3972501328号
利 用 定 員	定員15人	
通常の事業の実施地域	四万十町全域	

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

総合事業通所介護は、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 (土曜日、日曜日、年末年始12/31～1/3は休業) ※台風・施設行事等により休業となる場合があります。
営業時間	午前9時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後3時45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 (兼務)
生活相談員	常勤 1 人 (兼務)
看護職員	非常勤 1 人
介護職員	常勤 1 人
機能訓練指導員	常勤 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。

担当職員の氏名	生活相談員 小谷 香代
管理責任者の氏名	管理者 山野上 澄江

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、介護保険負担割合証に記載されている通りです。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) 総合事業通所介護（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】 ※料金表は利用者負担の割合が1割の場合です。

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)
事業対象者 要支援1	16,470円/月	1,647円
事業対象者 要支援2	33,770円/月	3,377円

(注1) 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書面でお知らせします。

(注2) 利用契約の締結・解除を月の途中で行った場合の月額包括報酬の取り扱いについては、サービス算定対象期間に応じた日数による月割り計算を行います。

【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)	
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合	2,400円	240円	
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	1,000円	100円	
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練を行った場合	2,250円	225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	1,500円	150円	
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別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	1,500円	150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	
選択的サービス複数実施加算Ⅱ		7,000円	700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	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	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	720円	72円
		事業対象者・要支援2	1,440円	144円
事業対象者・要支援1		480円	48円	
事業対象者・要支援2		960円	96円	
事業対象者・要支援1		240円	24円	
事業対象者・要支援2		480円	48円	
介護職員処遇改善加算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	加算Ⅰ：所定単位数の59/1000		
介護職員処遇改善加算Ⅱ		加算Ⅱ：所定単位数の43/1000		
介護職員処遇改善加算Ⅲ		加算Ⅲ：所定単位数の23/1000		
介護職員処遇改善加算Ⅳ				
介護職員処遇改善加算Ⅴ				

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注4) 加算Ⅳは加算Ⅲの90%、加算Ⅴは加算Ⅲの80%となります。

(2) その他の費用

教養娯楽費	クラブ活動やレクリエーション等に係る費用。利用者の希望により参加される場合、利用回数に応じて徴収 100円/回
食費	食事の提供を受けた場合、1回につき520円の食費をいただきます。 おやつを提供を受けた場合、1回につき100円をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、紙おむつ 30円/枚 尿取りパッド 30円/枚 紙パンツ S～M 175円/枚 LL 195円/枚
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。

(3) キャンセル

利用者がサービス利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡下さい。
連絡先（電話）0880-29-1235

(4) 支払い方法

利用者負担金は、請求書到着後一週間以内に下記の口座にお振り込みください。

支払い方法	支払い要件等
銀行振込	・阿波銀行（0172）高知支店（502）普通口座1079839 社会福祉法人高幡福祉会 理事 大西利栄子 ・高知銀行（0578）窪川支店（034）普通口座3009062 社会福祉法人高幡福祉会 理事 大西利栄子

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。

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及び四万十町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 1. 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 0880-29-1235 デイサービス大井川 小谷
---------	-----------------------------------

(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	四万十町健康福祉課 地域包括支援センター西部支所	電話番号 0880-27-1212
	高知県国民健康保険団体連合会	電話番号 088-820-8410・8411

1 2. 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いたします。
- (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。

1 3. 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 高岡郡四万十町大井川 1462 番地 1
事業者名 社会福祉法人 高幡福祉会
代表者職・氏名 理事長 大西 利栄子 印
説明者職・氏名 生活相談員 小谷 香代 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。

利用者 住所
氏名 印

署名代筆者（又は法定代理人）
住所
本人との続柄
氏名 印