

滑川市老人デイサービスセンター
介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス
契約書別紙（兼重要事項説明書）

当事業所は利用者様に対して、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス（以下「介護予防通所介護相当サービス」という。）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人清寿会
主たる事業所の所在地	〒936-0843 富山県滑川市赤浜573番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 車谷 亮
開設年月日	昭和59年4月1日
電話番号	076-475-3600

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	滑川市老人デイサービスセンター	
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒936-0843 滑川市赤浜573番地1	
電話番号	076-475-3600	
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日指定	1670600038
実施単位・利用定員	1単位 10円	定員 30人
通常の事業の実施地域	滑川市	

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、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

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（祝祭日は営業します） ただし年末年始（12月29日から1月3日）
営業時間	午前8時30分から午後5時30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 1人以上
看護職員	常勤 1人以上
介護職員	常勤 4人以上
機能訓練指導員	常勤 1人

7 サービス提供の責任者

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。
サービスの利用にあたって、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 高瀬 悠貴
管理責任者の氏名	所 長 藤田 博明

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、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割又は2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。

また、事業対象者は、サービスの利用回数に応じて要支援1又は要支援2の方と同額になります。

(1) 介護予防通所介護相当サービス

【基本部分】

区分	回数	単位	利用者負担金			備考
			1割	2割	3割	
要支援1	月に3回まで	436単位	436円	872円	1,308円	1回につき
	月に4回以上	1,798単位	1,798円	3,596円	5,394円	1月につき
要支援2	月に7回まで	447単位	447円	894円	1,341円	1回につき
	月に8回以上	3,621単位	3,621円	7,242円	10,863円	1月につき

上記の基本利用料は、滑川市長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。

- ・施設にて送迎を行わない場合は片道470円（自己負担額47円）減算します。
- ・業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算します。
- ・虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算します。

【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）	
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	200円	300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
科学的介護推進体制 加算	利用者ごとの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、疾病の状況や服薬情報等を厚生労働省へ提出する場合	400円	40円	80円	120円	
介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）※	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算	総単位数× 9.2%	左記の1割	左記の2割	左記の3割	

※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。介護職員等処遇改善加算の算定は総単位数（処遇改善加算を除く）に加算率を掛けた単位から算出されます。

（2） その他費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき680円の食費をいただきます。
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、キャンセル料をいただくことがあります。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で、利用料が月単位の定額の場合は、キャンセル料は不要とします。

（4） 支払い方法

上記（1）から（3）の利用料（利用者負担分の金額）は、1か月ごとにまとめて請求しますので、指定の期日までに以下の方法でお支払ください。

支払い方法	支払要件等
①口座引き落とし	金融機関期間口座からの自動引き落とし。

	すべての金融機関でご利用できます。
②銀行振り込み	事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 北陸銀行 滑川支店 普通口座 4053953 社会福祉法人清寿会
③現金払い	窓口にて現金でお支払いください。

※ 口座振り込み手数料は、ご契約者の負担とします。

※ 最初の利用月の請求額は②又は③の方法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。

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、滑川市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、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 076-475-3600 面接場所 当事業所の相談室 責任者 生活相談員 高瀬 悠貴
---------	---

※ 苦情受付ボックスを正面玄関に設置してあります。

(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出ることができます。

苦情受付機関	滑川市健康福祉部 電話番号 076-475-2111 ・福祉課 (高齢福祉係) ・医療保健課 (介護保険係) 受付時間 毎週月曜日～金曜日(年末年始、祝祭日を除く) 8:30～17:00
	富山県福祉サービス運営適正化委員会 電話番号 098-911-7502

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 滑川市老人デイサービスセンター

説明者・職名 _____ 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。

契約者 住 所 _____
氏 名 _____ ㊟

契約者の家族等 住 所 _____
氏 名 _____ ㊟
続 柄 _____