

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所介護事業契約書別紙(兼重要事項説明書) (三者契約)

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、次の通りです。

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人 丹生谷会
主たる事務所の所在地	〒771-5406 徳島県那賀郡那賀町延野字大原40番地1
代表者(職名・氏名)	管理者 田中 泰詞
設立年月日	平成 2年 9月 1日
電話番号	0884-62-2010

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	水の花デイサービスセンター		
サービスの種類	第1号通所介護事業		
事業所の所在地	〒771-5403 徳島県那賀郡那賀町延野字大原40番地1		
電話番号	0884-62-2010		
指定年月日・事業所番号	平成27年 4月 1日指定		3671300048
実施単位・利用定員	1単位		定員18人
事業の実施地域	那賀町		

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共に、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帯を図りながら、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。また、利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、必要な整備を行うとともに従業者についても研修の機会を持ち知識の習得に努める。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業は、事業者が設置する事業所(水の花デイサービスセンター)に通っていたり、入浴・排泄、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	月曜日から土曜日とする。なお、原則として日曜、12月30日から1月2日までは休業するが、利用者のニーズをふまえて営業する事がある。
営業時間	午前 8時00分から午後 5時30分までとする。
サービス提供時間	午前10時00分から午後 3時30分までとする。

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	
看護兼機能訓練指導員	常勤	1人	非常勤 1人
介護職員	常勤	2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)は下記の通りです。
サービス利用者にあたって、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。

担当職員の氏名	生活相談員 新田 薫
管理責任者の氏名	管理 者 田中 泰詞

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」は以下の通りであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担金割合証に応じた基本利用料の1割または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。

(1) 第1号通所介護サービスの利用料…基本部分、加算の合計額となります。

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	17,980(月)	1,798	3,596	5,394
要支援1	590(日割)	59	118	177
支援1	*4,360(1回につき)	436	872	1,308
要支援2	36,210(月)	3,621	7,242	10,863
要支援2	1,190(日割)	119	238	357
支援2	*4,470(1回につき)	447	894	1,341

(注1)

上記基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これら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。*印は支援1・月の回数全部で4回まで、支援2・月の回数が全部で8回までは1回につきの利用料金が該当。利用回数以外の場合は月定額料金になります。

【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。

単位:月

加算の種類	加算の要件	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)
運動機能向上 加算	運動器の機能向上を目的とした個別的に実施される機能訓練を行った場合	2,250	225	450	675
サービス提供体制 強化加算(I)	別に厚生 労働大臣 が定め基 準に適合 している場 合	事業対象者・要支援1	880	88	176
		事業対象者・要支援2	1,760	176	352
サービス提供体制 強化加算(II)		事業対象者・要支援1			
		事業対象者・要支援2			
サービス提供体制 強化加算(III)		事業対象者・要支援1			
		事業対象者・要支援2			
介護職員等待遇 改善加算(II)	介護職員の待遇改善について、 一定の改善基準を超えた場合				サービス料金に加算を加えた 合計に、9.0%を乗じた金額を 頂きます。

(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。

以下の条件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	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)
利用者の数が利用者定員を超える場合又は看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	70／100を乗じた金額	事業対象者 ・要支援1	12,590	1,259	2,518
		事業対象者 ・要支援2	25,350	2,535	5,070
					7,605

(2) その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき500円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき実費分をいただきます。
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) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担金の金額)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、3日以内にお渡します。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日(休業日の場合は直前の営業日)に、請求書兼領収書を発行しますので現金にてお支払いください。

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時は、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、以下の手順で速やかに対応します。

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)	()
	住所	
	電話番号	

*緊急時の対応の手順

- ① 応急処置に全力をつくす。
- ② 那賀町内の医療機関並びに看護職員へ連絡・受診
(送迎中の緊急時には近くの診療所に受診・事業所に連絡)
- ③ご契約者に連絡 (来院していただく場合もあります。)
- ④診療担当医師からご契約者に病状説明
- ⑤緊急発生状況の記録

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那賀町へ連絡を行うと共に、以下の手順で速やかに対応します。

*事故発生時の対応の手順

- ① 応急処置に全力をつくす。
- ② 那賀町内の医療機関等、並びに看護職員へ連絡・受診
- ③ ご契約者に連絡・事故内容の説明
- ④ ご契約者、担当医師、当施設の三者間で今後の処遇を協議
- ⑤ 事故原因の究明
- ⑥ ⑤の結果をご契約者に説明
- ⑦ 事故発生状況の記録
- ⑧ 保険者へ事故発生状況の報告
- ⑨ 再発防止策の検討(リスクマネジメント委員会)

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：0884-62-2010 担当：管理者 田中 泰詞 受付時間：毎週月曜日～土曜日・午前8時～午後5時30分
---------	--

(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	那賀町保健医療福祉課 徳島県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地：那賀郡那賀町延野字王子原31-1 電話番号：0884-62-1141 所在地：徳島市川内町平石岩松78-1 電話番号：088(666)0117 FAX:088(666)0228 受付時間：毎週月曜日～金曜日 9時～17時
--------	---------------------------------------	--

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、以下の通りです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなった時は、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時は、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。

13. 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、上記の通り重要事項を説明しました。

水の花デイサービスセンター

説明者(職名) _____ (氏名) _____ (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。

上記の契約を証するため、本書3通を作成し、利用者、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者住所 _____ 那賀郡那賀町

氏名 _____ (印)

契約者住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者との続柄 ()