

(R6.3改訂)

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	社会福祉人 立命会
主たる事業所の所在地	〒901-1511 南城市知念字久手堅275-1番地
代表者（職名・氏名）	理事長 友名 孝子
設立年月日	昭和63年3月11日
電話番号	098-948-7060

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	しらゆりの園デイサービスおおざと	
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	〒901-1207 南城市大里字古堅820番地1	
電話番号	098-917-0624	
指定年月日・事業所番号	平成28年5月1日指定	4775600226
実施単位・利用定員	1単位	定員 25人
通常の事業の実施地域	南城市・八重瀬町、与那原町、南風原町、那覇市	

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、第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）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（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、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日から1月2日）を除きます。
営業時間	午前8時から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時から午後4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
管理者	1人（兼務）
生活相談員	3人（1人は兼務）
看護職員	2人（常勤1名：機能訓練指導員と兼務） （非常勤1名：機能訓練指導員と兼務）
介護職員	3人（1人は兼務）
機能訓練指導員	2人（常勤1名：看護職と兼務） （非常勤1名：看護職と兼務）

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 蓋盛政人・當山麻里子・上原恵
管理責任者の氏名	管理者 大山須賀子

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応じた基本利用料の1割又は2割若しくは3割【平成30年8月から】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号通所事業（介護予防通所訪問介護相当サービス）の利用料

事業対象者・要支援者

基本利用料

事業対象者・要支援1(週1回)	10割：17,980円/月 1割：1,798円/月 2割：3,596円/月 3割：5,394円/月
事業対象者・要支援2(週2回)	10割：36,210円/月 1割：3,621円/月 2割：7,242円/月 3割：10,863円/月
事業対象者・要支援1(1~4回/月)	10割：4,360円/回 1割：436円/回 2割：872円/回 3割：1,308円/回
事業対象者・要支援2(1~8回/月)	10割：4,470円/回 1割：447円/回 2割：894円/回 3割：1,341円/回

加算料金(介護予防給付費)

加算項目	料金	
	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2
生活機能向上グループ活動加算	10割：1,000円/月 1割：100円/月 2割：200円/月 3割：300円/月	
若年性認知症利用者受け入れ加算	10割：2,400円/月 1割：240円/月 2割：480円/月 3割：720円/月	

栄養アセスメント加算	10割：500円/月 1割：50円/月 2割：100円/月 3割：150円/月	
栄養改善加算	10割：2,000円/月 1割：200円/月 2割：400円/月 3割：600円/月	
口腔機能向上加算（Ⅰ）	10割：1,500円/月 1割：150円/月 2割：300円/月 3割：450円/月	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	10割：1,600円/月 1割：160円/月 2割：320円/月 3割：480円/月	
一体的サービス提供加算	10割：4,800円/月 1割：480円/月 2割：960円/月 3割：1,440円/月	
サービス提供体制強化加算Ⅰ※	10割：880円/月 1割：88円/月 2割：176円/月 3割：264円/月	10割：1,760円/月 1割：176円/月 2割：352円/月 3割：528円/月
サービス体制強化加算Ⅱ※	10割：720円/月 1割：72円/月 2割：144円/月 3割：216円/月	10割：1,440円/月 1割：144円/月 2割：288円/月 3割：432円/月
サービス体制強化加算Ⅲ※	10割：240円/月 1割：24円/月 2割：48円/月 3割：72円/月	10割：480円/月 1割：48円/月 2割：96円/月 3割：144円/月
生活機能向上連携加算Ⅰ (3ヶ月に1回を限度)	10割：1,000円/月 1割：100円/月 2割：200円/月 3割：300円/月	

生活機能向上連携加算Ⅱ	10割：2,000円/月 1割：200円/月 2割：400円/月 3割：600円/月
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ (6ヶ月に1回を限度)	10割：200円/回 1割：20円/回 2割：40円/回 3割：60円/回
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (6ヶ月に1回を限度)	10割：50円/回 1割：5円/回 2割：10円/回 3割：15円/回
科学的介護推進体制加算※	10割：400円/月 1割：40円/月 2割：80円/月 3割：120円/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)※	10割：所定単位数の9.2%を加算 1割：所定単位数の9.2%を加算した1割 2割：所定単位数の9.2%を加算した2割 3割：所定単位数の9.2%を加算した3割
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)※	10割：所定単位数の9.0%を加算 1割：所定単位数の9.0%を加算した1割 2割：所定単位数の9.0%を加算した2割 3割：所定単位数の9.0%を加算した3割
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)※	10割：所定単位数の8.0%を加算 1割：所定単位数の8.0%を加算した1割 2割：所定単位数の8.0%を加算した2割 3割：所定単位数の8.0%を加算した3割
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)※	10割：所定単位数の6.4%を加算 1割：所定単位数の6.4%を加算した1割 2割：所定単位数の6.4%を加算した2割 3割：所定単位数の6.4%を加算した3割
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)～(14)※	10割：所定単位数の8.1～3.3%を加算 1割：所定単位数の8.1～3.3%を加算した1割 2割：所定単位数の8.1～3.3%を加算した2割 3割：所定単位数の8.1～3.3%を加算した3割

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算※	10割：所定単位数+5% 1割：所定単位数+5%した1割 2割：所定単位数+5%した2割 3割：所定単位数+5%した3割
-------------------------	---

(注1) ※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。

減算料金

同一建物減算※	事業対象者・要支援1 (週1回)	10割：-3,760円/月 1割：-376円/月 2割：-752円/月 3割：-1,128円/月
	事業対象者・要支援2 (週2回)	10割：-7,520円/月 1割：-752円/月 2割：-1,504円/月 3割：-2,256円/月
	事業対象者・要支援1 (1~4回/月)	10割：940円/回 1割：94円/回
	事業対象者・要支援2 (1~8回/月)	2割：188円/回 3割：282円/回
送迎減算	10割：片道-470円 1割：片道-47円 2割：片道-94円 3割：片道-141円	
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数 -1/100	
業務継続計画未実施減算	所定単位数 -1/100	
定員超過利用減算	所定単位数×70/100	
人員基準欠如減算	所定単位数×70/100	

(注1) ※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円の食費を頂きます。
レクレーション・クラブ活動	ご契約者の希望によりレクレーションやクラブ活動に参加した場合、材料代等の実費を頂きます。
おむつ代	おむつは利用者携行して頂きます。
複写物の交付	サービス提供についての記録の複写物を必要とする場合 1枚10円

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、費用の実費を頂きます。
-----	--

(3) キャンセル料

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	無料
利用予定日の当日	利用者負担金の10%の額(自己負担相当額)

【注】利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

(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、翌20日までに以下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、30日以内に差上げます。

支払い方法	支払要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)に、「介護保険制度に係る預金口座振替依頼書」に記載した口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 金融機関：沖縄銀行 与那原支店 普通口座 1647517 口座名義：社会福祉法人 立命会 理事長 友名 孝子

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、保険者及び沖縄県介護保険広域連合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（担当者）

（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	職 名	生活相談員 蓋盛 政人・當山 麻里子・上原 恵
	受付時間	毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30
	電話番号	098-917-0624
	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出ることができます。

苦情受付機関	南城市市役所 生きがい推進課	受付時間 8:30～17:15 電話番号 098-917-5341
	沖縄県介護保険広域連合	受付時間 8:30～17:00 電話番号 098-911-7502
	沖縄県国民健康保険団体連合会	受付時間 8:30～17:00 電話番号 098-860-2357
	沖縄県社会福祉協議会	受付時間 8:30～17:00 電話番号 098-887-2000

1 2 虐待防止に関する事項

当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、下記の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- （１） 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る。
- （２） 虐待の防止のための指針を整備する。
- （３） 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- （４） 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
※担当者は生活相談員とする。
- （５） 当事業所は、サービス提供中に該当事業所従業者又は、擁護者(利用者の家族等、高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村及び沖縄県介護保険広域連合に通報する。

13 身体拘束等の原則禁止

当事業所は、指定通所介護の提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない。

※やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとする。

14 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。

15 非常災害対策に関する事項

- (1) 事業所は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定める。
- (2) 事業所は年3回、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。
- (3) 事業所は、非常災害に備えるため、非常用食料等の備蓄に努めなければならない。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する。

16 衛生管理等

- (1) 事業所は、利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品および医療用具の管理を適正に行う。
- (2) 事業所は、感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 立命会
(事業所) しらゆりの園デイサービスおおざと

説明者 職名 _____ 氏名 _____ ⑩

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。
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 _____ ⑩

署名代行者 住 所 _____
(ご家族又は代理人)

氏 名 _____ ⑩

本人との続柄 _____

身元引受人兼連帯保証人 住 所 _____
(ご家族又は代理人)

氏 名 _____ ⑩

本人との続柄 _____

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

本人との続柄 _____