

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業

重要事項説明書

社会福祉法人 長生会

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）契約書別紙（兼重要事項説明書）③

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 長生会
主たる事務所の所在地	〒583-0992 大阪府南河内郡太子町山田2550番地
代表者（職名・氏名）	理事長 上田 悦士
設 立 年 月 日	平成6年9月2日
電 話 番 号	0721-98-4165

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター 美野の里	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	〒583-0992 大阪府南河内郡太子町山田2550番地	
電 話 番 号	0721-98-4165	
指定年月日・事業所番号	平成7年4月1日指定	2773500208
実施単位・利用定員	1単位	定員40人
通常の事業の実施地域	太子町 河南町 富田林市（川面町・喜志町・中野町・桜井町・若松町・大伴町・山中田町）	

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（介護予防通所介護相当）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（ただし日曜日と年末年始12/30～1/3を除く）
営業時間	午前8時30分から午後17時30分まで
サービス提供時間	午前8時50分から午後17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 2人（内1名介護職員と兼務）
看護職員	常勤 0人、非常勤 4人
介護職員	常勤 3人、非常勤 9人
機能訓練指導員	常勤 1人、非常勤 4人

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 谷口 竜彦・田中 健作
管理責任者の氏名	管理者 谷口 竜彦

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）通所型サービス・第1号通所事業の利用料・・・基本部分、加算、減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】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業対象者 要支援1	4,477円（1回につき） （1月の中で4回までのサービス）	448円	896円
事業対象者 要支援1	18,465円（1月につき） （1月の中で5回以上のサービス）	1,847円	3,693円
事業対象者 要支援2	4,590円（1回につき） （1月の中で8回までのサービス）	459円	918円
事業対象者 要支援2	37,187円（1月につき） （1月の中で9回以上のサービス）	3,719円	7,438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。

【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)
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	要支援1	903円	91円	181円
		要支援2	1,807円	181円	362円
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）		要支援1	739円	74円	148円
		要支援2	1,478円	148円	296円
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）		要支援1	246円	25円	50円
		要支援2	492円	50円	99円
通所型独自サービス 処遇改善加算（Ⅱ）	当該加算の算定要件を満たす場合 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（※注1）		加算Ⅱは、1月 の利用料金（基 本部分+各種加 算減算）×9.0%	左記額の1割	左記額の2割

（注1）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。

【減算】

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減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）		減算額		
			基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	利用者が事業所と構造 上又は外形上、一体的 な建物に居住する場合	要支援1相当	3,861円 (1月につき)	387円	773円
		要支援2相当	7,723円 (1月につき)	773円	1,545円

（2）その他の費用

おむつ代	おむつ（リハビリパンツ）の提供を受けた場合、1回につき100円、パットの提供を受けた場合、1回につき30円の実費をいただきます。
食費	食事の提供を受けた場合、1回につき600円の食費をいただきます。
コピー代	個人記録の閲覧を希望される場合、コピー代として1枚につき10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。

(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、以下のとおりキャンセル料をいただきます。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は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日まで	不要
利用予定日の当日	不要

(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。

請求書は利用明細書と共に、サービスを利用した翌月の15日以降にお届け(郵送)いたします。お支払い確認後に領収書をお届けいたします。

① 利用料金その他の費用の請求方法等	利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届け(郵送)します。
② 支払い方法	サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合の上、請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い
	お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。 (医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります)

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、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0721-98-4165 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。

苦情受付機関	河南町役場高齢障がい福祉課	電話番号 0721-93-2500
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号 06-6949-5418

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。

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、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 大阪府南河内郡太子町山田 2550 番地

事業者（法人）名 社会福祉法人 長生会

代表者職・氏名 理事長 上田 悦士 印

説明者職・氏名 管理者 谷口 竜彦 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

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印

立会人 住所

氏名 印