

**介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防型通所サービス 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	社会福祉法人 慶生会
主たる事務所の所在地	大阪市生野区巽東四丁目11番10号
代表者（職名・氏名）	理事長 永井 正史
設 立 年 月 日	昭和61年 3月25日
電 話 番 号	☎06-6758-0088

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	慶生会リハbyデイ諸福	
サービスの種類	介護予防型通所サービス	
事業所の所在地	〒574-0044 大阪府大東市諸福1丁目13番6号	
電 話 番 号	072-872-6060	
指定年月日・事業所番号	平成19年 9月 1日指定	2771901143
実施単位・利用定員	1単位	定員39人
通常の事業の実施地域	大東市、大阪市鶴見区、門真市、東大阪市	

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、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

介護予防型通所サービスは、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、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～金曜日（祝日含む） 但し、1月1日～1月3日までを除く
営業時間	午前 8時30分～午後 5時30分
サービス提供時間	午前 9時00分～午後5時00分 延長時間は、午後5時00分から午後7時00分までとします。

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	1名（生活相談員と兼務）
看護職員	1名（兼務 1名）
介護職員	12名（常勤 5名 非常勤 7名）
機能訓練指導員	2名（常勤1名 兼務1名）

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 間宮 祥
管理責任者の氏名	管理者 間宮 祥

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) 介護予防型通所サービスの利用料・・・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	4,101円（1回につき） （1月の中で3回までのサービス）	410円	820円
事業対象者 要支援1	19,203円（1月につき） （1月の中で4回以上のサービス）	1,921円	3,841円
事業対象者 要支援2	4,218円（1回につき） （1月の中で7回までのサービス）	421円	843円
事業対象者 要支援2	38,672円（1月につき） （1月の中で8回以上のサービス）	3,868円	7,735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（Ⅱ）	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	769円	77円	154円
		要支援2	1,538円	154円	308円
処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費に各種加算減算を加えた 総単位数（所定単位）		1月の利用料金(基本 部分+各種加算 減算)×9.2%	左記額の1割	左記額の2割
科学的介護推進体制 加算	ひと月につき		427円	左記額の1割	左記額の2割
生活機能向上連携 加算	ひと月につき		2,136円	左記額の1割	左記額の2割

(2) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき500円の延長料金をいただきます。
食費	食事の提供を受けた場合、1回につき590円の食費をいただきます。
喫茶代	100円
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、下記の実費をいただきます。 尿取りパッド30円、アテントタイプ120円、フラットタイプ80円 安心パンツ(M)170円、安心パンツ(L)180円、 リハビリパンツ150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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定前日17:00までに申し出があった場合	キャンセル料は不要です
利用予定前日17:00までに申し出がなかった場合	590円（食材料費）

(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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、お支払いの確認をしたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、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。）

支払い方法	支払い要件等

利用者指定口座からの自動振替	引き落とし日：18日、再引き落とし日28日 但し、引き落とし日が日祝祭日の場合は、翌営業日となります
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金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	(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大東市等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	【担当者】	生活相談員 072-872-6060
	【電話番号】	9:00~17:30 (月曜日~金曜日)
	【受付時間】	

(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	大東市保健医療部高齢介護室	電話番号 072-870-0475
	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。
- (4) 交通事情や利用者の増加等により送迎時間が多少異なることがあります。又、送迎車の運転に関しては細心の注意を払いますが、急ブレーキ等避けられない事故が起こる可能性もあります。
- (5) 職員は細心の注意を払って介助しますが予測し得ない事故（転倒、裂傷、誤嚥等）が起こり得ることがあります。
- (6) 職員あるいは他の利用者へのお心遣いは、皆様が気持ち良くご利用していただくために

もご遠慮下さい。

- (7) 送迎時、発熱や体調不良が見られた際は、利用をお断りするか、入浴・運動サービスを中止する場合があります。その場合、可能な状態であれば衣類交換・清拭を行います。

☆入浴・運動中止基準・・・
血圧：収縮期血圧 160mmHg 以上 100mmHg 以下
拡張期血圧 100mmHg 以上 50mmHg 以下
体温：37.0℃以上

ただし、医師による許可・指示等文章による同意書があれば、入浴・運動していただく場合もあります。

1 3. 非常災害対策

天災地変（地震・台風・大雪・警報時）等やむを得ない事情によりサービス提供ができない場合は、サービスを中止させていただく場合がございます。

- (1) 前日若しくは当日に契約者への連絡を行い、利用の有無の確認を実施します。
(2) 公共機関などがストップする等、職員が出勤できない場合は休業する場合があります。

この重要事項説明書の説明年月日

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	大阪府大東市諸福1丁目13番6号
	事業者(法人)名	社会福祉法人 慶生会
	事業所名	慶生会リハビリデイ諸福
	代表者職・氏名	理事長 永井 正史
	説明者職・氏名	生活相談員 間宮 祥

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(利用者)住 所
氏 名

代理人(家族・身元引受人)住 所
氏 名

続柄()