

介護予防・日常生活支援総合事業
通所型サービス（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	シオンプランニング株式会社
主たる事業所の所在地	〒675-0062 兵庫県加古川市加古川町美乃利102番地の6
代表者（職名・氏名）	代表取締役 藤原 浩晃
設 立 年 月 日	平成22年6月22日
電 話 番 号	079-423-4583

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ぬくもりデイサービス	
サ ー ビ ス の 種 類	通所型サービス（介護予防型通所サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒675-0068 兵庫県加古川市加古川町中津850番地の5	
電 話 番 号	079-424-9020	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	2892200482
実施単位・利用定員	1単位	定員 10人
通常の事業の実施地域	加古川市	

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、通所型サービス（介護予防型通所サービス）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

通所型サービス（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）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	月曜日から金曜日まで ただし年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時20分から午後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
生活相談員	1人以上
看護職員	1人以上
介護職員	1人以上
機能訓練指導員	1人以上

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 池端 直子
管理責任者の氏名	管理者 池端 直子

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（介護予防型通所サービス）の利用料

【基本部分】

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	17,980円（1月につき）	1,798円	3,596円
事業対象者 要支援2	36,210円（1月につき）	3,621円	7,242円
事業対象者 要支援1	4,360円（1回につき） （1月の中で全部で4回までのサービス）	436円	872円
事業対象者 要支援2	4,470円（1回につき） （1月の中で全部で1回～8回までのサービス）	447円	894円

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。

【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)
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
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合		2, 000円	200円	400円
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合		1, 500円	150円	300円
選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合	事業対象者・要支援1	4, 800円	480円	960円
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ		事業対象者・要支援2	7, 000円	700円	1, 400円
事業所評価加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合		1, 200円	120円	240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
		事業対象者・要支援2	1, 760円	176円	352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
		事業対象者・要支援2	1, 440円	144円	288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
		事業対象者・要支援2	480円	48円	96円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ※	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	(Ⅰ) 所定単位数の92/1000			
介護職員 処遇改善加算Ⅱ※		(Ⅱ) 所定単位数の90/1000			
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ※		(Ⅰ) 所定単位数の80/1000			
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ※		(Ⅱ) 所定単位数の64/1000			
送迎減算	送迎を行わない場合（片道につき）		-470円	-47円	-94円

(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。

地域区分別の単価（7級地 10.14円）を乗じた額の1割又は2割が利用者負担額になります。

(2) その他費用

送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。 200円/5km
食費	食事の提供を受けた場合、1回につき700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100円の実費をいただきます。
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、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、介護予防型通所サービスで、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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	500円

(注) 利用予定日の前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、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日以内に差し上げます。

支払い方法	支払要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の15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。 但陽信用金庫 本店営業部 普通口座 5565191 シオンプランニング(カ) スクモリデイサービス
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15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。

※ 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2か月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

※ 下記行為が確認された場合は、ハラスメント行為と判断しサービス提供をお断りする場合があります。

- ① 身体的暴力（回避したため危害を免れたケースを含む）
例：ものを投げる、叩かれる、蹴られる等
- ② 精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
例：大声を出す、怒鳴る、理不尽な要求をする等
- ③ セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
例：必要もなく手や腕をさわる、卑猥な言動を繰り返す等

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。

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、市町村、利用者の家族、担当の地域包括支援センター等に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 079-424-9020
	生活相談員 池端 直子 ・ 曾我部 杏子

（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	加古川市役所 法人指導課	電話番号 079-427-9391
	兵庫県国民健康保険団体連合会	電話番号 078-332-5617

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。

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	加古川市加古川町中津850番地の5		
	事業者	シオンプランニング株式会社		
		ぬくもりデイサービス		
	代表者	取締役・所長	藤原 みつえ	㊞
	説明者	池端 直子		㊞

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

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名

立会人 住所

氏名