

## 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）重要事項説明書①

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	医療法人愛生会
主たる事務所の所在地	〒762-0011 香川県坂出市江尻町836番地5
代表者（職名・氏名）	理事長 上里 隆裕
設立年月日	平成3年6月12日
電話番号	0877-45-2805

## 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイセンター緑生
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	〒762-0011 香川県坂出市江尻町836番地5
電話番号	0877-45-2805
指定番号	香川県 3770301061号
利用定員	定員40人
事業の実施地域	坂出市（島しょ部を除く） 宇多津町

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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. 保険外サービス

理美容サービス、健康診断、予防接種もしくは採血（以下「巡回健診等」という。）

①通所介護の提供時間には保険外サービスの提供時間を含めません。

②巡回健診等は別途料金（実費）がかかります。

## 6. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日 ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後6時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後3時00分まで

## 7. 事業所の職員体制(介護給付と兼務)

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1名以上
生活相談員	1名以上
看護職員	1名以上
介護職員	1名以上 (うち常勤1名以上)
機能訓練指導員	1名以上

## 8. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の管理責任者(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。

管理責任者の氏名	管理者 川西 修二
----------	-----------

## 9. 利用料

基本料金および加算等は厚生労働大臣の定める基準に準ずるものとし、【別紙】に定める料金に変更があった場合は、事前に文書又は電磁的方法(電子メール等)にて通知します。

要介護認定申請中にご利用される場合は、認定後の要介護度に基づいた料金を、申請日に遡って請求させていただきます。なお認定の結果、非該当(自立)となった場合、ご利用は結果が確認される日までとし、料金は「要支援1」の10割負担額を請求させていただきます。利用者負担割合は、「介護保険負担割合証」の内容が優先になります。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の超過額、保険料の滞納等により保険給付金が事業者を支払われない場合は全額をご負担いただきます。

### 支払い方法

- ・利用当該月分を翌月27日(金融機関休業日の場合は直近の次営業日)に口座振替とさせていただきます。取引金融機関は、百十四銀行、マリンネット代金回収サービスに定める提携金融機関となります。利用当該月の翌月20日までに請求書を発行し、振替後、領収書を発行いたします。なお、口座振替手数料(税別)として、ゆうちょ銀行10円、その他金融機関100円をあわせて引き落としさせていただきます。また、1ヶ月毎(月末締)の現金払いもできます。
- ・利用者のサービス料金の支払いが、正当な理由なく1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合は、事業者は利用者に対して文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することができます。

## 10. 事業所のサービスの特徴等

### (1) 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。

- ・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。
- ・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。
- ・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。

### (2) 身体的拘束等の適正化について

施設の従業者は、指定通所介護〔指定予防通所事業〕の提供にあたっては、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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。なお、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録いたします。

## 11. 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坂出市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 12. 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。

### 1 3. 業務継続計画の策定等

感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続してケアを受けられるよう、事業を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画の策定、研修及び実施をしています。

### 1 4. 感染症予防及びまん延防止について

感染症予防及びまん延防止のための訓練、研修を年2回実施しています。

### 1 5. 虐待防止について

管理者を虐待防止の担当者とし、虐待防止検討委員会の設置し、指針に基づき虐待の防止の徹底をおこないます。虐待防止のための従業員に対する研修を年1回実施するとともに、新規採用時には虐待の防止のための研修を実施しています。

### 1 6. 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。

主治医	(病院名)	(電話)
緊急時指定病院	(病院名)	(電話)
ご家族	① (氏名)	(自宅電話) (携帯電話)
	② (氏名)	(自宅電話) (携帯電話)

### 1 7. 苦情相談窓口

(1) 事業者苦情窓口 生活相談員 坂出市江尻町 836 番地 5 電話 (0877) 45-2805

#### (2) その他の窓口

香川県健康福祉部長寿社会対策課	高松市番町 4 丁目 1 番 10 号	電話 (087) 832-3269
香川県社会福祉協議会	高松市番町 1-10-35 香川県社会福祉総合センター5 階	(087) 861-0545
香川県国民健康保険団体連合会	高松市福岡町 2 丁目 3 番 2 号	(087) 822-7453
坂出市かいご課	坂出市室町 2 丁目 3 番 5 号	(0877) 44-5090
宇多津町保健福祉課	綾歌郡宇多津町 1881	(0877) 49-8001

#### (3) 苦情解決の方法

管理者を苦情可決責任者とし、苦情解決検討委員会を設置し解決方法を検討する。15 日以内にその改善方法等について苦情申出人と話し合いを持ち、速やかな改善に努める。

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、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	説明者
所在地 香川県坂出市江尻町 836 番地 5	所属 デイセンター緑生
名称 医療法人愛生会 印	氏名

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	署名代行者（又は法定代理人）
住所	住所
氏名	氏名
	本人との続柄

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）重要事項説明書①【別紙】

1. 第1号介護予防通所介護相当サービスの利用料

利用料・加算	負担割合 (1割)	負担割合 (2割)	負担割合 (3割)	
事業対象者・要支援1（週1回程度）	436円/回	872円/回	1,308円/回	1か月の提供回数が4回までの場合
事業対象者・要支援1（週1回程度）	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月	1か月の提供回数が5回以上の場合
要支援2（週2回程度）	447円/回	894円/回	1,341円/回	1か月の提供回数が8回までの場合
要支援2（週2回程度）	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月	1か月の提供回数が9回以上の場合

【加算】利用者負担割合は「介護保険負担割合証」の内容が優先になります。

栄養アセスメント加算	50円/月	100円/月	150円/月	利用者ごとの低栄養状態等を把握し、厚生労働省に提出
栄養改善加算	200円/月	400円/月	600円/月	管理栄養士による栄養改善サービスを行った場合（原則3月以内 月2回算定）
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20円/回	40円/回	60円/回	口腔及び栄養状態について確認し介護支援専門員に文書で情報提供した場合（6月に1回算定）
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5円/回	10円/回	15円/回	口腔又は栄養状態について確認し介護支援専門員に文書で情報提供した場合（6月に1回算定）
口腔機能向上加算（I）	150円/月	300円/月	450円/月	看護職員等により口腔機能向上サービスを行った場合（1月に2回まで）
口腔機能向上加算（II）	160円/回	320円/回	480円/回	上記（I）の取組に加え、口腔機能改善計画の内容を厚生労働省に提出（原則3月以内月2回算定）
一体的サービス提供加算	480円/月	960円/月	1,440円/月	運動・栄養・口腔の全てを受けている方
生活機能向上グループ活動加算	100円/月	200円/月	300円/月	グループに対して実施される生活機能向上グループ活動サービスを行った場合
サービス提供体制 加算（I）	要支援1 事業対象者	88円/月	176円/月	介護福祉士を70%以上配置した場合
	要支援2	176円/月	352円/月	
若年性認知症利用者受入加算	240/回	480円/回	720円/回	認知症自立度Ⅲ以上と医師が判断した場合
介護職員処遇改善加算（I）	5.9% → 令和6年6月1日以降 9.2%			介護サービス料金に割合を乗じた額
介護職員等特定処遇改善加算（I）	1.2% → 令和6年6月1日以降 算定なし			介護サービス料金に割合を乗じた額
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1% → 令和6年6月1日以降 算定なし			介護サービス料金に割合を乗じた額
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月	利用者ごとのADL、栄養状態、口腔機能認知症の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出
送迎減算	▲47円/片道	▲94円/片道	▲141円/片道	事業所が送迎を行わない場合

## 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650円(生活保護受給者は半額)の食費をいただきます。
送迎	やむを得ず当日の利用を3時間未満で中止した場合、利用料は不要です。 ただし体調や容体の急変等でない場合、送迎費用として片道500円負担いただきます。
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(レクリエーション費用等)であって、利用者負担が適当と認められるものについて、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、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。

キャンセル料	キャンセル可能最終時間
昼食 650円(生活保護受給者は半額)	当日 9:00