

**介護予防・日常生活支援総合事業**  
**第1号通所事業（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	社会福祉法人 緑風会
主たる事務所の所在地	〒322-0075 栃木県鹿沼市下日向438-1
代表者（職名・氏名）	理事長 福田 英夫
設立年月日	平成5年2月8日
電話番号	0289-63-3800

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	グリーンホームデイサービスセンター	
サービスの種類	第1号通所事業（通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒322-0075 栃木県鹿沼市下日向438-1	
電話番号	0289-63-3800	
指定年月日・事業所番号	平成12年2月15日指定	0970500252
実施単位・利用定員	1単位	定員30人
通常の事業の実施地域	鹿沼市	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、若しくは要介護状態に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（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、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	月曜日から日曜日 ただし、1月1日から1月3日を除きます
受付時間	午前8時30分から午後5時まで
サービス提供時間	午前9時から午後5時まで

#### 6. 事業所の職員体制（職員の配置状況）

従業者の職種	配置	指定基準
生活相談員	1名以上	1名
介護職員	4名以上	4名
看護職員	1名以上	1名
機能訓練指導員	1名以上	1名

#### 7. 管理者

事業所の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。

管理者（事業所長）の氏名	小林 善和
--------------	-------

#### 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、原則として基本利用料の1割（負担割合は負担割合証による）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（通所介護相当サービス）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：通所介護相当サービス】**

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担(1割)
事業対象者 要支援1	16,700円(1月につき)	1,670円
事業対象者 要支援2	34,242円(1月につき)	3,425円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防通所介護の金額に相当する金額であり、介護予防通所介護の金額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)	
若年性認知症 利用者受入加算	個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合	2,433円	244円	
生活機能向上 グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合	1,014円	102円	
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練を行った場合	2,281円	229円	
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	1,521円	153円	
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔掃除の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合	1,521円	153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	1,216円	122円	
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)イ※	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	730円	73円
		事業対象者・要支援2	1,460円	146円
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)ロ※		事業対象者・要支援1	486円	49円
		事業対象者・要支援2	973円	98円
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)※		事業対象者・要支援1	243円	25円
		事業対象者・要支援2	486円	49円
介護職員 処遇改善加算※	当該加算の算定要件を満たす場合には、1か月の利用料金の合計額にサービス別加算率を乗じた額をお支払いいただきます			

(注) ※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) その他の費用

食費	食事の提供をする場合、1食につき昼食600円の食費をいただきます。 (なお、夕食を提供した場合は、500円を加算させていただきます。)
おむつ代	当事業所備付けのおむつの提供をする場合は、 1枚あたり パンツ型：200円 平おむつ：150円 尿取りパット：120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ものに係る経費であって、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。 ・ご希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただく場合は、利用料金として材料代等の実費をいただきます。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明いたします。

## (3) キャンセル料

第1号通所事業(通所介護相当サービス)は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要とします。

## (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、ご請求時に支払ってください。

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にお渡しいたします。

## 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(又は介護支援専門員)及び鹿沼市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

(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 担当者等	電話番号	0 2 8 9 - 6 3 - 3 8 0 0
	生活相談員	芳澤 由紀子
	受付時間	毎週月曜日～土曜日 午前9時～午後5時

(2) 行政機関その他の苦情受付期間

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	鹿沼市介護保険課	鹿沼市今宮町1688-1 電 話 0 2 8 9 - 6 3 - 2 2 8 6 F A X 0 2 8 9 - 6 3 - 2 2 8 4 受付時間 午前9時～午後5時
	栃木県国民健康保険団体連合会	宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6階 電 話 0 2 8 - 6 4 3 - 2 2 2 0 F A X 0 2 8 - 6 4 3 - 5 4 1 1 受付時間 午前8時30分～午後5時 平日（月曜日～金曜日）

## 1 2. 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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 1 3. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えています。

平成 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始に際し、本書面に基づき、上記のとおり重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 栃木県鹿沼市下日向438-1  
事業者名 グリーンホームデイサービスセンター

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、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。

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