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	日曜日から土曜日 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	飯田　祐子

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	１８，２３１円（１月につき）	１，８２４円
事業対象者 要支援２	３６，７１６円（１月につき）	３，６７２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
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	当事業所の従事者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、当該利用者を担当する介護支援専門員に情報を提供した場合	２０２円	２１円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	当事業所の従事者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態又は栄養状態の確認を行い、当該利用者を担当する介護支援専門員に情報を提供した場合	５０円	５円
栄養アセスメント 加算（★）	当事業所の従業者又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置し、介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合。	５０７円	５１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	２，０２８円	２０３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若しくは摂食・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
口腔機能向上加算（Ⅱ）（★）		１，６２２円	１６３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

一体的サービス提供加算	運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施する場合		４，８６７円	**４８７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	８９２円	**９０円**
		事業対象者・要支援２	１，７８４円	**１７９円**
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）※		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（Ⅲ）※		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**
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練を作成した場合		１，０１４円	**１０２円**
生活機能向上連携加算（Ⅱ）			２，０２８円	**２０３円**
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算を算定している場合		１，０１４円	**１０２円**
科学的介護推進体制加算	PDCA サイクルの推進とケアの質の向上を図る取組として、入居者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省の科学的介護情報システム（LIFE）へ提出し、フィードバック情報を活用している場合		４０５円	**４１円**
介護職員等処遇改善加算※	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			
介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です				
送迎を行わない場合の減算（片道）	家族等が送迎を行う場合等で、事業所が送迎を実施していない場合は、基本報酬より減算致します。		－４７６円	**－４８円**

（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。
★印の加算は、PDCA サイクルの推進とケアの質の向上を図る取組として、厚生労働省の科学的介護情報システム（LIFE）へ必要なデータを提出し、当該システムからのフィードバック情報を活用します。

（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７００円の食費をいただきます。 （なお、夕食を提供した場合は、６００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。 **・ご利用者またはその家族等の希望により、個人的な資料（書類、写真、趣味の材料等）の複製、郵便物の転送等を行う場合、以下の通りご負担いただきます。** **コピー代(モノクロ)：1枚10円** **郵送料:実費**

※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。

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 担当者	電話番号　　０２８９－６３－３８００ 生活相談員　　渡邉　絵美 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。

鹿沼市　介護保険課	鹿沼市今宮町 1688-1 電話　0289-63-2283　FAX　0289-63-2284 受付時間　午前 9 時から午後 5 時 ※窓口受付は時間が異なります
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　028-643-2220　FAX　028-643-5411 受付時間　午前 9 時から午後 4 時 平日(月曜日～金曜日)祝祭日を除く
栃木県運営適正化委員会	宇都宮市若草 1-10-6　とちぎ福祉プラザ内 電話　028-622-2941　FAX　028-621-5298 受付時間　午前 9 時から午後 4 時 平日(月曜日～金曜日)　祝祭日を除く

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。

１３．虐待の防止のための措置

○虐待の発生や再発を防止するため、以下の措置を実施します。

①　虐待の発生・再発を防止するための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催すること、及びその結果について、担当する職員への周知徹底を図ること

②　虐待を防止するための指針を整備すること

③　担当の職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること
④　上記の措置を適切に実施するための担当者を置くこと

１４．身体拘束の禁止

当事業所は、利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その様態及び時間、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します。

２　当事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。

①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図るものとする。

②身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

③介護職員その他の職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。

１５．非常災害対策について

当事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災及び避難に関する計画を作成し、定期的に利用者及び従業者等の訓練を行います。

前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

１６．衛生管理等

指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

２　必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

３　当事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①当事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底しています。

②当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１７．業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する**第１号通所事業（通所介護相当ｻｰﾋﾞｽ）**の提供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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

２　職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

３　定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１８．職員の育成について

当施設では、介護職員（看護職員、准看護師、介護福祉士、介護保険法第８条第２項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類するものを除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。また、職員の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設け、業務体制を整備します。

① 採用時研修　採用後３か月以内に実施
② 年１回実施

１９．秘密保持について

職員は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持します。また、職員であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

２０．ハラスメントについて

当事業所では、利用者に対する質の高い介護福祉サービスを継続的に提供するため、職員が安心して働くことのできる職場環境づくりを重要と考えております。

そのため、利用者及びその家族等からの暴力、暴言、誹謗中傷、過度な要求その他のハラスメント行為に対しては、職員の安全確保及び適切なサービス提供継続の観点から、法人として組織的に対応いたします。

これらの行為が継続し､改善が見られない場合には､サービス提供方法の見直し、又はサービス利用契約の終了を含む対応を行う場合があります。

なお、認知症等に伴う症状については、心身状態への配慮を前提として対応を検討いたします。

２１．提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施：無

令和　　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