

介護予防・日常生活支援総合事業
指定1日型デイサービス（広島市介護予防・日常生活支援総合事業 通所事業）
契約書別紙（兼重要事項説明書）

サービスの提供開始及び契約行うにあたり、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 当事業所の概要

事業所の名称	わだ内科医院デイサービス
事業所の所在地	〒730-0051 広島市中区大手町五丁目7番11号
代表者（職名・氏名）	管理者 金井 亮
電話番号	082-240-8025
サービスの種類	指定1日型デイサービス (広島市介護予防・日常生活支援総合事業 通所事業)

2. 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、指定1日型デイサービス（広島市介護予防・日常生活支援総合事業 通所事業）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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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。

3. 提供するサービスの内容

指定1日型デイサービス（広島市介護予防・日常生活支援総合事業 通所事業）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、排泄、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。

4. 営業日時

営 業 日	月曜日～金曜日の営業。 ただし、土曜日、日曜日、国民の祝日（振替休日） 年末年始及びお盆はお休み。
営業時間	8時20分から17時20分まで
サービス提供時間	9時30分から15時40分まで

5. 事業所の職員体制

管理者	金井 亮
-----	------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 管理者は、事業所の従業員及び業務の管理を一元的に行うものとし、従業者に運営規程を遵守させる為の必要な指揮命令を行う。	常 勤 1 名
生活相談員	1 個々の利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標及び当該目標を達成する為の具体的なサービス内容を記載した地域密着型通所介護計画書を作成する。また、介護支援専門員と連携を図り、利用者の事業所入退所の手続きや利用費請求業務等、事業所が円滑に運営されるよう対応していく。	常 勤 2 名
看護師・ 准看護師	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	非常勤 2 名
介護職員	1 地域密着型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	常 勤 2 名 非常勤 3 名
機能訓練 指導員	1 地域密着型通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。	非常勤 2 名
看護師・ 准看護師	1 口腔機能向上サービスを行います。	非常勤 2 名

6. 利用料

利用者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、利用者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記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3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、支給限度額の超過分は全額自己負担となります。

(1) 指定1日型デイサービス

(広島市介護予防・日常生活支援総合事業 通所事業)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】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担		
		1割	2割	3割
要支援1 事業対象者	18,789円（1月につき）	1,878円	3,757円	5,636円
要支援2	18,789円（1月につき） ＊週に1回程度ご利用の場合	1,878円	3,757円	5,636円
	37,839円（1月につき） ＊週に2回程度ご利用の場合	3,783円	7,567円	11,351円

上記の基本利用料は、広島市介護予防・日常生活支援総合事業の額等を定める要領で定める金額であり、そ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	2割	3割
口腔機能向上加算	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	1,567円	156円	313円	470円
介護職員 処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算 減算の合計9.0%			

【減算】

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減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）		減算額
同一建物減算	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)	・要支援1（週1回程度） ・要支援2（週1回程度）	-392円
		・要支援2（週2回程度）	-785円
定員超過・ 人員基準欠如	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)		上記基本部分の30%減算 ※上記基本部分の70%を算定
高齢者虐待防止措置未実施減算	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)	・要支援1（週1回程度） ・要支援2（週1回程度）	-18円
		・要支援2（週2回程度）	-37円
業務継続計画未策定減算	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)	・要支援1（週1回程度） ・要支援2（週1回程度）	-18円
		・要支援2（週2回程度）	-37円
送迎減算	事業所が送迎をしない場合 (片道につき)		-49円

（２） その他の費用

食 費	食事の提供をする場合、1食514円の食費をいただきます。
おやつ代	おやつを提供する場合、1回51円をいただきます。(午後1回間食)
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。

（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	支払い要件等
利用予定日の当日の午前8時30分まで	不要
利用予定日の当日の午前8時30分以降	514円（昼食のお弁当代）

(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。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日前後(祝休日の場合は直前の平日)に、利用者が指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月中に、現金でお支払いください。

7. 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	
	電話番号	
① 緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	続柄	()
	電話番号	
② 緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	続柄	()
	電話番号	

8. 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）及び広島市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 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	・相談・苦情受付	二井谷 茂之
	・相談・苦情解決責任者	金井 亮
	・受付日時	：月曜日～金曜日（土曜日・祝日を除く） 8時20分～17時20分
	・電話番号	：082-240-8025

（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	広島市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課事業者指導係	電話 082-504-2183
	広島県国民健康保険団体連合会	電話 082-554-0783

10. 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下さい。
- （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）又は当事業所へご連絡ください。

11. 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、事業所として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おります。

____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 広島市中区大手町五丁目7番11号
事業者名 わだ内科医院デイサービス

管理者職・氏名 金井 亮 印

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 _____