

**介護予防・日常生活支援総合事業指定第一号通所事業
(介護予防通所介護相当サービス) サービス内容・重要事項説明書**

あなた（利用者様）（以下「利用者」という）に対するサービスの提供開始にあたり、社会福祉法人 美馬市社会福祉協議会（以下「事業者」という）が利用者に説明すべき重要事項は、つぎのとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 美馬市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒779-3610 美馬市脇町大字脇町1265番地1
代表者（職名・氏名）	会長 大垣 賢次郎
設立年月日	平成17年3月1日
電話番号	0883-53-7432

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	美馬市木脇町デイサービスセンター「おちあい荘」	
サービスの種類	通所型サービス（通所介護現行相当サービス）	
事業所の所在地	〒779-3610 美馬市脇町字西赤谷 2232 番地 12	
電話番号	0883-68-3030	
指定年月日・事業所番号	平成 17 年 3 月 1 日	3070500077
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
事業の実施地域	美馬市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	居宅要支援被保険者その他の厚生労働省が定める被保険者（以下「居宅要支援被保険者等」という）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、居宅サービス又は介護予防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、利用者の要介護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

介護予防通所介護相当サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、入浴、排せつや食事等の介助、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・向上を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	毎週月曜日、水曜日、金曜日 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15分まで
サービス提供時間	午前9時15分から午後3時まで ただし、その日の状況により前後する場合があります。

6. 事業所の職員体制

管理者	生活相談員	看護師	機能訓練指導員	介護職員
1 名	1 名以上	1 名以上	1 名以上	2 名以上

7. 事業所の管理者

利用者へのサービス提供の管理責任者（管理者）は次のとおりです。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 仲 利恵子
----------	-----------

8. 利用料

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は次のとおりであり、利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）の額です。ただし、介護保険給付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) 介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

サービス名称	利用者の要介護度等	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
通所型サービスⅠ	・事業対象者 ・要支援1相当 月5回利用	17,980円／月	1,798 円	3,596 円	5,394 円
	・事業対象者 ・要支援1相当 月4回まで利用	4,360円／回	436 円	872 円	1,308 円
通所型サービスⅡ	・要支援2相当 月9回以上利用	36,210円／月	3,621 円	7,242 円	10,863 円
	・要支援2 月8回まで利用	4,470円／回	447 円	894 円	1,341 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を基に市町村で規定した金額であり、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。

※上記サービスを超えて利用される場合は、1回利用につき3,840円の利用料金をいただきます。

【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）	利用者負担 （3割）
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（1月につき） ※加算Ⅰ又は加算Ⅱのいずれか1つを算定する	要支援1相当	880 円	88 円	176 円	264 円
		要支援2相当	1,760 円	176 円	352 円	528 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ		要支援1相当	720 円	72 円	144 円	216 円
		要支援2相当	1,440 円	144 円	288 円	432 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		要支援1相当	240 円	24 円	48 円	72 円
		要支援2相当	480 円	48 円	96 円	144 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）イ ※			所定金額の11.7%加算			
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ ※			所定金額の12.7%加算			
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ ※			所定金額の11.5%加算			
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）ロ ※			所定金額の12.5%加算			
介護職員処遇改善加算（Ⅲ） ※			所定金額の10.5%加算			
介護職員処遇改善加算（Ⅳ） ※			所定金額の 8.9%加算			

(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。

【減算】

つぎの要件を満たす場合、上記の基本部分につぎの料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
定員超過利用の減算	利用者の数が利用者定員を超える場合	所定単位数の70%で算定			
人員基準欠如による減算	看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	所定単位数の70%で算定			

高齢者虐待防止措置未実施減算	高齢者虐待防止措置ができていない場合	所定単位数の1%を減算			
業務継続計画未実施減算	業務継続計画が未実施の場合	所定単位数の1%を減算			
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-470 円	-47 円	-94 円	-141 円
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合（1日につき）		940 円	94 円	188 円
	当該減算の要件に該当した場合（1月につき）	支援1相当	3,760 円	376 円	752 円
		支援2相当	7,520 円	752 円	1,504 円

（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600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枚につき150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、つぎのとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者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	キャンセル料
利用予定日の前日	無料
利用予定日の当日	基本利用料金の10%の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（４）支払い方法

上記の利用料（利用者負担分の金額）は、1月ごとにまとめて請求しますので、つぎのいずれかの方法によりお支払いください。

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20日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落としします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月に請求をいたしますので、請求書が届いた日から10日以内にお支払いください。

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、速やかにつぎ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）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．虐待の防止

利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに市町に通報します。

１２．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所のつぎの窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0883-53-1211 月から金 午前8時30分～午後5時15分 担 当 者 仲 利恵子
---------	---

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、つぎの機関にも申し立てることができます。

第三者委員

地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見をいただいています。本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます

脇町	佐藤充生	０９０－１５７９－８２０９
美馬	田邊正枝	０９０－４９７９－１６４８
穴吹	藤川和幸	０９０－１５７０－８０８７

苦情受付機関	美馬市保険福祉部 長寿・障がい福祉課	電話番号 0883-52-5605 平 日 午前8時30分～午後5時15分
	徳島県国民健康保険団体連合会	電話番号 088-666-0117 平 日 午前8時30分～午後5時15分

13. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ・ 無

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

14. 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、つぎのとおりです。
- (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。
- (4) ご利用時、多額の金銭や貴重品の持ち込みはご遠慮ください。又、利用者間の金銭の貸し借り、物品の貸し借りはご遠慮ください。（何らかの問題が起こった場合、当施設は責任を一切負いません。）
- (5) 天候不良（台風、積雪等）によりやむを得ない場合に、サービスの提供の取り止め、又は時間短縮して対応する場合があります。
- (6) 感染症（結核、肝炎、MRSA、伝染病の皮膚疾患）等がある場合は、必ず事前にお申し出ください。当施設が必要だと認めた場合は、診察情報提供書を、提出していただくことがあります。

15. 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、□利用者 □利用者家族に上記のとおりサービス内容・重要事項を説明しました。

事業者（法人）名
事業者
説明者

社会福祉法人 美馬市社会福祉協議会
徳島県美馬市脇町字西赤谷 2232 番地 12
美馬市脇町デイサービスセンター「おちあい荘」
職 名 施設長
氏 名 仲 利 恵 子 印

私は、事業者より上記のサービス内容・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 美馬市脇町字

氏 名 印

利用者家族

住 所

氏 名 印

本人との続柄