

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防型通所サービス）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	社会医療法人健生会
主たる事務所の所在地	〒631-0817 奈良市西大寺北町4丁目4-1
代表者（職名・氏名）	理事長 横山 知司
設立年月日	昭和 33年 3月 1日
電話番号	0742-93-6040

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	社会医療法人健生会 小泉診療所	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防型通所サービス）	
事業所の所在地	〒639-1042 大和郡山市小泉町552	
電話番号	0743-52-3035	
指定年月日・事業所番号	平成28年4月1日指定	2970302101
利用定員	定員13人	
事業の実施地域	片桐中学校区を基本とする	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、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、利用者の要支援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（介護予防型通所サービス）は、事業者が設置する事業所（小泉診療所）に通っていただき、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	火曜日・金曜日の午前と午後 ※ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。 ※営業日がお休みの場合は、振り替え実施する場合があります。
営業時間	午前8時30分から午後4時30分まで
サービス提供時間	1日午前と午後の2部制 ①午前の部 AM 9:00～PM12:00 ②午後の部 PM 1:00～PM 4:00

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従業員全体	常 勤 2人、非常勤 2人
うち生活相談員	常 勤 1人
うち看護職員兼機能訓練指導員	非常勤 1人
うち介護職員	常 勤 1人、非常勤 1人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の担当職員及びその管理責任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。

担当職員の氏名	介護職員 村瀬 恵理子
管理責任者の氏名	管 理 者 松村 明希子

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、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、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号通所事業の利用料・・・基本部分及び加算・減算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防型通所サービス】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	備考
事業対象者及び 要支援1	4,477 円	447 円	895 円	1 回に つき
要支援2	4,590 円	459 円	918 円	

注1) 上記の基本利用料は、大和郡山市が定める金額であり、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訂されます。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。

【加算部分：介護予防型通所サービス】

注2) 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)
サービス提供体制加算Ⅱ1	当該加算の算定要 件を満たす場合	該当者 要支援1	739 円	73 円	146 円
サービス提供体制加算Ⅱ2		要支援2	1,478 円	147 円	295 円
処遇改善加算Ⅱ12	当該加算の算定要 件を満たす場合	該当者 要支援1	所定単位数の $115/1000 \times$ 10.27 (円)	左の料金の 1割	左の料金の 2割
		要支援2			
生活機能向上連携加 算Ⅱ	当該加算の算定要 件を満たす場合	該当者 要支援1	2,054 円	205 円	410 円
		要支援2			

【減算部分：介護予防型通所サービス】

注3) 送迎が必要でない場合は、基本部分より下記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)
送迎減算	事業所が送迎を行 わない場合	(片道)	-482 円	-48 円	-96 円
		(往復)	-965 円	-96 円	-193 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500円程度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

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ①午前の部はご利用日当日の午前8時30分までにご連絡を頂いた場合は無料
- ②午後の部はご利用日当日の午後12時30分までにご連絡を頂いた場合は無料
- ③ご利用日当日に上記の時間内に連絡がなかった場合は1回につき、500円のキャンセル料が発生します。

※但し体調や容体の急変または緊急の事情等、やむを得ない場合はこの限りではありません。

(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、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等について、銀行振込の場合は支払いを受けた後、14日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の10日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記のどちらかの口座にお振り込みください。尚、振込手数料は利用者様のご負担となります。 奈良信用金庫 小泉支店 普通口座107633 名義 社会医療法人健生会小泉診療所 理事長 横山 知司

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	
	医師名	
	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及び大和郡山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 苦情相談 窓口	電話番号	0743-52-3035
	面接場所	当事業所の相談室
	担当者	生活相談員 松村 明希子

(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	大和郡山市介護福祉課	電話番号 0743-53-1151
	奈良県国民健康保険団体連合会 担当窓口：介護保険課	電話番号 0744-29-8326

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ケアマネージャー又は当事業所の担当者へご連絡ください。

様の利用基本プラン

目 標

利 用 日 毎週 曜日 時 分 ～ 時 分

※送迎： 必要 ・ 不要

利用料金 1 ヶ月の利用料は基本部分、加算部分、減算部分の合算した額となります。

□あなたの1 ヶ月の利用料（概算）は以下の通りとなります。

基本部分	利用者の要介護度			利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	備考
	事業対象者及び要支援 1			447 円	895 円	1 回 につき
	要支援 2			459 円	918 円	
減算	送迎減算	事業所が送迎を行わない 場合	(片道)	-48 円	-96 円	
			(往復)	-96 円	-193 円	
加算部分	サービス提供体制加算Ⅱ1	当該加算の算定要件を満 たす場合	該当者 要支援 1	73 円	146 円	1 月 につ き
	サービス提供体制加算Ⅱ2		要支援 2	147 円	295 円	
	介護職員処遇改善加算Ⅱ12	当該加算の算定要件を満 たす場合	該当者 要支援 1	所定単位数の 115/1000× 10.27円の 1 割	所定単位数の 115/1000× 10.27円の 2 割	
			要支援 2			
	生活機能向上連携加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満 たす場合	該当者 要支援 1	205 円	410 円	
			要支援 2	205 円	410 円	

《月 4 回利用時の 1 ヶ月の利用料 円》

※但し、上記の利用料は、1 ヶ月の利用回数や送迎の有無によって変動する場合があります。

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、前記のとおり重要事項を説明しました。

<事業者>	所在地	
	事業者(法人)名	社会医療法人健生会小泉診療所
	代表者職・氏名	管理者 松村 明希子 印
	説明者職・氏名	ケアワーカー 村瀬 恵理子 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	印

<署名代行者>（又は法定代理人）		
	住 所	
	本人との続柄	
	氏 名	印

<立会人>	住 所	
	氏 名	印