

(通所介護・介護予防通所介護)

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

利用者に対する通所介護（介護予防通所介護）の提供開始にあたり、事業者が利用者に説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業所の概要及び従業員の勤務体制

事業所名	デイサービスセンターペアウェル矢野口	法人名	株式会社ペアウェル
所在地	東京都稲城市矢野口944	電話番号	042-379-1834
指定年月日	平成20年11月1日	利用定員	30人
事業所番号	1375100359		
従業員の概要	管理者	1名	
	生活相談員	2名	(資格：介護福祉士資格)
	看護職員	2名	(資格：看護師等)
	介護職員	6名	(資格：介護福祉士等)
	送迎車両	3台	送迎従事職員 2名

2. 提供するサービスの内容

- ① 「通所介護（介護予防通所介護）」は、事業者が設置するデイサービスセンター（事業所）に通っていただき、入浴及び食事の提供とその介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の利用者に必要な日常生活上の世話並びに機能訓練等の介護を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図るサービスです。
- ② 利用者のサービス利用日及び利用時間については、利用者の担当の介護支援専門員が作成する「居宅サービス計画」に基づいて設定します。

3. 業務取扱い方針

- ① 利用者の心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」と、当事業所の作成する「通所介護（介護予防通所介護）計画」に従い、心身機能の維持を図ることができるよう、通所介護（介護予防通所介護）サービスを提供します。
- ② 通所介護（介護予防通所介護）サービスの提供の開始に際しては、看護職員による健康チェックを行い、体調等の変化を必ず確認します。

③ 当事業所は、通所介護（介護予防通所介護）計画書を必ず作成します。

4. 担当の職員

利用者を担当する職員（生活相談員等）及びその管理責任者は次の者です。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

- ・担当職員 氏名 千葉 幸代 連絡先 042-379-1834
- ・管理責任者 氏名 鈴木 弘信 連絡先 042-379-1834

5. 利用料金

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用料金は次のとおりです。

- ① 利用者負担金（別紙のとおりです）
- ② その他の費用（別紙のとおりです）
- ③ ①および②の利用料金は、1か月ごとにまとめて請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。

<input type="checkbox"/> 口座引き落とし	
----------------------------------	--

6. サービスの中止

- ① 利用者の都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話番号）： 042-379-1834

- ② サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセル料は請求いたしません。

7. 緊急時等の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、運営規定に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
	緊急連絡先	

8. 事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 非常災害対策

- ・当事業所では、法令の定めにより年1回の防災訓練を実施しております。
- ・当事業所では、法令に定める防災設備（消火器、消火栓、スプリンクラー等）を設置しております。
- ・当事業所では、寝具、カーテン等に難燃性のものを使用しております。
- ・万一災害が発生した場合は、職員の指示に従って落ち着いて行動してください。

10. 苦情相談窓口

①当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	ペアウェル矢野口 事務室
担当者	鈴木 弘信
連絡先（電話番号）	042-379-1834

②当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
稲城市役所介護保険課	042-378-2111（代表）
東京都国民健康保険団体連合会	03-6238-0011（代表）

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの利用にあたって利用者に注意していただきたいことは次のとおりです。

- （1）サービスの利用中に気分が悪くなった時は、職員にただちにお申し出ください。
- （2）複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方のご迷惑にならないように注意して下さい。
- （3）体調の変化などでサービスを利用できなくなった時は、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業者または当事業所の担当者（電話番号）までご連絡ください。

別紙（通所介護の場合）

① 利用者負担金

利用者がサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の利用料の1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は、利用料の全額をご負担いただきます。

（ ）内が実際に負担いただく額です。

所要時間	利用料（1日につき）				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上 4時間未満	3,981円 (398円)	4,566円 (456円)	5,151円 (515円)	5,737円 (573円)	6,322円 (632円)
4時間以上 6時間未満	5,308円 (530円)	6,144円 (614円)	6,980円 (698円)	7,816円 (781円)	8,652円 (865円)
6時間以上 8時間未満	7,075円 (707円)	8,245円 (824円)	9,415円 (941円)	10,585円 (1,058円)	11,756円 (1,175円)

※ 上記の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

【加算】

加算の種類	加算の要件	加算額
入浴介助加算	利用者の入浴の介助を行った場合	522円(52円) (1日につき)
機能訓練加算	個別のプログラムにて訓練を行った場合	282円(28円)

③ その他の費用

食事料金	昼食の提供を行った場合、 <u>735円（税込）</u> をご負担いただきます。（おやつ代を含みます） 4日前までのキャンセルは、キャンセル料を請求いたしません。 それ以降のキャンセルは、料金をいただきます。	
おむつ代	1組 160円（税込）	
その他日常生活費	・利用者の希望により購入する身の回り品 実費 （歯ブラシ、シャンプー、化粧品、タオル等個人の日用品等） ・利用者の希望による教養娯楽費用 実費 （行事やクラブ活動による材料費等）	

別紙（介護予防の場合）

① 利用者負担金

利用者がサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の利用料の1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は、利用料の全額をご負担いただきます。

（ ）内が実際に負担いただく額です。

利用料（1ヶ月につき）	
要支援1	要支援2
23,261円 (2,326円)	45,488円 (4,548円)

※ 上記の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

【加算】

加算の種類	加算の要件	加算額
運動器機能向上加算		2,351円（235円） （1ヶ月につき）

⑤ その他の費用

食事料金	昼食の提供を行った場合、 <u>735円（税込）</u> をご負担いただきます。（おやつ代を含みます） 4日前までのキャンセルは、キャンセル料を請求いたしません。 それ以降のキャンセルは、料金をいただきます。	
おむつ代	1組 160円（税込）	
その他日常生活費	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望により購入する身の回り品 実費 （歯ブラシ、シャンプー、化粧品、タオル等個人の日用品等） ・利用者の希望による教養娯楽費用 実費 （行事やクラブ活動による材料費等） 	

【契約書 別紙】

○通所介護の内容

提供するサービスの内容は下記のとおりです。

	日程	時間帯
①		10 : 00～16 : 30
②		
③		
④		
⑤		

○利用料

お支払いただく料金は下記のとおりです。

	基本料金	加算負担金	食事代	利用料合計額
①				
②				
③				
④				
⑤				

※()内はご利用者様の負担となります

平成 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。

事業者 所在地 東京都稲城市矢野口 944

事業者名 デイサービスセンターペアウェル矢野口

代表職・氏名 代表取締役 川島 覚 印

説明者職・氏名 センター長 鈴木 弘信 印

事業者より上記の内容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。

〈ご本人〉 利用者 ご住所

お名前 印

〈ご家族〉 代理人 ご住所

お名前 印

立会人 ご住所

お名前 印