

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（介護予防通所介護相当）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 恵愛会
主たる事務所の所在地	〒563-0023 池田市井口堂二丁目4番6号
代表者（職名・氏名）	理事長 下里 英規
設立年月日	平成25年12月3日
電話番号	072-760-0003

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスオレンジ池田	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	〒563-0023 池田市井口堂二丁目4番6号	
電話番号	072-760-0003	
指定年月日・事業所番号	平成27年4月1日指定	2772502031
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の事業の実施地域	池田市	

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、第1号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、利用者の心身の状態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（介護予防通所介護相当）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	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時00分から午後17時00分まで
提供時間	午前9時00分から午後16時30分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 1人、非常勤 1人
介護職員	常勤 3人、非常勤 2人
機能訓練指導員	常勤 1人
看護職員	非常勤 1人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（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。

担当職員の氏名	生活相談員 山本 多加夫 生活相談員 多田 あかね
管理責任者の氏名	管 理 者 平野 泰典

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割の額です。但し、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頂きます。

（1）第1号通所事業・介護予防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：介護予防通所介護相当】

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)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援 1	18,951円（1月） （1月の中で4回以上の利用）	1,895円	3,790円	5,685円
事業対象者 要支援 2	38,165円（1月） （1月の中で8回以上の利用）	3,817円	7,633円	11,450円
事業対象者 要支援 1	4,595円（1回） 月4回迄のサービスの場合	460円	919円	1,379円
事業対象者 要支援 2	4,711円（1回） 月5～8回のサービスの場合	471円	942円	1,413円

（注1）上記の基本利用料が改定されると、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：介護予防通所介護相当】

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）
生活機能向上 グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合		1, 0 5 4 円	1 0 6 円	2 1 1 円	3 1 7 円
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練を行った場合		2, 3 7 1 円	2 3 8 円	4 7 5 円	7 1 4 円
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別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, 1 0 8 円	2 1 1 円	4 2 2 円	6 3 3 円
栄養アセスメント加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合		5 2 7 円	5 3 円	1 0 6 円	1 5 9 円
口腔機能向上加算 （Ⅰ）	口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合		1, 5 8 1 円	1 5 9 円	3 1 7 円	4 7 7 円
選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合		5, 0 5 9 円	5 0 6 円	1, 0 1 2 円	1, 5 1 8 円
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ			7, 3 7 8 円	7 3 8 円	1, 4 7 6 円	2, 2 1 4 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, 2 6 4 円	1 2 7 円	2 5 3 円	3 8 0 円
科学的介護推進体制加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合		4 2 1 円	4 3 円	8 5 円	1 2 7 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	要支援 1	9 2 7 円	9 3 円	1 8 6 円	2 7 9 円
		要支援 2	1, 8 5 5 円	1 8 6 円	3 7 1 円	5 5 7 円
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）		要支援 1	7 5 8 円	7 6 円	1 5 2 円	2 2 8 円
		要支援 2	1, 5 1 7 円	1 5 2 円	3 0 4 円	4 5 6 円
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）		要支援 1	2 5 2 円	2 6 円	5 1 円	7 6 円
		要支援 2	5 0 5 円	5 1 円	1 0 1 円	1 5 2 円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合		所定単位数の9. 2%を加算			

（注 2）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(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650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100円の実費をいただきます。 (パッドの場合は50円)
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、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。また、介護予防通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、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
利用予定日の当日	食費の100%の額

(注) 利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

(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、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は、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差上げます。

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27日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の27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口座にお振り込みください。 三菱UFJ銀行 池田支店 普通口座 0271611 口座名義人 社会福祉法人 恵愛会 理事長 下里英規
現金払い	サービスを利用した月の翌月の27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。

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及び池田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	電話番号 072-760-0003 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(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	池田市福祉部介護保険課	電話番号 072-754-6256
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号 06-6949-5418

(3) サービス提供に関する苦情や相談における第三者委員を選任しております。

第三者委員	兼田 尚樹（社会福祉法人恵愛会 評議員） 黒田 拓四郎（社会福祉法人恵愛会 監事）
-------	--

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当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 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、上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 社会福祉法人 恵愛会

代表者職・氏名 理事長 下里 英規 印

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ました。

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

