

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）契約書別紙（兼重要事項説明書）③

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 豊丘村社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒399-3202 下伊那郡豊丘村大字神稲3039番地1
代表者（職名・氏名）	会長 片桐 茂房
設 立 年 月 日	平成元年5月22日
電 話 番 号	0265-35-1122

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	豊丘村社会福祉協議会指定通所介護事業所	
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	〒399-3202 下伊那郡豊丘村大字神稲3039番地1	
電 話 番 号	0265-35-1122	
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日	2072500727
実施単位・利用定員	1単位	定員30人
通常の事業の実施地域	豊丘村	

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ほえみ）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 (日曜日、計画休業及び12月30日から翌年1月3日までを除く)
営業時間	午前8時15分から午後5時15分まで
サービス提供時間	午前8時30分から午後4時まで

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
看護職員	非常勤 1人
介護職員	常勤 5人、非常勤 8人
機能訓練指導員	非常勤 1人

7. サービス提供の担当者

サービス提供の担当職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。

管理責任者の氏名	管理者 宮下 一代
----------	-----------

8. 利用料

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、負担割合証に記載された負担率に応じた額です。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、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号訪問事業・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)
事業対象者 要支援1	17,980円(1月につき)	1,798円
事業対象者 要支援2	34,280円(1月につき)	3,621円

(注1) 上記の基本利用料は、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、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：介護予防通所介護相当】

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)
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	週1回利用	880円/月	88円/月
		週2回利用	1,760円/月	176円/月

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）
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	所定単位数に9.2%を乗じた単位数で算定	

（２）食費等の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき800円の食費をいただきます。 ただし、村内在住の方は、村より200円/食の補助金が出ます。 なお、申し出なく利用を中止された場合または当日の食事提供を中止した場合にも食費をいただきます。
おむつ代	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）支払い方法

上記の利用料（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、1ヶ月以内にお届けします。

支払い方法	支払い要件等
指定口座への振り込み	みなみ信州農業協同組合 豊丘支所 普通預金6204171
金融機関からの自動引き落とし	サービスを利用した月の翌月の15日（休業日の場合は翌営業日）に指定された口座から引き落とします。 ご利用できる金融機関 ：みなみ信州農業協同組合、飯田信用金庫、ゆうちょ銀行

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。

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豊丘村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 0265-35-1122 面接場所 当事業所の相談室
第三者委員	篠塚 実 桐生 香

（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	豊丘村健康福祉課	電話番号 0265-35-9064
--------	----------	-------------------

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いたします。
- (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、前日または当日の8時15分までに事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 利用日の体温が37.5度以上又は下痢嘔吐等の体調不良の症状がある場合は利用を控えるとともに、事業所の担当者へご連絡ください。
- (5) ご遠慮いただきたい行為

ご利用者又はご家族の方は、職員の望まない性的言動や利用する立場を背景とした優越的言動等を行わないようお願いいたします。

そのような行為がなされる場合には、事業所管理者がお話し合いの機会を設けさせていただき、必要な措置を取らせていただく場合がございます。

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 下伊那郡豊丘村大字神稲 3039 番地 1
事業者（法人）名 社会福祉法人豊丘村社会福祉協議会
代表者職・氏名 会長 片桐 茂房 ⑩

説明者職・氏名 ⑩

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 ⑩

署名代行者（又は法定代理人）
住所
本人との続柄
氏名 ⑩