

**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 | 社会福祉法人 喬木村社会福祉協議会 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒395-1107 長野県下伊那郡喬木村6670番地1 |
| 代表者 | 会長 座光寺 秀元 |
| 設立年月日 | 平成2年8月16日 |
| 電話番号 | 0265-33-4567 |

2. ご利用事業所の概要

| | | |
|-------------|-----------------------------|------------|
| 事業所の名称 | 喬木村デイサービスセンターふれ愛 | |
| 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 | 〒395-1107 長野県下伊那郡喬木村6670番地1 | |
| 電話番号 | 0265-33-1631 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成28年 4月 1日指定 | 2072500685 |
| 利用定員 | 定員30人 | |
| 通常の事業の実施地域 | 喬木村村内 | |

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）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、年末年始(12月30日から1月3日)を除く毎日) |
| 営業時間 | 午前8時00分から午後5時15分まで |
| サービス提供時間 | 午前9時00分から午後4時10分まで |

6. 事業所の職員体制

R6.4.1 現在

| 職種 | 常勤 | 非常勤 | 指定基準 |
|--------------|------|------|---------|
| 1 事業所管理者(兼務) | 1名 | | 1名 常勤兼務 |
| 2 生活相談員 | 3名 | | 1名 |
| 3 看護職員 | 2名以上 | | 1名 |
| 4 介護員 | 4名以上 | 1名以上 | 4名 |
| 5 機能訓練指導員 | 1名 | | 1名 |
| 6 送迎員 | | 2名以上 | |

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者(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、管理者及び生活相談員へ何でもお申し出ください。

| | |
|-------|--------|
| 管理者氏名 | 桑原 美津子 |
|-------|--------|

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割の額です。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) 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】

| 利用回数 | 利用者負担(1割) | 利用者負担(2割) |
|----------|-----------|-----------|
| 週1回利用(月) | 1,798円 | 3,596円 |
| 週2回利用(月) | 3,621円 | 7,242円 |

【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 | |
|---------------------|-----------------|-----------|-----------|
| | | 利用者負担(1割) | 利用者負担(2割) |
| サービス提供体制 加算強化(I) | 週1回利用 | 88円 | 176円 |
| | 週2回利用 | 176円 | 352円 |
| 介護職員 処遇改善加算I | 通所単位数に5.9%を乗じた数 | | |
| 介護職員 特定処遇改善加算I | 通所単位数に1.2%を乗じた数 | | |

(2) その他の費用

| | |
|------|--|
| 食費等 | 1回につき、昼食代700円、おやつ代100円をいただきます。 |
| おむつ代 | おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。 |
| その他 | 利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。コピーを必要とする場合、1枚につき20円の負担をいただきます。 |

(3) キャンセル料

当日利用の中止連絡が10時以降の場合、キャンセル料(昼食代)をいただきます。

(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。

| 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15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ます。 |

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。

| |
|--------------------------|
| 利用者の主治医・・・医療機関の名称： _____ |
| 主治医の氏名： _____ |
| 所在地： _____ |

| |
|------------------------|
| 緊急連絡先（家族等）・・・氏名： _____ |
| 利用者との関係： _____ |
| 連絡先電話番号： _____ |

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等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 守秘義務

事業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。サービス提供に必要な場合は、必要最低限の範囲で使用します。

12. 虐待の防止

事業者は、人権の擁護・虐待防止のための必要な措置を講じます。

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|---------------|-------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 事務局長：山崎光則 |
| 虐待防止に関する窓口担当者 | 地域総務課長：木下美和 |

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

13. ハラスメント防止対策

事業者は、ハラスメント行為を禁止しています。また、ハラスメント、カスタマーハラスメント

防止のための必要な措置を講じます。

利用者又は家族等が、事業者や職員又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為（介護現場におけるハラスメント防止対応マニュアルに定義する、身体暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）及びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕を触る等）のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合は本契約を解除させて頂くことがあります。

1 4. 苦情相談窓口

(1) 事業所における苦情や相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

喬木村社会福祉協議会 苦情受付窓口

○苦情解決責任者 事務局長 山崎光則

○苦情窓口担当者 地域総務課長：木下美和

○受付時間 月曜日～金曜日 午前8時15分～午後5時15分

土、日 祝祭日 年末年始（12/30～1/3）休業

○電 話 0265-33-4567（内線30）

また、苦情受付ボックスを社協窓口及びデイサービスロビーに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | | |
|-------------------------------------|-------|------------------------|
| 喬木村役場 保健福祉課 | 所在地 | 喬木村6664番地 |
| | 電話番号 | 0265-33-5123 |
| | F A X | 0265-33-3679 |
| | 受付時間 | 8:30～17:15（月～金） |
| 長野県国民健康保険団体 連合会 | 所在地 | 長野市大字西長野字加茂北143-8 |
| | 電話番号 | 026-238-1555 |
| | F A X | 026-238-1581 |
| | 受付時間 | 9:00～16:00（月～金） |
| 長野県社会福祉協議会 長野県福祉サービス運 営適正化委員会 | 所在地 | 長野市中御所岡田98-1 |
| | 電話番号 | 0120-28-7109（苦情受付専用電話） |
| | F A X | 026-227-0137 |
| | 受付時間 | 9:00～17:00（月～金） |

1 5. 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) ご利用当日の朝、体温が37.5度以上、風邪の症状、下痢嘔吐等普段と異なる等体調が悪い時には、必ず利用日朝までにご連絡ください。
- (2) 持ち物には、すべての物にお名前を記入してください。記入の無い場合は、こちらで記入させていただきますことがあります。
- (3) 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。
- (4) 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

願います。

- (5) 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時は、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。
- (6) 利用時間中は、途中で外出を行い、再びデイへ戻って利用することはできません。

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 長野県下伊那郡喬木村6670番地1
事業者（法人）名 社会福祉法人 喬木村社会福祉協議会
代表者職・氏名 会長 座光寺 秀元 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、同意しました。

また、私は事業者が、私に対して提供する介護サービスについて連携を図るため、サービス担当者会議等での情報を共有することに対して、私及び家族等の個人情報を用いることに同意しました。

同意の証とするため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

(利用者) 住 所 長野県下伊那郡喬木村 _____ 番地

氏 名 _____ 印

家族、代表者住所 _____ 番地

氏 名 _____ 印