

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）

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 天塩町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒098 - 3312 北海道天塩郡天塩町字川口 5 6 9 9 番地の 1
代表者（職名・氏名）	会 長 長 瀬 啓 嗣
設 立 年 月 日	平成元年 1 1 月 2 8 日
電 話 番 号	0 1 6 3 2 - 2 - 3 2 0 1

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	天塩町指定通所介護事業所 天塩町在宅老人デイサービスセンター	
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	〒098-3314 北海道天塩郡天塩町字サラキシ 5 7 1 0 番地	
電 話 番 号	0 1 6 3 2 - 2 - 1 7 9 9	
指定年月日・事業所番号	平成 2 1 年 4 月 1 日 指定	0 1 7 6 7 0 0 7 6 3
実施単位・利用定員	その他 単位	定員 3 0 人
通常の事業の実施地域	天塩町	

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	月曜日から金曜日まで。 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31日から1月5日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後6時00分まで
サービス提供時間	午前10時15分から午後3時45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
看護職員	常勤 1人
介護職員	常勤 5人、非常勤 3人
機能訓練指導員	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 中井百代
管理責任者の氏名	管理者 上田健司

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）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)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	4,360円（1回につき） （1月の中で全部で4回までのサービス）	436円	872円	1,308円
要支援2	4,470円（1回につき） （1月の中で全部で5回～8回までのサービス）	447円	894円	1,341円

（注）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】

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）	基本利用料	加算額			
			利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）	利用者負担 （3割）	
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	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	720円	72円	144円	216円
		要支援2	1440円	144円	288円	432円
介護職員処遇 改善加算Ⅴ（13）	食費を除いた利用料金に対して次の加算 率により算定する。		4.4%			

【減 算】

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減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）	減算額		
		利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）	利用者負担 （3割）
送迎減算	●事業所と同一建物に居住する物または 同一建物から通所型サービスを行う場合	-97円	-194円	-291円
	●事業所が送迎を行わない場合 （片道につき）	-47円	-94円	-141円
定員超過	定員が超過している場合。（1か月につき）	70%	70%	70%
人員基準欠如	看護・介護職員が欠員している場合。（1か 月につき）	70%	70%	70%

（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円の食費をいただきます。
-----	----------------------------------

（3） 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。

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末日（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末日（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。 北海道銀行 天塩支店 普通口座 0419649
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（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、速やかに関係医療機関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等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11 苦情の受付について

苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情や相談は、次の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口 [職名] 生活相談員 中井 百代

苦情解決責任者 施設長 上田 健司

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9時00分～17時30分

苦情が解決されない場合は下記に申し出ることができます。

天塩町役場 電話 01632-2-1001

運営適正化委員会 電話 011-241-0683

国民健康保険団体連絡会 電話 011-231-5161

(2) 利用者からの苦情を処理するために構ずる措置の概要

- ① 苦情があった場合、ただちに担当係長または生活相談員が相手方に連絡を取り、直接訪問に行き詳しい事情を聞くとともに、担当職員からの事情も行う
- ② 双方の事情確認後、苦情担当者まで含めた検討会議を速やかに行い、必要がある場合は、施設長（管理者）に相談し、適切な処理を行うようにする
- ③ 検討会議後、翌日までには必ず具体的な対応を行う（利用者への謝罪など）
- ④ 苦情担当者は、発生から対応までの記録決裁を施設長まで行い、併せて苦情処理対応報告を行う
- ⑤ 発生から対応までの記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる

(3) その他参考事項

- ① 毎日の朝礼・打ち合わせなどで、苦情が発生しないサービス提供の確認を行う
- ② 担当職員の研修を実施する

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 6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。

事業者名 天塩町指定通所介護事業所
天塩町在宅老人デイサービスセンター
説明者職・氏名 生活相談員 中 井 百 代 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（代理人）

住 所 _____

本人との続柄 _____

氏 名 _____ 印