

**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な事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人ちいさがた福祉会介護老人福祉施設フォーレスト
主たる事務所の所在地	長野県東御市常田2番地1
代表者（職名・氏名）	施設長 古田 美樹
設立年月日	2001年（平成14年）4月
電話番号	（0268）-64-7200

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	フォーレスト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	長野県東御市常田2番地1	
電話番号	（0268）-64-7200	
指定年月日・事業所番号	平成14年4月1日指定	2072200468
実施単位・利用定員	1単位	定員40名
通常の事業の実施地域	東御市、上田市、小諸市	

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、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、利用者的心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他の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 ※毎月第3日曜は日曜行事実施 内容によって変更あり
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後5時00分まで ※必要に応じて早朝、夕方の延長も可能

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	2名以上	非常勤	人
看護職員	常勤	2名以上	非常勤	2人
介護職員	常勤	5名以上	非常勤	人
機能訓練指導員	常勤	1名以上	非常勤	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。

生活相談員	森島 邦子 赤尾 美幸
管理者	古田 美樹

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、区分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号介護予防通所介護相当サービスの利用料

【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)
事業対象者 要支援1	17,980円（1月につき）	1,798円	3,596円
要支援2	36,210円（1月につき）	3,621円	7,242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】

0 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)	利用者負担 (2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, 000円	100円	200円
栄養アセスメント加算	栄養アセスメントの結果を説明し相談等に必要に応じ対応した場合	500円	50円	100円
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的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, 000円	200円	400円
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別的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, 500円 1, 600円	150円 160円	300円 320円
一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び公休機能向上サービスを実施している場合	4, 800円	480円	960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, 200円	120円	240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2	1, 760円	176円
サービス提供体制 強化加算（II）		要支援1 事業対象者	880円	88円
サービス提供体制 強化加算（III）		要支援2	1, 440円	144円
介護職員 待遇改善加算I		要支援1 事業対象者	720円	72円
介護職員 待遇改善加算II		要支援2	480円	48円
介護職員 待遇改善加算III		要支援1 事業対象者	240円	24円
介護職員 待遇改善加算IV		所定単位数× 92/1000	所定単位数× 90/1000	所定単位数× 80/1000

(2) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、延長料金をいただきます。（全額自己負担）
食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき700円の食費をいただきます。 お茶・おやつ代を含みます。
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、利用者負担が適當と認められるもの（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

(1) から (2) 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20日（祝休日の場合は直後の平日） ●信州うえだ農協 東御支所 ●八十二銀行
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直後の平日） 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。 ●JA信州うえだ 東御支所 普通預金№.0098327

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東御市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 1. 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 0268-64-7200 (受付時間 月曜～土曜 9時～17時) 担当 森島 邦子 赤尾 美幸
---------	--

(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	東御市高齢者係	0268-75-5090
	国民健康保険団体連合会	026-238-1580
	その他市町村介護保険担当課	0268-22-4100 (上田市) 0267-22-1700 (小諸市)
	長野県福祉サービス 適正化委員会	0120-28-7109

1 2. 第三者評価の受審状況について

通所介護事業所 フォーレストでは、第三者評価機関からの受審について

年 月 日 現在 受審して (あります おりません)

受審している場合の状況は以下の通りです。

① 実施日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 評価機関の名称 : _____

③ 評価結果の開示状況 : 開示状況 あり ・ なし

1 3. 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) 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。

1 4. B C P 業務継続計画

別紙参照

1.5. 虐待防止に関する事項

- (1) 事業者は利用者の虐待防止、差別の禁止その他人権の擁護のため次の措置を講ずるものとする
- (2) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (3) 成年後見制度の利用支援
- (4) 苦情解決体制の整備
- (5) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施
- (6) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る
- (7) 虐待または虐待が疑われる事案が発生した場合、再発の確実な防止対策を講じるとともに市町村へ報告する

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 東御市常田2番地1

事業者名 フォーレストデイサービスセンター

代表者名 施設長 古田 美樹 印

説明者・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、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（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