

介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号通所事業

重要事項説明書及び契約書

(令和6年6月1日現在)

(利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様)

## 第1号通所事業重要事項説明書

この説明書は、お客様が第1号通所事業の契約にあたって、お客様やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、運営規程の概要、職員の勤務体制、その他、利用者のサービスの選択に必要な重要事項をご理解いただけるような内容となっています。

### 1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 伊方町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	愛媛県西宇和郡伊方町湊浦1995番地1
電話番号	(0894) 38-2360
代表者	会長 松田 光一
設立年月日	平成17年4月1日

### 2 当事業所の概要

事業所名	瀬戸デイサービスセンター
所在地	愛媛県西宇和郡伊方町三机乙1087番地1
指定事業所番号	3873700516
開設年月日	平成17年4月1日（指定日年月日：平成27年4月1日）
連絡先	TEL 0894-57-2180 FAX 0894-57-2181
管理者連絡先 （氏名 山中 美也）	TEL 0894-57-2180 FAX 0894-57-2181
通常の実施地 （交通費無料エリア）	伊方町内（ただし、旧瀬戸町の区域に限る。）

### 3 事業の目的及び運営方針

#### <事業の目的>

利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、第1号通所事業計画に基づく日常生活上の世話や介護その他必要な援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消や生活機能の維持又は向上及びその家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

#### <運営方針>

利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちながら、伊方町や他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域との連携に努めます。明るくなごやかな雰囲気の中で、丁寧なサービスの提供を心がけるとともに、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。

#### 4 サービス提供可能な日と時間帯及び利用定員

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	8:30～17:30 ただし、12月29日～1月3日は休業日
サービス提供時間	9:00～16:00
利用定員	1日25名（通常規模型通所介護）

#### 5 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ただし、12月29日～1月3日は休業日
営業時間	8:30～17:30

#### 6 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

通所介護	平成17年4月1日指定 愛媛県指令17長第233号
------	---------------------------

#### 7 事業所の職員体制

当事業所では、利用者に対して指定通所介護及び指定第1号通所事業サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職種	職務内容	人員数
管理者	従業者の管理、業務管理	1名
介護職員	通所介護業務	3名以上
生活相談員	調整、相談、助言、技術指導	1名以上
機能訓練指導員	機能訓練指導、助言	1名以上
看護職員	健康管理業務	1名以上

## 8 提供するサービスの内容と料金及び負担金（利用料）について

### (1) 提供するサービスの内容について

利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排せつなどの必要な介助を行います。

サービスの種類	サービスの内容
入浴サービス	入浴の見守り 介助
給食サービス	施設内調理による食事の提供、見守り、介助等
生活指導（相談援助等）	介護等についての相談、助言等
機能訓練レクリエーション	看護・介護職員等によるレクリエーション等
健康チェック	看護職員による健康チェック等
送迎サービス	ご自宅等への送迎車等による送迎

### (2) 提供するサービスの料金とその負担金（利用料）について

サービスを利用した場合の利用料等は利用者の要支援度に応じたサービス料金の1割又は2割又は3割が負担金（利用料）となります。（負担金（利用料）については、毎年交付される「介護保険負担割合証」で確認させていただきます。

また、利用者負担の軽減などの措置を受ける場合は、その額によります。

#### ○ 第1号通所事業サービスの利用料金

支給区分 (利用回数)	サービス利用の内容	利用料金	利用者負担金 (1割)
事業対象者又は 要支援1 (週に1回程度利用)	1か月の利用回数が4回以内の場合	4,360円/回	436円/回
	1か月の利用回数が5回以上の場合	17,980円/月	1,798円/月
事業対象者又は 要支援2 (週に2回程度利用)	1か月の利用回数が8回以内の場合	4,470円/回	447円/回
	1か月の利用回数が9回以上の場合	36,210円/月	3,621円/月

#### ○ 加算料金

- サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

支給区分 (利用回数)	料 金	利用者負担金 (1割)
事業対象者又は 要支援1 (週に1回程度利用)	240円/月	24円/月
事業対象者又は 要支援2 (週に2回程度利用)	480円/月	48円/月

・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

1 か月あたりの総利用料金（食費は除く）に8%を乗じた額を加算いたします。

9 その他の費用について

- ① 食費及び雑費・・・給食サービスで提供される食費は1食につき600円を請求いたします。
- ② 交通費・・・・・・・・通常の実施区域を超えて行う地点から概ね片道10km以上の場合 → 10kmにつき300円
- ③ その他

前各号に掲げるもののほか、第1号通所事業の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用については、別途徴収するものとする。

10 負担金（利用料）、その他の費用の請求及び支払方法について

- ① サービスを利用した場合、翌月15日までに前月分の負担金（利用料）の請求をいたします（「請求書」をお渡しします）。
- ② 請求書には明細が付いていますので、必ず内容をご確認ください。
- ③ 口座自動引き落としの場合
  - 引き落とし日は、翌月の25日です。（土日祝日の場合は直後の平日）
  - 事業者指定の口座に振り込む場合  
伊予銀行 伊方支店  
普通預金 口座番号 1097636  
口座名義 社会福祉法人 伊方町社会福祉協議会 会長 松田 光一

**※毎月25日（土日祝日の場合は直後の平日）までに上記口座にお振込ください。**

- 現金払いの場合は、翌月の25日までに事業所にお支払いください。
- ④ お支払いいただきましたら、領収書を発行しますので大切に保管してください。

11 サービス提供記録について

- ① 提供したサービスについては、その都度「通所介護実行表」に記録し、その控えを利用者もしくはその代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付します。  
ただし、複写物を必要とする場合は実費をいただきます。（1枚につき10円）
- ② また、この記録は5年間保存することとします。

1.2 秘密保持と個人情報の保護について

- ① 当事業所は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその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。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
- ② 利用者及び家族の個人情報をサービス担当者会議などに利用するため、別に作成する同意書（個人情報の使用に係る同意書）に記名していただくことになります。

1.3 緊急時、事故発生時の対応について

サービス提供中にご利用者に病状の急変など緊急の事態や事故が発生した場合、速やかにご利用者の家族・市町村・主治医等にご連絡するとともに、あらかじめ指定する連絡先にも連絡し、救急治療あるいは救急入院などの必要な措置を講じます。

また、当事業所が利用者に対して行った第1号通所事業の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

主治医	ご利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	
ご家族等	緊急連絡先ご家族等	
	住所	
	電話番号	

1.4 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
-------	--

1.5 サービス提供等に関する相談や苦情について

- 当事業所の相談・苦情窓口

伊方町社会福祉協議会 (瀬戸ケアサービスセンター)	連絡先 (0894) 57-2180 FAX (0894) 57-2181 担当者：山中美也 受付時間(平日) 午前8時30分～午後5時15分
------------------------------	--

○ 介護保険サービスの相談や苦情について

<p>伊方町役場 (長寿介護課 地域包括支援センター)</p>	<p>連絡先 (0894) 38-2652 FAX (0894) 38-0372 受付時間 (平日) 午前8時30分～午後5時15分</p>
<p>愛媛県国民健康保険 団体連合会 (業務管理課)</p>	<p>連絡先 (089) 968-8700 FAX (089) 968-8717 受付時間 (平日) 午前9時～午後5時</p>

1.6 相談・苦情解決の体制及び手順

相談又は苦情があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

上記内容について、「伊方町指定介護予防支援等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成27年3月20日条例第18号）」第6条の規定に基づき、利用者には説明を行いました。

(説明年月日) 令和 年 月 日

(説明者氏名)

---

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、第1号通所事業の提供開始に同意しました。

(同意年月日) 令和 年 月 日

利用者(または代理人)

---

署名代筆者(家族等)

---