

通所介護重要事項説明書（一般型）

令和7年4月1日現在

当事業所が提供するサービスについての相談窓口	
電話	0263-51-1128
担当	滝沢彩 坂田広美

1 デイサービスセンター（一般型）こまくさ野村の概要

（1）事業所の名称，所在地等

事業所名	デイサービスセンターこまくさ野村
所在地	長野県塩尻市広丘野村2146
介護保険事業所番号	2071500512
通常の実施地域	塩尻市全域（北小野勝弦、宗賀日出塩、宗賀本山、檜川各地区を除く） 松本市芳川，寿，中山，今井，笹賀，内田

（2）同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	看護師	1		総括	1
生活相談員	社会福祉主事	2		通所介護計画作成	2
	介護福祉士	2		生活相談	2
機能訓練指導員		1	1	日常生活訓練指導	2
事務職員			1	事務	1
介護・看護職員	看護師	1	1		2
	介護福祉士	2	2		4
	1～2級終了者	1	3		4
	その他				

（3）同事業所の設備の概要

定員	20名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室 58.9 m2	相談室	1室
浴室	一般浴槽，特殊浴槽	送迎車	4台

（4）営業日，営業時間

営業日	月曜～土曜日 原則日曜休業	年末年始 12/30～1/3 休業
		盆 8/13～15 休業
営業時間	午前9時00分～午後5時00分	

2 サービス内容

① 送迎 ②食事 ③入浴 ④機能訓練 ⑤生活相談等

3 利用料金

令和6年4月1日現在

時間	区分	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
3時間以上 4時間未満	要介護度1	3,700円	370円
	要介護度2	4,230円	423円
	要介護度3	4,790円	479円
	要介護度4	5,330円	533円
	要介護度5	5,880円	588円
4時間以上 5時間未満	要介護度1	3,880円	388円
	要介護度2	4,440円	444円
	要介護度3	5,020円	502円
	要介護度4	5,600円	560円
	要介護度5	6,170円	617円
5時間以上 6時間未満	要介護度1	5,700円	570円
	要介護度2	6,730円	673円
	要介護度3	7,770円	777円
	要介護度4	8,800円	880円
	要介護度5	9,840円	984円
6時間以上 7時間未満	要介護度1	5,840円	584円
	要介護度2	6,890円	689円
	要介護度3	7,960円	796円
	要介護度4	9,010円	901円
	要介護度5	10,080円	1,008円
7時間以上 8時間未満	要介護度1	6,580円	658円
	要介護度2	7,770円	777円
	要介護度3	9,000円	900円
	要介護度4	10,230円	1,023円
	要介護度5	11,480円	1,148円
8時間以上 9時間未満	要介護度1	6,690円	669円
	要介護度2	7,910円	791円
	要介護度3	9,150円	915円
	要介護度4	10,410円	1,041円
	要介護度5	11,680円	1,168円

《その他加算》

- ・ 入浴介助加算Ⅰ 1回あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です
- ・ 入浴介助加算Ⅱ 1回あたり 550円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は55円です
- ・ 個別機能訓練加算Ⅰイ 1日あたり 560円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は56円です
- ・ サービス提供体制強化加算Ⅰ 1回あたり 220円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は22円です
- ・ 中重度者ケア体制加算 1日あたり 450円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は45円です
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 毎月算定単位数の9.2%
ただし、介護保険適用時の自己負担額は毎月算定単位数の9.2%の1割分となります
- ・ 栄養改善加算 1回あたり 2000円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は200円です
月2回まで。原則3ヶ月とする。
- ・ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 1回あたり 1600円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は160円です
月2回まで。原則3ヶ月とする。
- ・ ADL維持等加算Ⅰ 1月あたり 300円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は30円です
- ・ ADL維持等加算Ⅱ 1月あたり 600円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は60円です
- ・ 科学的介護推進体制加算 1月あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です

塩尻市が地域区分7級地に指定されたため1単位10.17円となります

上記の総額 × 1.017 (円) が自己負担額となります

※2割負担の場合は上記の自己負担額が2倍、3割負担の場合は上記の自己負担額が3倍になります

《保険外》

- ・ 教養娯楽費 1日70円 食費830円 その他おむつ代にかかる費用などは自己負担となります。
- ・ 通常の実施地域以外に居住する方の利用料は1回あたり所定単位数の5%をした額となります。
- ・ 洗濯費1回210円

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡がなかった場合	通所介護利用料の10%

(3) 営業時間外の時間延長利用料

営業時間以外で午前8時30分から午後5時30分まで時間延長の利用ができます。利用料は8時間以上9時間未満の場合50円加算、9時間以上100円を加算した額となります。

(4) 支払方法

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。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、口座引き落とし、銀行振り込み、現金払いの3通りの中からご契約の際に選ぶことができます。

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、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15日頃郵送する請求書が届きましたら、請求書に記載の事業者が指定する口座にお振込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、現金でお支払いください。

4 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営方針

利用者の意思及び人格を尊重する。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
時間延長の可否	有	
従業員の研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	
男性介護職員の有無	有	
第三者評価実施の有無	無	

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ① 持ち物・衣類・履物には必ず記名して下さい。
- ② 送迎中又は、センター内で体調が悪くなった場合には、連絡又は家族に来ていただくか早めに送って行く事もあります。
- ③ 帰宅後は、持ち物を確認してください。
- ④ 必要のない物は、持参しないで下さい。
- ⑤ 利用者に変動が生じた場合（入院・転居・死亡・家族状況等）はすぐセンターまでご連絡ください。

5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに応急的な対応は事業所専属医が行うか又は必要に応じて速やかにかかりつけ医師や歯科医師に連絡をとる等の措置を講じます。緊急性の高い場合は救急車を呼ぶ等必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご家族	氏 名	
	連 絡 先	

6 非常災害対策

- (1) 災害時の対応 災害時は人命の安全確保並びに被害の軽減を図るため、総括・通報連絡担当・非難誘導担当・消火担当・救護担当の各分担の責任者を決め必要な業務を行う。
- (2) 防災設備 消火器・自動火災報知設備・誘導灯
- (3) 防災訓練 消火訓練、避難訓練（年2回）・通報訓練（年1回）
- (4) 防火管理者 (担当 伊藤 大介)

7 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する通所介護の提供により事故が発生した場合は市町村、利用者の家族、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- (2) 利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

8 サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

電話 0263-51-1128

(受付時間：月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時00分)

担当 原田 恵智子

- ② 当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

塩尻市役所 健康福祉部介護保険課 介護相談係

電話 0263-52-0285 (直通)

0263-52-0280 (代表) 内線 2117～2120

松本市役所 高齢福祉課

電話 0263-34-3213 (直通)

0263-34-3000 (代表)

長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話 026-238-1550

026-238-1555

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者：小嶋 秀裕

- (2) 従業者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。

- (3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知します。

- (4) 虐待の防止のための指針を整備しています。

- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

10 身体的拘束について

事業者は原則として利用者に対して身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して同意を得た上で次に掲げることにより必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体的拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。また事業者として、身体的拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性…直ちに身体的拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

- (2) 非代替性…身体的拘束以外に、利用者または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

- (3) 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1.1 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人恵和会 在宅複合施設 こまくさ野村
代表者役職・氏名	理事長 原田恵智子
所在地・電話番号	長野県塩尻市広丘野村 2146 0263-51-1128
定款の目的に定めた事業	1 老人デイサービス（一般，認知） 2 老人短期入所生活介護 3 認知症対応型共同生活介護 4 老人訪問介護 5 塩尻市北部地域包括支援センター（市委託） 6 老人居宅介護支援事業 7 診療所 8 地域密着型特別養護老人ホーム
施設・拠点等	老人デイサービス （一般 1 ヲ所，認知 1 ヲ所） 老人短期入所生活介護 1 ヲ所 認知対応型共同生活介護 3 ヲ所 老人訪問介護 1 ヲ所 塩尻市北部地域包括支援センター（市委託） 1 ヲ所 居宅介護支援 1 ヲ所 診療所 1 ヲ所 地域密着型特別養護老人ホーム 1 ヲ所

通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基好づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

デイサービスセンター こまくさ野村

説明者 : 職名 生活相談員

氏名 滝沢 彩 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供に同意いたしました。

利用者 : 住所

氏名

上記代理人 : 住所
利用者との関係
() 氏名

認知症対応型通所介護重要事項説明書

令和7年4月1日現在

当事業所が提供するサービスについての相談窓口	
電話	0263-51-1128
担当	滝澤彩

1 デイサービスセンター（認知型）こまくさ野村の概要

(1) 事業所の名称, 所在地等

事業所名	デイサービスセンターこまくさ野村
所在地	長野県塩尻市広丘野村2146
介護保険事業所番号	2071500512
通常の実施地域	塩尻市全域（北小野勝弦、宗賀日出塩、宗賀本山、檜川各地区を除く） 松本市芳川、寿、中山、今井、笹賀、内田

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	看護師	1		総括	1
生活相談員	社会福祉主事 介護福祉士	2		通所介護計画作成 生活相談	2
機能訓練指導員				日常生活訓練指導	
事務職員			1	事務	1
介護・看護職員	看護師				
	介護福祉士	2			2
	1～2級終了者		3		3
	その他				

(3) 同事業所の設備の概要

定員	10名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室 64.2 m2	相談室	1室
浴室	一般浴槽, 特殊浴槽	送迎車	4台

(4) 営業日, 営業時間

営業日	月曜～土曜日 原則日曜, 年末年始 12/30～1/3 休業 盆 8/13～15 休業
営業時間	午前9時00分～午後5時00分

2 サービス内容

①送迎 ②食事 ③入浴 ④機能訓練 ⑤生活相談等

3 料金

(1) デイサービス利用料

(令和6年6月1日現在)

時間	区分	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
3時間以上4 時間未満	要介護度1	4,910円	491円
	要介護度2	5,410円	541円
	要介護度3	5,890円	589円
	要介護度4	6,390円	639円
	要介護度5	6,880円	688円
4時間以上5 時間未満	要介護度1	5,150円	515円
	要介護度2	5,660円	566円
	要介護度3	6,180円	618円
	要介護度4	6,690円	669円
	要介護度5	7,200円	720円
5時間以上6 時間未満	要介護度1	7,710円	771円
	要介護度2	8,540円	854円
	要介護度3	9,360円	936円
	要介護度4	10,160円	1,016円
	要介護度5	10,990円	1,099円
6時間以上7 時間未満	要介護度1	7,900円	790円
	要介護度2	8,760円	876円
	要介護度3	9,600円	960円
	要介護度4	10,420円	1,042円
	要介護度5	11,270円	1,127円
7時間以上8 時間未満	要介護度1	8,940円	894円
	要介護度2	9,890円	989円
	要介護度3	10,860円	1,086円
	要介護度4	11,830円	1,183円
	要介護度5	12,780円	1,278円
8時間以上9 時間未満	要介護度1	9,220円	922円
	要介護度2	10,200円	1,020円
	要介護度3	11,200円	1,120円
	要介護度4	12,210円	1,221円
	要介護度5	13,210円	1,321円

＊その他の加算＊

- ・ 入浴介助加算Ⅰ 1回あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です
- ・ 入浴介助加算Ⅱ 1回あたり 550円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は55円です
- ・ 個別機能訓練加算Ⅰ 1日あたり 270円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は27円です
- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 1回あたり 220円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は22円です
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 毎月算定単位数の18.1%
ただし、介護保険適用時の自己負担額は毎月算定単位数の18.1%の一分となります。
- ・ 栄養改善加算 1回あたり 2,000円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は200円です
月2回まで。原則3ヶ月とする。
- ・ 口腔機能向上加算（Ⅱ） 1回あたり 1,600円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は160円です
月2回まで。原則3ヶ月とする。
- ・ ADL等維持加算Ⅰ 1月あたり 300円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は30円です
- ・ ADL等維持加算Ⅱ 1月あたり 600円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は60円です
- ・ 科学的介護推進体制加算 1月あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です

塩尻市が地域区分7級地に指定されたため1単位10.17円となります

上記の総額 × 1.017（円）が自己負担額となります

※2割負担の場合は上記自己負担額の2倍になります

※3割負担の場合は上記自己負担額の3倍になります

＊保険外費用＊

- ・ 教養娯楽費 1日70円 食費 830円（食材費・調理コスト費含む）
その他、おむつ代にかかる費用などは自己負担となります。
- ・ 洗濯費 1回210円

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡がなかった場合	通所介護利用料の10%

(3) 営業時間外の時間延長利用料

営業時間以外で午前8時30分から午後5時30分まで時間延長の利用ができます。利用料は8時間以上9時間未満の場合50円加算、9時間以上100円を加算した額となります。

(4) 支払方法

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。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、口座引き落とし、銀行振り込み、現金払いの3通りの中からご契約の際に選ぶことができます。

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、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15日頃郵送する請求書が届きましたら、請求書に記載の事業者が指定する口座にお振込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、現金でお支払いください。

4 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営方針

利用者の意思及び人格を尊重する。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
時間延長の可否	有	
従業員の研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	

男性介護職員の有無	有	
第三者評価実施の有無	無	

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ① 持ち物・衣類・履物には必ず記名して下さい。
- ② 送迎中又は、デイサービス内で体調が悪くなった場合には、連絡又は家族に来ていただくか早めに送って行く事もあります。
- ③ 帰宅後は、持ち物を確認してください。
- ④ 必要のない物は、持参しないで下さい。
- ⑤ 利用者に変動が生じた場合（入院・転居・死亡・家族状況等）はすぐデイサービスまでご連絡ください。

5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに応急的な対応は事業所専属医が行うか又は必要に応じて速やかにかかりつけ医師や歯科医師に連絡をとる等の措置を講じます。緊急性の高い場合は救急車を呼ぶ等必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

6 非常災害対策

- (1) 災害時の対応 災害時は人命の安全確保並びに被害の軽減を図るため、総括・通報連絡担当・非難誘導担当・消火担当・救護担当の各分担の責任者を決め必要な業務を行う。
- (2) 防災設備 消火器・自動火災報知設備・誘導灯
- (3) 防災訓練 消火訓練、避難訓練（年2回）・通報訓練（年1回）
- (4) 防火管理者 (担当 伊藤大介)

7 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する通所介護の提供により事故が発生した場合は市町村、利用者の家族、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- (2) 利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

8 サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

電話 0263-51-1128

(受付時間：月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時00分)

担当 原田 恵智子

② 当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

塩尻市役所 健康福祉部介護保険課 介護相談係

電話 0263-52-0285 (直通)

0263-52-0280 (代表) 内線 2117～2120

松本市役所 高齢福祉課

電話 0263-34-3213 (直通)

0263-34-3000 (代表)

長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話 026-238-1550

026-238-1555

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者：小嶋 秀裕

(2) 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。

(3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知します。

(4) 虐待の防止のための指針を整備しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

10 身体的拘束について

事業者は原則として利用者に対して身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して同意を得た上で次に掲げること留意して必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体的拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。また事業者として、身体的拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性…直ちに身体的拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性…身体的拘束以外に、利用者または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 1 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人恵和会 在宅複合施設 こまくさ野村		
代表者役職・氏名	理事長 原田恵智子		
所在地・電話番号	長野県塩尻市広丘野村 2 1 4 6 0263-51-1128		
定款の目的に定めた事業	1 老人デイサービス（一般，認知）		
	2 老人短期入所生活介護		
	3 認知症対応型共同生活介護		
	4 老人訪問介護		
	5 塩尻市北部地域包括支援センター（市委託）		
	6 老人居宅介護支援事業		
	7 診療所		
	8 地域密着型特別養護老人ホーム		
	老人デイサービス （一般 1 ヲ所，認知 1 ヲ所）		
	老人短期入所生活介護		1 ヲ所
施設・拠点等	認知対応型共同生活介護		3 ヲ所
	老人訪問介護		1 ヲ所
	塩尻市北部地域包括支援センター（市委託）	1 ヲ所	
	居宅介護支援事業所		1 ヲ所
	診療所		1 ヲ所
	地域密着型特別養護老人ホーム		1 ヲ所

認知症対応型通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

デイサービスセンター こまくさ野村

説明者 ： 職名 生活相談員

氏名 滝沢 彩 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、認知症対応型通所介護サービスの提供に同意いたしました。

利用者 ： 住所

氏名 印

上記代理人 ： 住所
利用者との関係

() 氏名 印

**通所型サービス
介護予防総合支援事業契約書別紙（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	社会福祉法人恵和会
主たる事務所の所在地	〒399-0021 松本市寿豊丘7 4 9-3
代表者（職名・氏名）	理事長 原田 恵智子
設 立 年 月 日	平成15年8月6日
電 話 番 号	0263-51-1128

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターこまくさ野村	
サービスの種類	通所型独自サービス	
事業所の所在地	〒399-0702 塩尻市広丘野村2 1 4 6	
電 話 番 号	0263-51-1128	
指定年月日・事業所番号	平成16年7月1日指定	2071500512
管 理 者 の 氏 名	原田 恵智子	
通常の事業の実施地域	塩尻市	

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

通所型サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減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 ただし、年末年始（12月30日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後5時まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、相談の上、対応可能な体制を整えるものとします。

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人以上
看護職員	非常勤 1人以上
介護職員	常勤 1人以上、非常勤 1人以上
機能訓練指導員	非常勤 1人以上

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任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。

サービス提供責任者の氏名	滝沢彩
--------------	-----

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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）の額です。ただし、介護保険給付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）通所型独自サービス（現行のサービス）

令和6年6月1日現在

区分	1月あたりの利用料金	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額
要支援1	17,980円	1,798円
要支援2	36,210円	3,621円

- ・介護職員等処遇改善加算Ⅰ 毎月算定単位数の9.2%
ただし、介護保険適用時の自己負担額は毎月算定単位数の9.2%の1割分となります。
- ・科学的介護推進体制加算 1月につき 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です

・サービス提供体制強化加算 I

区分	1月あたりの利用料金	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額
要支援 1	880円	88円
要支援 2	1,760円	176円

※2割負担の場合は上記金額の2倍となります

※3割負担の場合は上記金額の3倍となります

※塩尻市が地域区分7級地に指定されたため1単位10,17円となります

上記の総額 × 1.017 (円) が自己負担額となります

《保険外》

- ・教養娯楽費 1日70円 食費1日830円（食材料費・調理コスト費を含む）
おむつ代にかかる費用などは自己負担となります。
- ・通常の実施地域以外に居住する方の利用料は所定単位数の5%を加算した額となります。

(2) 支払い方法

上記(1)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。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払方法は、口座引き落とし、銀行振り込み、現金払い、3通りの中からご契約の際に選ぶことができます。

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、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15日頃郵送する請求書が届きましたら、請求書に記載の事業者が指定する口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、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塩尻市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 0263-51-1128
	面接場所 当事業所の相談室

(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	塩尻市役所 健康福祉部 介護 保険課 介護相談係	電話番号 0263-52-0285
	長野県国民健康保険団体連 合会 介護保険課	電話番号 026-238-1580

12. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者：小嶋 秀裕
- (2) 従業者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。
- (3) 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し、その結果について従業者に周知します。
- (4) 虐待の防止のための指針を整備しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

1 3. 身体的拘束について

事業者は原則として利用者に対して身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して同意を得た上で次に掲げることに留意して必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体的拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。また事業者として、身体的拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性…直ちに身体的拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性…身体的拘束以外に、利用者または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 4. 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 持ち物・衣類・履物には必ず記名して下さい。
- ② 送迎中又は、デイサービス内で体調が悪くなった場合には、連絡又は家族に来ていただくか早めに送って行く事もあります。
- ③ 帰宅後は、持ち物を確認してください。
- ④ 必要のない物は、持参しないで下さい。
- ⑤ 体調や容体の急変などにより利用者に変動が生じた場合（入院・転居・死亡・家族状況等）はすぐデイサービスまでご連絡ください。

1 5. 非常災害サービス

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。

介護予防総合支援事業通所型サービスの提供開始に際し、本書面に基好づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

事業者	所在地	塩尻市広丘野村2146		
	事業者（法人）名	社会福祉法人恵和会		
	代表者職・氏名	理事長	原田恵智子	印
	説明者職・氏名	生活相談員		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

署名代行者（又は法定代理人）
住所
本人との続柄
氏名

立会人 住所
氏名