

**介護予防・日常生活支援総合事業
第一号通所事業契約書別紙（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 尾瀬長寿会
主たる事務所の所在地	〒378-0406 利根郡片品村摺淵340番地
代表者（職名・氏名）	理事長 星野 恵美子
設 立 年 月 日	平成8年8月5日
電 話 番 号	0 2 7 8 - 5 8 - 4 0 1 0

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	桜花苑デイサービスセンター	
サービスの種類	第一号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒378-0406 利根郡片品村摺淵340番地	
電 話 番 号	0 2 7 8 - 5 8 - 4 0 1 0	
指定年月日・事業所番号	平成12年3月1日指定	1 0 7 2 7 0 0 2 5 3
実施単位・利用定員	1日単位	定員32人
通常の事業の実施地域	片品村・沼田市（一部地域）	

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、第一号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）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

第一号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）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 ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
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15分から午後4時30分まで（夏期） 午前9時30分から午後4時まで（冬期） ----- 延長時間は、午前8時30分から開始時間まで 及び 終了時間から午後5時30分までとします。

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	1名以上
看護職員	1名以上
介護職員	2名以上
機能訓練指導員	1名以上

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 金子 恵
管理責任者の氏名	管理者 星野 恵美子

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) 第一号通所事業（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	16,720円（1月につき）	1,672円	3,344円
事業対象者 要支援2	34,280円（1月につき）	3,428円	6,856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】

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)	
口腔・栄養スクリーニング加算	利用者の口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを行った場合（6か月に1回）	50円	5円	10円	
栄養アセスメント加算	利用者ごとに管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に対して説明し、その情報を厚生労働省に提出した場合	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	
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、より良いサービスを提供するために情報を活用している場合	400円	40円	80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	事業対象者 要支援1	880円	88円	176円
		要支援2	1,760円	176円	352円
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	事業対象者 要支援1	720円	72円	144円
		要支援2	1,440円	144円	288円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	事業対象者 要支援1	240円	24円	48円
		要支援2	480円	48円	96円
介護職員等 処遇改善加算	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	9.2%			

(注2) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(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、1時間につき1000円の延長料金をいただきます。
給付対象外	法令に基づく利用規定以外に利用した場合には、4,180円の実費をいただきます（事業所が定める利用許可外の追加利用）。
食費	食事の提供を受けた場合、1回につき600円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1枚につき100円の実費をいただきます。
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、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活に必要な身の回り品や行事に用いられる代金など）について、費用の実費をいただきます。

(3) 支払い方法

上記(1)、(2)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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、10日以内に差上げます。

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20日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 指定金融機関（群馬銀行・ゆうちょ銀行・利根郡信用金庫・JAバンク）
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。 群馬銀行 尾瀬支店 普通口座 0197835
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20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	御家族様が指定をされた医療機関へ速やかにご連絡致します。
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	御相談の御家族様へご連絡差上げます。

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及び片品村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 0278-58-4010
	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。

	片品村役場 保健福祉課	電話番号 0278-58-2115
苦情受付機関	沼田市役所 高齢福祉課	電話番号 0278-23-2111
	群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号 027-290-1323

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いたします。
- (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。

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 利根郡片品村大字摺淵340番地
事業者(法人)名 桜花苑デイサービス(社会福祉法人 尾瀬長寿会)
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、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