介護予防・日常生活支援総合事業
第１号通所事業（通所介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）③

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	社会福祉法人ジェイエー長野会
主たる事務所の所在地	〒380-0826　長野県長野市大字南長野北石堂町1177-3
代表者（職名・氏名）	理事長　　上原　孝義
設　立　年　月　日	平成　６年　４月２７日
電　　話　　番　　号	026-223-0533

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あさま	
サ ー ビ ス の 種 類	第１号通所事業（通所介護相当サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒384-0084　小諸市耳取948番地1	
電　　話　　番　　号	0267-26-2288	
サテライト事業所の名称	デイサービスセンターしらかば	
サテライト事業所の所在地	〒384-2204　佐久市協和2404番地1	
サ テ ラ イ ト 電 話 番 号	0267-53-8812	
指定年月日・事業所番号	令和　3年11月　1日指定	2070800764
実施単位・利用定員	１単位	定員３０人
通常の事業の実施地域	佐久市、小諸市、立科町	

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、関係する佐久市や事業者、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（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	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月16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１０時００分から午後３時００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
管理者	常勤　1人、　　非常勤　0人
生活相談員	常勤　3人、　　非常勤　0人
看護職員	常勤　1人、　　非常勤　2人
介護職員	常勤　4人、　　非常勤　0人
機能訓練指導員	常勤　1人、　　非常勤　3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）	依田啓伸、依田富美子
管理者の氏名	松原　毅

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割又は３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号通所事業・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：通所介護相当サービス】

利用者の要介護度	回数	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	週１回程度 (1月の中で4回までの利用)	4,360円 (1回ごとにつき)	436円	872円	1,308円
事業対象者 要支援１	月５回以上	17,980円 (１か月につき)	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援２	週２回程度 (1月の中で8回までの利用)	4,470円 (1回ごとにつき)	447円	894円	1,341円
事業対象者 要支援２	月９回以上	36,210円 (１か月につき)	3,621円	7,242円	10,863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：通所介護相当サービス】

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)	利用者負担(3割)
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	150円	300円	450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	要支援１	720円	72円	144円	216円
		要支援２	1,440円	144円	288円	432円
科学的介護推進体制加算	科学的介護情報システムにてデータを集め分析し、集積されたデータから計画の見直し等に役立つフィードバックを基に必要に応じ見直しを行う		400 円	40 円	80 円	120 円

生活機能向上連携加算（Ⅱ）	通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成し、リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を３月ごとに１回以上評価し、必要に 応じて計画・訓練内容等の見直しを行っている場合に加算されます。	200 円	**20 円**	**40 円**	**60 円**
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）※	事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合する介護職員のキャリアアップ要件、月額賃金改善、職場環境等を実施している場合に加算されます。	一月の総利用単位数の 9.2％			

（注）※印の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

食　　費	食事の提供を受けた場合、１回につき７００円（税込み）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、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）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	利用者負担金　１，２００円

（注）利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（４）支払い方法

月末に締切り、翌月10日以降に請求書を送付します。原則として、利用者又は利用者代理人の指定したＪＡ貯金口座又は三菱UFJニコス口座振替決済代行可能の金融機関口座からの振替（口座振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。やむをえず認定前にサービスを受けた場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の全額を事業者に支払い、利用者はその後市町村から保険給付分を受けとることになります。

・口座振替日

JA貯金口座

利用月の翌月21日（ただし、21日が金融休業の場合は翌営業日となります。）

JA以外の金融機関口座
　　利用月の翌々月12日（ただし、12日が金融休業の場合は翌営業日となります。）
・三菱UFJニコス口座振替決済代行可能の金融機関
郵便局、都市銀行の全行、地方銀行の全行、信用金庫、労働金庫、信用組合（一部取扱不可）、信託銀行（一部取扱不可）

９．緊急時における対応方法

・緊急時対応方針
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、速やかに救急、主治医、地域包括支援センター（介護支援専門員）、家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じるとともに、管理者に報告します。
・緊急時の対応時間・連絡先

受付時間（月～金）	午前８時３０分～午後４時３０分	
連絡先	電話	0267-26-2288

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（介護支援専門員）及び小諸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対応いたします。

相談窓口	電話・ＦＡＸ	対応者
デイサービスセンターあさま	TEL　0267-26-2288 FAX　0267-26-2800	松原　毅
デイサービスセンターしらかば	TEL　0267-53-8812 FAX　0267-53-1007	
さく地域事業本部	TEL　0267-82-1122	
小諸市　高齢福祉課	TEL　0267-22-1700	
小諸市地域包括支援センター	TEL　0267-26-2250	
立科町役場　高齢者支援係	TEL　0267-56-2311	
立科町地域包括支援センター	TEL　0267-88-8418	
佐久市役所　高齢者福祉課	TEL　0267-62-3157	
佐久平・浅間地域包括支援センター	TEL　0267-88-6281	
岩村田・東地域包括支援センター	TEL　0267-67-6910	
野沢地域包括支援センター	TEL　0267-63-8430	
中込地域包括支援センター	TEL　0267-64-1751	
臼田支所　高齢者児童福祉係	TEL　0267-82-3124	
臼田地域包括支援センター	TEL　0267-81-5100	
望月支所　高齢者児童福祉係	TEL　0267-53-3111	
浅科支所　高齢者児童福祉係	TEL　0267-58-2078	
浅科・望月地域包括支援センター	TEL　0267-53-8801	
国民健康保険団体連合会	TEL　026-238-1580	

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（介護支援専門員）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　　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　所　　所在地　　小諸市耳取 948 番地 1

名　称　　デイサービスセンターあさま

サテライト事業所所在地　　佐久市協和 2404 番地 1

サテライト事業所名　称　　デイサービスセンターしらかば

管理者職・氏名　　管理者　　松原　毅　　印

説明者・氏名

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

利用者代理人　住　所

本人との続柄

氏　名　　印