

地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス

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、新潟県条例の規定に基づき、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	株式会社 さくら介護サービス
主たる事務所の所在地	〒945-0054 柏崎市日石町1番12号
代表者（職名・氏名）	代表取締役社長 水島 和憲
設立年月日	平成15年9月18日
電話番号	0257-23-0170

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駅前桜寿	
サービスの種類	地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒945-0054 柏崎市日石町1番12号	
電話番号	0257-35-5013	
指定年月日・事業所番号	地域密着型通所介護 平成21年1月1日指定	1570500833
	介護予防通所介護相当サービス 平成29年4月1日指定	
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の事業の実施地域	柏崎市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は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、居宅サービス又は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、利用者の要介護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

地域密着型通所介護（又は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31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00分から午後4時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時00分まで 利用者及び家族に特別の要望がある場合は調整のうえ時間延長の対応をします。

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人以上
看護職員	1人以上
介護職員	2人以上
機能訓練指導員	1人以上

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 関 里美
管理責任者の氏名	管 理 者 関 里美

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（平成27年8月から）または3割（平成30年8月から））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）地域密着型通所介護の利用料

【基本部分：地域密着型通所介護費】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費	
		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) ※(注2)参照
2時間以上 3時間未満	要介護1	3,050円	305円
	要介護2	3,510円	351円

	要介護3	3,960円	396円
	要介護4	4,400円	440円
	要介護5	4,870円	487円
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,160円	416円
	要介護2	4,780円	478円
	要介護3	5,400円	540円
	要介護4	6,000円	600円
	要介護5	6,630円	663円
4時間以上 5時間未満	要介護1	4,360円	436円
	要介護2	5,010円	501円
	要介護3	5,660円	566円
	要介護4	6,290円	629円
	要介護5	6,950円	695円
5時間以上 6時間未満	要介護1	6,570円	657円
	要介護2	7,760円	776円
	要介護3	8,960円	896円
	要介護4	10,130円	1,013円
	要介護5	11,340円	1,134円
6時間以上 7時間未満	要介護1	6,780円	678円
	要介護2	8,010円	801円
	要介護3	9,250円	925円
	要介護4	10,490円	1,049円
	要介護5	11,720円	1,172円
7時間以上 8時間未満	要介護1	7,530円	753円
	要介護2	8,900円	890円
	要介護3	10,320円	1,032円
	要介護4	11,720円	1,172円
	要介護5	13,120円	1,312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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、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は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【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	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割 の場合)
入浴介助加算 I	利用者の入浴介助を行った等の場合 (1日につき)	400円	40円
サービス提供体制 強化加算 (I)	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 ※ (注3)	220円	22円
介護職員等 処遇改善加算 (I)	当該加算の算定要件を満たす場合※ (注3)	1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算) の9.2%	

(注3) 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。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割 の場合)
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合 (1日につき) ※ (注4)	940円	94円
送迎を行わない場合 の減算	利用者の居宅と事業所との間の送迎を行わない 場合 (片道につき)	470円	47円

(注4) 当該減算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) 介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分：介護予防通所介護費】



サービスの内容		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担 1割の場合)
通所型 サービス費 (1回数)	1月の中で全部で4回以下利用した場合 (1回につき) 【要支援1・事業対象者】	4,630円	436円
通所型 サービス費 (2回数)	1月の中で全部で8回以下利用した場合 (1回につき) 【要支援2】 1月の中で全部で5回以上8回以下利用した場合 (1回につき) 【事業対象者】	4,470円	447円
通所型 サービス費 (1)	1週間に1回程度の利用が、当該月の中で全部で 5回以上となった場合(1月につき) 【要支援1】	17,980円	1,798円
通所型 サービス費 (2)	1週間に2回程度の利用が、当該月の中で全部で 9回以上となった場合(1月につき) 【要支援2・事業対象者】	36,210円	3,621円

(注1) 上記の基本利用料は、市町村が要綱等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。

(注2) 前ページ本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

【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	利用者負担金 (自己負担1割 の場合)
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	当該加算の体制 ・人材要件を満 たす場合 (1月につき) ※(注3)	要支援1・事業対象者	880円	88円
		要支援2・事業対象者	1,760円	176円
介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)	当該加算の算定要件を満たす場合※(注3)		1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算) の9.2%	

(注3) 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。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件		減算額	
			基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
送迎を行わない場合の減算	利用者の居宅と事業所間の送迎を行わない場合（片道につき）		470円	47円
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	要支援1	1月で4回以下利用した場合（1回につき）※（注4）	940円	94円
		1月で5回以上利用した場合（1月につき）※（注4）	3,760円	376円
	要支援2	1月で8回以下利用した場合（1回につき）※（注4）	940円	94円
		1月で9回以上利用した場合（1月につき）※（注4）	7,520円	752円

（注4）当該減算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（3）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日あたり500円の延長料金をいただきます。
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。
おむつ代	おむつなどを使用したときの費用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。

（4）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、あなたの体調や容態の急変など、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
利用予定日の前日	利用者負担金の50%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（5）支払い方法

上記（1）から（4）までの利用者負担金については、サービスを利用した月ごとにまとめ、サービスを利用した翌月の20日（20日が休日の場合は翌営業日）に支払うものとし、原則として利用者の指定する金融機関の口座から引き落とします。

利用者負担金の納入に対する領収書等については、遅滞なく発行いたします。

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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町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	0257-35-5013
	面接場所	デイサービスセンター駅前桜寿 事務室

(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	柏崎市福祉保健部介護高齢課	電話番号 0257-23-5111
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

12. 虐待防止に関する事項

- (1) 虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じています。
- (2) サービス提供中に、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、速やかに市町村に通報します。

13. 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。また、職員の指示には必ず従ってください。
- (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介護支援専門員（又は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。

14. 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。

15. 第三者評価の実施状況



第三者による 評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

説明者は説明する際、それぞれの項目について説明が終了するたびに、□にレ印を入れること

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 新潟県柏崎市日石町1番12号
 事業者（法人）名 株式会社さくら介護サービス
 代表者職・氏名 代表取締役社長 水島 和憲 印
 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