

居宅介護支援・介護予防支援

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、重要事項について説明いたします。

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 山添 真二
設立年月日	平成15年 9月18日
電話番号	0257-23-0170

2. 事業所の概要

（1）名称及び所在地等

事業所の名称	さくら介護サービス桜寿	
事業所の所在地	〒945-0853 柏崎市番神一丁目2番6号	
電話番号	0257-23-0332	
サービスの種類	居宅介護支援	介護予防支援
指定年月日	平成17年 7月 1日	令和6年 4月 1日
事業所番号	1570500700	
通常の事業の実施地域	柏崎市	
営業日	月曜から金曜 但し、年末年始（12月31日～1月3日） お盆（8月13日～8月15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	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対して、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の選択に基づいた居宅（介護予防）サービス計画を策定し、介護保険法、健康保険法等の基本理念に基づき、利用者の心身の特性を踏まえ、生活の質の確保及び向上を重視し、健康管理、日常生活動作の維持・回復、日常生活の援助を図るとともに、在宅介護を推進し、快適な在宅介護が継続できる支援の提供を目的とします。
運営の方針	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行い、地域の保健・医療・福祉サービス事業者、各保険医療機関、関係市町村などと連携を図りながら総合的な支援の提供に努めます。

4. サービスの概要

（1）提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、居宅介護（介護予防）支援です。

居宅介護（介護予防）支援とは、介護保険法に定める介護サービスを提供するに先立って、あなたの心身の状況を把握し、その結果とあなたの希望に基づいて、あなたができるだけ自立した生活を送ることができるよう、介護（予防）サービスを提供するためのサービス計画を作成し、この計画に従って現実に適切且つ滞りなくサービスが提供できるよう、介護（予防）サービスを提供する事業者と連絡や調整を行うとともに、これらの経過を継続的に管理する業務を行います。

（2）業務の概要

- ① あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により調査します。
- ② ①で調査した結果と、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、あなたに介護サービスを適切に提供するためのサービス計画をお作りします。
- ③ 介護（予防）サービスの提供の状況やあなたの心身の状態やご家族の環境について、サービス計画作成後も、継続的に把握・管理します。
- ④ 私たちのみならず、介護（予防）サービスを提供する事業者についての相談・苦情の窓口となり、問題を解決します。
- ⑤ あなたの要介護認定の申請についてお手伝いします。
- ⑥ あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。

（3）業務の取り扱い方針

- ① あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、あなた自身の選択に基づいて、適切な介護（予防）サービスが、様々な事業者から総合的・効率的に提供されるように努力致します。また、医療との連携を密にすることを原則とします。
- ② 居宅介護（介護予防）支援の提供にあたっては、あなたの意思と人格を尊重することにより、常に利用者の立場に立つとともに、提供されるサービスが特定の事業者に偏ることなく、公正中立を原則といたします。

- ③ 居宅介護（介護予防）支援は、あなたの心身の状態がよりよくなるようにする（軽減の観点）、悪化しないようにする（悪化防止の観点）、そして要介護状態にならないようにする（予防の観点）ために提供いたします。
- ④ 私たちは、居宅介護（介護予防）支援があなたの生活の全体的な支援となるよう、サービス計画の作成後も、常にあなたやあなたの家族、サービスを提供する事業者と連絡を継続的に行い、サービス計画の実施状況を把握するとともに、あなたの心身の状態の変化に応じて臨機応変にサービス計画の見直しを行います。
- ⑤ あなたからサービス計画の実施状況、その他の説明を受けたいとの申し出があれば、サービス提供の記録や課題分析における目標の達成状況、今までにお支払いいただいた利用料金の内訳などについてご説明いたします。
- ⑥ 私たちは、居宅介護（介護予防）支援の提供に際しては常に真摯な態度で臨み、あなたからの相談や苦情について事業を実施するうえでの糧として真剣に受け止め、常に事業者として資質の向上に努めます。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	職務内容	勤務の形態・人数
管理者	業務の統括管理・苦情処理等を行います	介護支援専門員兼務 常勤 1名
介護支援専門員	居宅介護（介護予防）支援を行います	常勤 名 非常勤 名

6. 事業所の担当者

あなたへの担当者等は次のとおりです。

介護支援専門員	元井 幸湖	連絡先：0257-23-0332
管理責任者	元井 幸湖	連絡先：0257-23-0332

7. 利用料

当事業所が提供するサービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、あなたの利用料負担はありません。

（1）居宅介護支援の利用料

【基本部分】

要介護度	居宅介護支援費（Ⅱ）	
	基本利用料	利用者負担金
要介護1・2	10,860円／月	無 料
要介護3・4・5	14,110円／月	

【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	加算額	
	基本利用料	利用者負担金
初回加算	3,000円／月	無 料
特定事業所加算 (Ⅰ)	5,190円／月	
特定事業所加算 (Ⅱ)	4,210円／月	
特定事業所加算 (Ⅲ)	3,230円／月	
特定事業所加算 (A)	1,140円／月	
入院時情報連携加算 (Ⅰ)	2,500円／回	
入院時情報連携加算 (Ⅱ)	2,000円／回	
退院・退所加算 (Ⅰ) イ	4,500円／回	
退院・退所加算 (Ⅰ) ロ	6,000円／回	
退院・退所加算 (Ⅱ) イ	6,000円／回	
退院・退所加算 (Ⅱ) ロ	7,500円／回	
退院・退所加算 (Ⅲ)	9,000円／回	
通院時情報連携加算	500円／回	
ターミナルケアマネジメント加算	4,000円／月	
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000円／回	
中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の10%	
介護職員等処遇改善加算	所定単位数の2.1%	

【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	減算額	
	基本利用料	利用者負担金
運営基準減算	所定単位数の▲50%	無 料
特定事業所集中減算	▲2,000円／月	
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の▲1%	
業務継続計画未実施減算	所定単位数の▲1%	
同一建物居住者に対するサービス提供減算	所定単位数の▲5%	

(2) 介護予防支援の利用料

【基本部分】

要介護度	基本利用料	利用者負担金
要支援 1・2	4,720円/月	無 料

【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	加算額	
	基本利用料	利用者負担金
初回加算	3,000円/月	無 料
中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の10%	
介護職員等処遇改善加算	所定単位数の2.1%	

【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	加算額	
	基本利用料	利用者負担金
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の▲1%	無 料
業務継続計画未実施減算	所定単位数の▲1%	

8. キャンセル

あなたが、このサービスの利用をやめたい場合や、一時的に中断したい場合は、お手数ですが事前に担当者までご連絡ください。

あなたが、このサービスの利用をキャンセルしてもキャンセル料は頂きません。

ただし、他の居宅（介護予防）サービスをキャンセルしようとするときは別にキャンセル料を徴収される場合があります。詳しくは担当者にお尋ねください。

9. サービスを利用するにあたっての留意点

- (1) あなたの希望により、この契約を解約することはいつでもできますが、事業者の業務の関係から、できる限り早めにご連絡下さい。
- (2) 私たちの作成した計画にないサービスを利用する場合や私たちの作成した計画に盛り込んだサービスを利用しない場合は、あなたの負担が大きくなる場合がありますので、できる限り早めにご連絡ください。
- (3) 私たちの提供するサービスだけでなく、他のサービスについて苦情や相談があれば遠慮なくお話しください。
- (4) 作成した計画どおりにサービスが提供されるには、あなた自身のご協力が欠かせません。私たちや、他のサービス事業者からの説明や注意にはできる限り協力してください。

10. 秘密の保持

- (1) 介護支援専門員その他の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た秘密を決して漏洩しません。また、雇用関係が終了した場合においても、事業者の責任において、当該従業員の知り得た秘密の保持を行います。
- (2) 介護支援専門員その他の職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た秘密を漏らすことのないよう、常に指導を行います。
- (3) サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、また利用者の家族の情報を用いる場合は当該家族の同意を、文書で予め得て行います。

11. 事故発生時の対応

あなたに対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにあなたの家族および柏崎市に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 虐待防止について

- (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. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護（介護予防）支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画書に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 4. 公正中立の確保

前6か月間に作成したサービス計画における、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合及び同一事業者によって提供されたものの割合です。

令和7年9月～令和8年2月

サービス種類 (割合)	紹介上位事業者名 (割合)		
訪問介護 (35%)	訪問介護の桜寿 (35%)	ヘルパーステーション さわやか苑柏崎春日 (27%)	いそどり訪問介護 (18%)
通所介護 (38%)	デイサービスセンター さわやか苑柏崎春日 (42%)	(株)アルプスビジネス クリエーション (16%)	(株)ツクイ (12%)
地域密着型 通所介護 (25%)	リハプライド新潟柏崎 (38%)	デイサービスセンター 駅前桜寿 (36%)	アースサポート柏崎 (12%)
福祉用具 貸与 (62%)	(株)アルプスビジネス クリエーション柏崎店 (32%)	(株)ケンブリッジ (30%)	(株)イシザカ (21%)

1 5. 相談・苦情受付について

- (1) あなたが提供された居宅介護（介護予防）支援サービス等に関して苦情がある時は、次の苦情相談窓口にご連絡ください。

(苦情相談窓口)

事業所相談窓口	担当者：元井 幸湖（管理者） 電話番号：0257-23-0332 受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで （土曜・日曜・8月13日-15日・12月31日-1月3日を除く）
---------	--

(介護保険サービス等全般の苦情について)

柏崎市役所 福祉保健部 介護高齢課	電話番号：0257-23-5111（代表） 受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで （土曜・日曜・祝日・12月29日-1月3日を除く）
新潟県国民健康 保険団体連合会	電話番号：025-285-3022 受付時間：午前9時から午後5時まで （土曜・日曜・祝日を除く）

- (2) 提供した居宅介護（介護予防）支援サービス等についてあなたから苦情相談があった場合は、迅速かつ誠実に対応します。また、あなたが苦情を相談したことを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。
- (3) 苦情の相談があった場合は、次の手順によりその解決を図ります。
- ① あなたや従業者からの事情聴取等により、事実関係を把握します。
 - ② あなたに対し、調査結果や講じた措置の内容を、納得が得られるよう説明します。なお、必要に応じて概要を記した文書を添えることとします。

16. 第三者評価の実施について

直近での専門評価による第三者評価の実施はありません。

この契約を証するため、本書2通を作成し、ご利用者（代理人による契約締結の場合は代理人）及び事業者が署名押印のうえ、一通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者は、サービスの提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者

事業者名	株式会社さくら介護サービス	
事業者住所	新潟県柏崎市日石町1番12号	
代表者職・名	代表取締役社長 山添真二	印

説明者職・名	管理者 元井幸湖	印
--------	----------	---

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）になることについても同意します。

ご利用者

	〒	—
住 所	_____	
氏 名	_____	印

代理人又は立会人（選任した場合）

	〒	—
住 所	_____	
氏 名	_____	印
続 柄	_____	