

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 中 村 是 浩

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
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,090円	409円
	要介護2	4,690円	469円

	要介護3	5,300円	530円
	要介護4	5,890円	589円
	要介護5	6,510円	651円
4時間以上 5時間未満	要介護1	4,280円	428円
	要介護2	4,910円	491円
	要介護3	5,550円	555円
	要介護4	6,170円	617円
	要介護5	6,820円	682円
5時間以上 6時間未満	要介護1	6,450円	645円
	要介護2	7,610円	761円
	要介護3	8,790円	879円
	要介護4	9,950円	995円
	要介護5	11,130円	1,113円
6時間以上 7時間未満	要介護1	6,660円	666円
	要介護2	7,860円	786円
	要介護3	9,080円	908円
	要介護4	10,290円	1,029円
	要介護5	11,500円	1,150円
7時間以上 8時間未満	要介護1	7,390円	739円
	要介護2	8,730円	873円
	要介護3	10,120円	1,012円
	要介護4	11,500円	1,150円
	要介護5	12,880円	1,288円
8時間以上 9時間未満	要介護1	7,680円	768円
	要介護2	9,080円	908円
	要介護3	10,520円	1,052円
	要介護4	11,970円	1,197円
	要介護5	13,390円	1,339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)
延長加算	所要時間が9時間以上10時間未満の場合	500円	50円
入浴介助加算	利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	500円	50円
認知症加算	当該加算の体制・人材要件を満たし、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者に対して指定通所介護を行った場合 (1日につき)	600円	60円
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)イ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合	180円	18円
介護職員 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5.9%	
介護職員等特定処遇 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1.2%	

(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)	940円	94円
送迎を行わない場合 の減算	利用者に対して、その居宅と指定地域密着型通所介護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

(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) (=基本利用料の1割) ※(注1)参照
通所型サービス1 回数	通所型サービスを1週間に1回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で4回まで【要支援1・事業対象者】	3,800円	380円
通所型サービス2 回数	通所型サービスを1週間に2回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で5回から8回まで【要支援2・事業対象者】	3,910円	391円
通所型サービス1	通所型サービスを1週間に1回程度利用した場合、当該月の週数により1月の中で5回以上になった場合(1月につき)【要支援1】	16,550円	1,655円
通所型サービス2	通所型サービスを1週間に2回程度利用した場合、当該月の週数により1月の中で9回以上になった場合(1月につき) 【要支援2・事業対象者】	33,930円	3,393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(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イ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 ※(注) (1月につき)	要支援1・事業対象者	720円	72円
		要支援2・事業対象者	1,440円	144円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等(=新潟県の場合は全域)において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合 ※(注)		1月の利用料金(基本部分+延長加算)の5%	
介護職員処遇改善加算I	当該加算の算定要件を満たす場合※(注)		1月の利用料金(基本部分+各種加算減算)の5.9%	
介護職員等特定処遇改善加算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1.2%	

(注) 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月につき)	要支援1	3,760円	376円
		要支援2	7,520円	752円

(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650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たうえで、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. 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。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。

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。

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