

デイサービスセンター駅前桜寿
柏崎市通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）
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、市町村要綱等の規定に基づき、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	柏崎市通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	
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	平成29年4月1日指定	1570500833
実施単位・利用定員	1単位	定員8人
通常の実業の実施地域	柏崎市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、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、市町村の要綱等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等の軽減や悪化の防止、若しくは、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

通所型サービスAは、事業者が設置する事業所に通っていただき、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やレクリエーションの提供等を行うことにより、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	火曜日、水曜日 午後2時30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

従業員の職種	勤務の形態・人数
管理者	1人以上
従事者	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管理責任者（管理者）及び担当職員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。

管理責任者の氏名	管 理 者 中村 是浩
担当職員の氏名	従 事 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割または3割）の額です。ただし、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所型サービスAの利用料

【基本部分】

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
通所型独自サービス1回数	通所型サービスA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】	3,040円	304円
通所型独自サービス2回数	通所型サービスA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】	3,130円	313円
通所型独自サービス1	通所型サービスAで1週間に1回程度の利用が当該月の週数により1月の中で5回以上になった場合 【要支援1】	13,240円	1,324円
通所型独自サービス2	通所型サービスAで1週間に2回を超える程度の利用が当該月の週数により1月の中で9回以上となった場合 【要支援2・事業対象者】	27,140円	2,714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）
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Ⅱ	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1.0%	

（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

（2）その他の費用

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。なお、利用料が月単位の定額の場合は、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。

(4) 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、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次の方法によりお支払いください。

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(20日=地域ネット、27日=全国ネット、祝休日の場合は翌営業日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。毎月支払請求分を口座自動振替方式の方法でお支払いいただきます。

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、担当の地域包括支援センター(又は介護支援専門員)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 0257-21-2228
	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。



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 管理者 中村 是浩 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