

地域密着型通所介護サービス・村上市日常生活支援総合事業

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、「村上市の指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例」その他の関係法令等に基づき、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	ささえあいコミュニティ生活協同組合新潟
主たる事務所の所在地	〒950-0954 新潟市中央区美咲町1丁目8番15号ホポロ美咲町3F
代表者（職名・氏名）	代表理事 武田 貞彦
設 立 年 月 日	平成18年2月24日
電 話 番 号	025-378-6181

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	上海府デイサービスセンターゆきわり荘	
サービスの種類	地域密着型通所介護 村上市日常生活支援総合事業(元気応援通所サービス)	
事業所の所在地	〒958-0006 村上市野潟2662番地1	
電 話 番 号	0254-58-2210	
指定年月日・事業所番号	平成25年 4月 1日指定	1571201043
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の実業の実施地域	村上市	

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

通所介護（又は日常生活支援総合事業）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とし、元日(1/1)を除く
営業時間	午前8時30分から午後7時00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 延長時間は、午後7時00分までとします。 ※要介護の方を対象とします。

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	常勤 2人 非常勤 1名
看護職員	非常勤 2人
介護職員	常勤 4人 非常勤 3人
機能訓練指導員	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 西盛 亜紀
管理責任者の氏名	センター長 松田 恵

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、基本利用料の1割または2割または3割の額です。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) 通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費（地域密着型）】

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		
			基本利用料の1割 ※(注2)参照	基本利用料の2割 ※(注2)参照	基本利用料の3割 ※(注2)参照
5時間以上 6時間未満	要介護1	6,570円	657円	1,314円	1,971円
	要介護2	7,760円	776円	1,552円	2,328円
	要介護3	8,960円	896円	1,792円	2,688円
	要介護4	10,130円	1,013円	2,026円	3,039円
	要介護5	11,340円	1,134円	2,268円	3,402円
6時間以上 7時間未満	要介護1	6,780円	678円	1,356円	2,034円
	要介護2	8,010円	801円	1,602円	2,403円
	要介護3	9,250円	925円	1,850円	2,775円
	要介護4	10,490円	1,049円	2,098円	3,147円
	要介護5	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
7時間以上 8時間未満	要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
	要介護2	8,900円	890円	1,780円	2,670円
	要介護3	10,320円	1,032円	2,064円	3,096円
	要介護4	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
	要介護5	13,120円	1,312円	2,624円	3,936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		
			1割	2割	3割
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	100円	150円
	所要時間が10時間以上11時間未満の場合	1,000円	100円	200円	300円
入浴介助加算Ⅰ	利用者の入浴介助を行った場合 (1回につき)	400円	40円	80円	120円
個別機能訓練加算Ⅰイ	当該加算の体制・人材要件を満たし、 利用者へ機能訓練を行った場合 (1回につき)	560円	56円	112円	168円
個別機能訓練加算Ⅱ	加算Ⅰに加え、計画等の内容を厚生労働省に 提出し、フィードバックを受けていること (ひと月につき)	200円	20円	40円	60円
口腔機能向上加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者 へ機能改善管理指導を行った場合 (月2回上限)	1500円	150円	300円	450円
口腔機能向上加算Ⅱ	加算Ⅰの取組に加え、計画等の内容を厚生労働省に 提出し、適切かつ有効な実施のために 必要な情報を活用していること (月2回上限)	1600円	160円	320円	480円
科学的介護 推進体制加算	基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービス を適切かつ有効に提供するために、必要な 情報を活用していること (ひと月につき)	400円	40円	80円	120円
ADL等維持加算Ⅰ	利用者総数が10名以上で、ADL測定値を厚生労働省に 提出し、ADL利得算出値が1以上場合 (ひと月につき)	300円	30円	60円	90円
ADL等維持加算Ⅱ	利用者総数が10名以上で、ADL測定値を厚生労働省に 提出し、ADL利得算出値が2以上場合 (ひと月につき)	600円	60円	120円	180円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1日につき) ※ (注3)	180円	18円	36円	54円
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※ (注3)	ひと月の 利用料金 (基本部分+ 各種加算減算) の8.0%	左記額の 1割	左記額の 2割	左記額の 3割

(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		
			1割	2割	3割
事業所が送迎を行わない場合の減算	当該減算の要件に該当した場合 (片道につき)	470円	47円	94円	141円

(2) 村上市日常生活支援総合事業の利用料

【基本部分：村上市日常生活支援総合事業費（元気応援通所サービス）】

利用者の 要介護度・回数	村上市日常生活支援総合事業費（ひと月につき）			
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金		
		基本利用料の1割	基本利用料の2割	基本利用料の3割
要支援1（週1回程度）	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2（週1回程度）	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2（週2回程度）	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

【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		
			1割	2割	3割
口腔機能向上加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能改善管理指導を行った場合 (月2回上限)	1500円	150円	300円	450円
口腔機能向上加算Ⅱ	加算Ⅰの取組に加え、計画等の内容を厚生労働省に提出し、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること (月2回上限)	1600円	160円	320円	480円
科学的介護 推進体制加算	基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスを適切かつ有効に提供するために、必要な情報を活用していること (ひと月につき)	400円	40円	80円	120円

サービス提供体制 強化加算Ⅱ	当該加算の体制・人材 要件を満たす場合 (ひと月につき) ※(注3)	要支援1(週1回 程度)	240円	24円	48円	72円
		要支援2(週1回 程度)	240円	24円	48円	72円
		要支援2(週2回 程度)	480円	48円	96円	144円
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※(注3)	ひと月の 利用料金 (基本部分+ 各種加算減算)の 8.0%	左記額の 1割	左記額の 2割	左記額の 3割	

(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		
			1割	2割	3割
事業所が送迎を 行わない場合の減算	当該減算の要件に該当した場合 (片道につき)	470円	47円	94円	141円

(3) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき560円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、1回につき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(食事代)

利用予定日の当日に食事の提供をキャンセルされた場合は、キャンセルされた食事代を支払うものとします。

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)までのサービス利用料(利用者負担分の金額)は、利用月ごとに請求します。利用月の翌月15日頃に、事業所(上海府デイサービスセンター)から「通所介護サービス利用料のお知らせ」をお送りしますので、金額等の内容をご確認下さい。また、利用料のお支払い方法は下記のとおりとします。

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27日(祝休日の場合は翌日の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落としします。 【 銀行 支店 普通口座 : 】 【 口座名義人 : 】

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、別に提出いただく緊急連絡先確認表により、速やかに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。

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	苦情解決責任者 センター長 松田 恵 苦情受付担当者 生活相談員 西盛 亜紀 電話番号 0254-58-2210 面接場所 当事業所の相談室
---------	---

(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	村上市介護高齢化課 介護保険室	電話番号 0254-53-2111
	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。
- (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当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 事故防止や他のご利用者の迷惑とならないよう。職員の指示に従ってください。

1 3. 身体拘束

介護保険指定基準において禁止の対象となっている身体拘束等の行為は、原則として行いません。

1 4. 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。

事業者	所在地	新潟市中央区美咲町1丁目8番15号ホポロ美咲町3F
	事業者(法人)名	ささえあいコミュニティ生活協同組合新潟
	代表者職・氏名	代表理事 武田 貞彦 印
事業所	所在地	村上市野潟2662番地1
	事業所名	上海府デイサービスセンター ゆきわり荘
	代表者職・氏名	管理者 松田 恵 印
	説明者職・氏名	生活相談員 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	
氏名	印
本人との続柄	

立会人	住所	
	氏名	印
	本人との続柄	