

重要事項説明書

デイサービスセンター zutto・sotto
ずっと・そっと

【R8年4月改訂版】

社会福祉法人エンブレイス

重要事項説明書

通所介護・介護予防通所介護

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	社会福祉法人エンブレイス
主たる事務所の所在地	〒950-0804 新潟市東区本所252番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 齊藤 勝栄
設立年月日	昭和55年3月25日
電話番号	025-282-7008

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zutto・sotto ずっと・そっと	
サービスの種類	通所介護・介護予防通所介護	
事業所の所在地	〒950-0804 新潟市東区本所254番地4	
電話番号	025-277-7751	
指定年月日・事業所番号	平成12年 1月28日指定	1570100956
実施単位・利用定員	1単位	定員41人
通常の事業の実施地域	新潟市東区・北区・中央区・江南区	

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（又は介護予防通所介護）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 1月1日、2日・日曜日は休業日とします。
営業時間	午前8時00分から午後17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10分まで

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 1人、 非常勤 0人
看護職員	常勤 0人、 非常勤 4人
介護職員	常勤 5人 非常勤 5人
機能訓練指導員	常勤 1人、 非常勤 2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
管理責任者の氏名	管理者 斉藤 陽平

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3割（平成30年8月）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(1単位=10.14円)

【基本部分：通所介護費（通常規模型）】

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	利用者負担金 (自己負担1 割の場合)	利用者負担金 (自己負担 2割の場合)	利用者負担金 (自己負担 3割の場合)
		※(注1)参照	※(注2)参照		
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,751円	376円	751円	1,126円
	要介護2	4,289円	429円	858円	1,287円
	要介護3	4,857円	486円	972円	1,458円
	要介護4	5,404円	541円	1,081円	1,622円
	要介護5	5,962円	597円	1,193円	1,789円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,934円	394円	787円	1,181円
	要介護2	4,502円	451円	901円	1,351円
	要介護3	5,090円	509円	1,018円	1,527円
	要介護4	5,678円	568円	1,136円	1,704円
	要介護5	6,256円	626円	1,252円	1,877円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,779円	578円	1,156円	1,734円
	要介護2	6,824円	683円	1,356円	1,946円
	要介護3	7,878円	788円	1,576円	2,364円
	要介護4	8,923円	893円	1,785円	2,677円
	要介護5	9,977円	998円	1,996円	2,994円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,921円	593円	1,185円	1,777円
	要介護2	6,986円	699円	1,398円	2,096円
	要介護3	8,071円	808円	1,615円	2,422円
	要介護4	9,136円	914円	1,828円	2,741円
	要介護5	10,221円	1,023円	2,045円	3,067円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,672円	668円	1,335円	2,002円
	要介護2	7,878円	788円	1,576円	2,364円
	要介護3	9,126円	913円	1,826円	2,738円
	要介護4	10,373円	1,038円	2,075円	3,112円
	要介護5	11,640円	1,164円	2,328円	3,492円

8時間以上 9時間未満	要介護1	6,783円	679円	1,357円	2,035円
	要介護2	8,020円	802円	1,604円	2,406円
	要介護3	9,278円	928円	1,856円	2,784円
	要介護4	10,555円	1,056円	2,111円	3,167円
	要介護5	11,843円	1,185円	2,369円	3,553円

【基本部分：通所介護費（大規模型（I））】

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	利用者負担金 (自己負担1 割の場合)	利用者負担金 (自己負担 2割の場合)	利用者負担金 (自己負担 3割の場合)
		※(注1)参照	※(注2)参照		
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,630円	363円	726円	1,089円
	要介護2	4,147円	415円	830円	1,245円
	要介護3	4,684円	469円	937円	1,406円
	要介護4	5,201円	521円	1,041円	1,561円
	要介護5	5,759円	576円	1,152円	1,728円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,812円	382円	763円	1,144円
	要介護2	4,360円	436円	872円	1,308円
	要介護3	4,928円	493円	986円	1,479円
	要介護4	5,485円	549円	1,097円	1,646円
	要介護5	6,053円	606円	1,211円	1,816円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,516円	552円	1,104円	1,655円
	要介護2	6,520円	652円	1,304円	1,956円
	要介護3	7,534円	754円	1,507円	2,261円
	要介護4	8,517円	852円	1,704円	2,556円
	要介護5	9,531円	954円	1,907円	2,860円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,718円	572円	1,144円	1,716円
	要介護2	6,763円	677円	1,353円	2,029円
	要介護3	7,807円	781円	1,562円	2,343円
	要介護4	8,831円	884円	1,767円	2,650円
	要介護5	9,876円	988円	1,976円	2,963円

7時間以上 8時間未満	要介護1	6,378円	638円	1,276円	1,914円
	要介護2	7,544円	755円	1,509円	2,264円
	要介護3	8,730円	873円	1,746円	2,619円
	要介護4	9,937円	994円	1,988円	2,982円
	要介護5	11,123円	1,113円	2,225円	3,337円
8時間以上 9時間未満	要介護1	6,560円	656円	1,312円	1,968円
	要介護2	7,757円	776円	1,552円	2,328円
	要介護3	8,973円	898円	1,795円	2,692円
	要介護4	10,210円	1,021円	2,042円	3,063円
	要介護5	11,427円	1,143円	2,286円	3,429円

【基本部分：通所介護費（大規模型（Ⅱ））】

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	利用者負担金 (自己負担1 割の場合)	利用者負担金 (自己負担 2割の場合)	利用者負担金 (自己負担 3割の場合)
		※(注1)参照	※(注2)参照		
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,498円	350円	700円	1,050円
	要介護2	4,005円	401円	801円	1,202円
	要介護3	4,522円	453円	905円	1,357円
	要介護4	5,019円	502円	1,004円	1,506円
	要介護5	5,566円	557円	1,114円	1,670円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,670円	367円	734円	1,101円
	要介護2	4,197円	420円	840円	1,260円
	要介護3	4,745円	475円	949円	1,424円
	要介護4	5,282円	529円	1,057円	1,585円
	要介護5	5,830円	583円	1,166円	1,749円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,323円	533円	1,065円	1,597円
	要介護2	6,286円	629円	1,258円	1,886円
	要介護3	7,250円	725円	1,450円	2,175円
	要介護4	8,233円	824円	1,647円	2,470円

	要介護 5	9, 196円	920円	1, 840円	2, 759円
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	5, 506円	551円	1, 102円	1, 652円
	要介護 2	6, 499円	650円	1, 300円	1, 950円
	要介護 3	7, 503円	751円	1, 501円	2, 251円
	要介護 4	8, 507円	851円	1, 702円	2, 553円
	要介護 5	9, 521円	953円	1, 905円	2, 857円
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	6, 154円	616円	1, 231円	1, 847円
	要介護 2	7, 260円	726円	1, 452円	2, 178円
	要介護 3	8, 416円	842円	1, 684円	2, 525円
	要介護 4	9, 592円	960円	1, 919円	2, 878円
	要介護 5	10, 738円	1, 074円	2, 148円	3, 222円
8 時間以上 9 時間未満	要介護 1	6, 317円	632円	1, 264円	1, 896円
	要介護 2	7, 473円	748円	1, 495円	2, 242円
	要介護 3	8, 639円	864円	1, 728円	2, 592円
	要介護 4	9, 835円	984円	1, 967円	2, 951円
	要介護 5	11, 012円	1, 102円	2, 203円	3, 304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	507円	51円
	所要時間が10時間以上11時間未満の場合	1,014円	102円
	所要時間が11時間以上12時間未満の場合	1,521円	153円
	所要時間が12時間以上13時間未満の場合	2,028円	203円
	所要時間が13時間以上14時間未満の場合	2,535円	254円

入浴介助加算	入浴介助加算(I)利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	405円	41円
	入浴介助加算(II)利用者の入浴介助を行った場合 ※要件を満たす場合 (1日につき)	557円	56円
中重度者ケア 体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し 指定通所介護を行った場合 (1日につき)	456円	46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日につき) ※それぞれの要件を満たした上で、機能訓練を行った 場合、加算 I と加算 II をそれぞれ算定できる。	567円	57円
個別機能訓練加算 I (ロ)		770円	77円
個別機能訓練加算 II		202円	21円
ADL維持等加算 (I)	Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し利用者を10名以上ADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出している事。評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。	304円	31円
ADL維持等加算 (II)	ADL維持等加算 (I) の要件を満たすこと 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。	608円	61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)	608円	61円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合 (1日につき) ※ただし、認知症加算を算定している場合は、算定しない。	608円	61円
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合(1回につき。月2回まで)	2,028円	203円
科学的介護推進体制加算	入所者・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知の状況その他入所者の状況等を厚生労働省に提出する。必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって有効に必要な情報を活用する。	405円	41円
口腔機能向上加算	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合 (1回につき。月2回まで)	1,521円	153円
	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合 (1回につき。月2回まで)	1,622円	163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) (1回につき) ※加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅲは加算Ⅲのいずれか1つを算定する。	223円	23円
サービス提供体制強化加算Ⅱ		182円	19円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		60円	6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3)	1月の利用料金(基本部分+延長加算)の5%	左記額の1割
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9.2%	左記額の1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(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)	953円	96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)	476円	48円

《介護予防通所介護相当サービス》

・基本部分:介護予防通所介護費

要介護度		基本利用料	利用者負担金(自己負担1割の場合)	
			(法定代理受領分)	(法定代理受領分以外)
要支援1及び事業対象者	月4回まで 1回につき	4,421円	443円	4,421円
	月4回を超える場合	18,231円	1,824円	18,231円
要支援2及び事業対象者	月8回まで 1回につき	4,532円	454円	4,532円
	月8回を超える場合	36,716円	3,672円	36,716円

(2) 介護予防通所介護の利用料

(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（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)
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合 (1月につき)	2,433円	244円
生活機能向上グループ活動加算	利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合(1月につき) ※ただし、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	1,014円	102円
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合(1月につき)	2,028円	203円
口腔機能向上加算	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合(1月につき)	1,521円	153円
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	利用者へ選択的サービスのうち複数のサービスを行った場合(1月につき) ※ただし、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	4,867円	487円
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	また、加算Ⅰ又は加算Ⅱのいずれか1つを算定する。	7,098円	710円
事業所評価加算	当該加算の算定基準に適合し、かつ、評価対象期間中、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合(1月につき)	1,216円	122円
科学的介護推進体制加算	入所者・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知の状況その他入所者の状況等を厚生労働省に提出する。必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって有効に必要な情報を活用する。	405円	41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)	要支援1	892円 90円
		要支援2	1,784円 179円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	(1月につき) ※加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅲのいずれか1つを算定する。	要支援1	730円 73円
		要支援2	1,460円 146円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		要支援1	243円 25円
		要支援2	486円 49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、通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合※(注3)	1月の利用料金 (基本部分+延長加算) の5%	左記額の1割

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） ※加算 I～Vのいずれか1つを算定する。	1月の利用料金 （基本部分＋ 各種加算減算） の9.2%	左記額の1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 （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	3,812円	382円
		要支援2	7,625円	763円

（3）その他の費用

食事提供代（昼食）		690円
レクリエーション実費料金	レクリエーション等で要する入場料などの実費	実費

（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。

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）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月の20日以降に差し上げます。

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々月の29日（祝休日の場合は直前の平日）に

	、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 第四北越銀行 石山支店 普通口座 2067680
現金払い	サービスを利用した月の翌月の30日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

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	管理責任者 斉藤 勝栄 電話番号 025-277-7751 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	新潟市福祉部介護保険課	電話番号 025-226-1273
	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

うお願いします。

(3) 職員への贈り物等は、堅くご遠慮申し上げます。

(4) 飲食物の持ち込みはお断りいたします。

(5) 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。

14. 第三者委員の実施状況

実施なし

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 新潟市東区本所 254 番地 4
事業者（法人）名 社会福祉法人エンブレイス
代表者職・氏名 理事長 斉藤 勝栄 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
本人との続柄 （ ）
氏名 印
立会人 住所
氏名 印