

契約書別紙(兼重要事項説明書)

デイサービスセンター zutto・sotto
ずっと・そっと

【R8年6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. 事業所の概要

法人の名称及び所在地	社会福祉法人エンブレイス 〒950-0804 新潟市東区本所252番地1	
事業所の名称及び所在地	デイサービスセンターzutto・sottoずっと・そっと 〒950-0804 新潟市東区本所254番地4	
サービスの種類	通所介護・介護予防通所介護	
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	1570100956
実施単位・利用定員	1単位	41名
通常の実業の実施地域	新潟市東区・北区・中央区・江南区	

2. 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。

3. 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。

4. 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5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10分まで

5. 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 4人 非常勤 11人
機能訓練指導員	常勤 1人、 非常勤 2人

6. 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 齊藤 陽平

7. 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

(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Ⅰ	利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	405円	41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) ※加算Ⅰ(イ)、Ⅰ(ロ)のいずれか1つを算定する。	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	加算Ⅰ(イ)又はⅠ(ロ)の要件を満たした上で、 厚生労働省へ情報を提出し、PDCAサイクル に活用している場合(1月につき)	202円	21円
科学的介護 推進体制加算	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を 厚生労働省へ提出し、PDCAサイクルに活用し ている場合(1月につき)	405円	41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 ※(注3)(1回につき)	182円	19円
感染症又は災害により 利用者数に減少が生じ ている場合の加算	前年度の月平均と比較して当該月の利用者数 が5%以上減少している場合 ※(注3)(1回につき)	基本利用料金 の3%	左記額の1割
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外</u> に居住する利 用者へサービス提供した場合 ※(注3)(1日につき)	基本利用料金 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12%	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)
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

(2) 介護予防通所介護の利用料

《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

(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)
科学的介護 推進体制加算	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出し、PDCAサイクルに活用している場合(1月につき)	405円	41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 ※(注3)(1月につき)	要支援1	730円
		要支援2	1,460円
感染症又は災害により 利用者数に減少が生じている場合の加算	前年度の月平均と比較して当該月の利用者数が5%以上減少している場合 ※(注3)(1回につき)	基本利用料金の3%	左記額の1割

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外</u> に居住す る利用者へサービス提供した場合 ※（注3）（1日につき）	基本利用料金 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12%	

（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。

（3）その他の費用

食事提供代（昼食）	食事の提供を受けた場合（1食）	790円（令和8年7月1日より） 690円（令和8年6月30日まで）
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。

8. 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	

9. 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。

10. 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 齊藤 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

11. カスタマーハラスメントへの対応方針

サービスの質の維持向上並びに職員の安全確保、良好な職場環境維持のため、以下の事項についてご理解とご協力をお願いいたします。

(1) ハラスメントの禁止

職員への以下のような行為は固くお断りします。これらの行為が認められた場合、サービス提供の中断や契約解除等必要な措置を講ずることがあります。

①身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（コップを投げつける、叩く、唾を吐く等）

②精神的暴力

個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

（怒鳴る、威圧的な態度で文句を言い続ける、理不尽なサービスを要求する等）

③セクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘い掛け、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

（必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、卑猥な言動を繰り返す等）

(2) 相談及び問い合わせへの対応

利用者及びその家族等からの相談、質問等については、適切かつ円滑な事業運営及び他の

利用者へのサービス提供に支障が生じないよう対応いたします。

相談、質問等が長時間又は長期間にわたる場合、相談等の内容がサービス利用に関する相談事項との関連性に乏しい場合等、事業運営に支障を及ぼすおそれがあると判断した場合には、相談内容の緊急性及び必要性その他個別の事情を考慮した上で、対応時間、対応回数、対応方法等について調整をお願いすることがあります。

なお、対応時間は原則として1回あたり30分以内としますが、相談内容の緊急性及び必要性その他個別事情に応じて対応いたします。

1 2. 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) 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。

1 3. 送迎に関する説明及び同意事項

安全で円滑な送迎サービスを提供するため、ご利用にあたり、以下の事項についてあらかじめご理解とご協力をお願いいたします。

- (1) 送迎の方法は、あらかじめ利用者本人又は家族、担当ケアマネージャーと担当生活相談員で相談の上、決定いたします。
送迎方法を変更する場合は、上記三者で検討・相談し、同意をいただいた上で変更を行います。
- (2) 季節柄の暑さや寒さがございます。また、屋外での待機は通行車両との接触等の危険を伴います。送迎車の到着はご自宅の中でお待ちください。
- (3) 迎え時間及び送り時間は、あらかじめ利用者本人又は家族の皆さまからのご希望をお伺いします。ご希望に沿った時間での送迎を実施いたしますが、道路状況や天候など諸条件の変化により、ご希望の時間にお伺いできない場合もございます。15～20分以上の遅れが見込まれる場合には、事業所からご連絡をいたします。
- (4) 乗車の際には、全座席シートベルトを着用させていただきます。
- (5) 1台の送迎車で複数の利用者の送迎を行っております。送迎車の到着前までに出発の準備を整えていただき、送迎車の定時運行にご協力をお願いいたします。
- (6) 自家用車でご家族が送迎される場合は、事業所前の駐車場をご利用ください。
- (7) 上記以外の事項について協議が必要になった場合は、利用者本人又は家族、担当生活相談員の間で検討を行います。

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。

15. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に定める措置を講ずるものとし
ます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を職員に周知徹底を図るものとし
ます。
 - (2) 虐待防止のための指針を整備します。
 - (3) 虐待防止のための職員に対する研修を定期的実施します。
 - (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- 2 事業者は、虐待が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

16. 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