

通所介護・介護予防通所サービス
重要事項説明書

株式会社 太陽メディケアサービス

通所介護・介護予防通所介護

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、厚生労働省令の規定に基づき、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 太陽メディケアサービス
主たる事務所の所在地	〒940-0082 長岡市千歳3丁目2番35号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 上村 宏
設立年月日	昭和23年 6月 1日
電話番号	0258-37-9933

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メッツ川崎	
サービスの種類	通所介護・介護予防通所サービス	
事業所の所在地	〒940-0864 長岡市川崎2丁目2475番1	
電話番号	0258-31-0337	
指定年月日・事業所番号	平成29年8月28日 通所介護 平成30年4月1日 介護予防通所サービス	1570203040
実施単位・利用定員	1単位	定員20人
通常の事業の実施地域	長岡市（川東地区）	

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、通所介護サービス又は介護予防通所サービス（介護予防・日常生活支援総合事業サービス）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
営業時間	午前8時00分から午後5時30分まで
サービス提供時間 ※（注）参照	午前9時00分から午後4時30分まで 延長時間は、午前8時00分から午前9時00分まで 及び 午後5時00分から午後7時00分まで とします。

（注）「サービス提供時間」とは、利用者を事業所に迎えてから送り出すまでの時間を言います。

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	1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 西山 雅美 生活相談員 桑原 寿子
管理責任者の氏名	管 理 者 西山 雅美

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最高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】

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	利用者負担金 （＝基本利用料の2割） ※（注2）参照
3時間以上 4時間未満	要介護1	3, 700円	370円	740円
	要介護2	4, 230円	423円	846円
	要介護3	4, 790円	479円	958円
	要介護4	5, 330円	533円	1, 066円
	要介護5	5, 880円	588円	1, 176円

4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	3, 8 8 0 円	3 8 8 円	7 7 6 円
	要介護 2	4, 4 4 0 円	4 4 4 円	8 8 8 円
	要介護 3	5, 0 2 0 円	5 0 2 円	1, 0 0 4 円
	要介護 4	5, 6 0 0 円	5 6 0 円	1, 1 2 0 円
	要介護 5	6, 1 7 0 円	6 1 7 円	1, 2 3 4 円
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	5, 7 0 0 円	5 7 0 円	1, 1 4 0 円
	要介護 2	6, 7 3 0 円	6 7 3 円	1, 3 4 6 円
	要介護 3	7, 7 7 0 円	7 7 7 円	1, 5 5 4 円
	要介護 4	8, 8 0 0 円	8 8 0 円	1, 7 6 0 円
	要介護 5	9, 8 4 0 円	9 8 4 円	1, 9 6 8 円
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	5, 8 4 0 円	5 8 4 円	1, 1 6 8 円
	要介護 2	6, 8 9 0 円	6 8 9 円	1, 3 7 8 円
	要介護 3	7, 9 6 0 円	7 9 6 円	1, 5 9 2 円
	要介護 4	9, 0 1 0 円	9 0 1 円	1, 8 0 2 円
	要介護 5	1 0, 0 8 0 円	1, 0 0 8 円	2, 0 1 6 円
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	6, 5 8 0 円	6 5 8 円	1, 3 1 6 円
	要介護 2	7, 7 7 0 円	7 7 7 円	1, 5 5 4 円
	要介護 3	9, 0 0 0 円	9 0 0 円	1, 8 0 0 円
	要介護 4	1 0, 2 3 0 円	1, 0 2 3 円	2, 0 4 6 円
	要介護 5	1 1, 4 8 0 円	1, 1 4 8 円	2, 2 9 6 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	1割負担	2割負担
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）	400円	40円	80円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護福祉士が50%以上配置されている場合（1日につき）	180円	18円	36円
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	介護職員等の職場環境等の処遇改善を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対してサービスを行った場合	利用者負担金＝月の介護報酬総単位（通所介護分） ×8.0%		左記の2倍
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	1月の利用料金（＝基本部分＋延長加算）の5%		左記の2倍

【減算】

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減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額		
		基本利用料	1割負担	2割負担
同一建物に対する減算	通所介護事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通い通所系サービスを利用する者である場合。 傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算を行わない場合。（1日につき）	－940円	－94円	－188円
送迎を行わない場合の減産	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）	－470円	－47円	－94円

(2) 介護予防通所サービスの利用料

【基本部分：介護予防通所サービス費】

利用者の 要介護度	介護予防通所介護費（1月あたり）		
	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	利用者負担金 （＝基本利用料の2割） ※（注2）参照
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242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	1割負担	2割負担
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）	2,400円	240円	480円
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	介護福祉士が50%以上配置されている場合 （1月につき）	要支援1 720円 要支援2 1,440円	要支援1 72円 要支援2 144円	要支援1 144円 要支援2 288円
介護職員等処遇改 善加算（Ⅲ）	介護職員等の職場環境等の処遇改善を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対してサービスを行った場合	利用者負担金＝月の介護報酬総単位（通所介護分） ×8.0%		左記の2倍
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	1月の利用料金（基本部分） の5%		左記の2倍

【減算】

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減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額					
		基本利用料		1割負担		2割負担	
同一建物に 対する減算	通所介護事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通い通所系サービスを利用する者である場合。 （1月につき）	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
		-3,760円	-7,520円	-376円	-752円	-752円	-1504円

（３）その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間超えてサービスを利用した場合、 9 時間未満の場合は無料ですが、10 時間以上ご利用の場合は30 分につき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640 円(税抜)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150 円の実費をいただきます。 尿取りパットの提供を受けた場合、1 回につき50 円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について、費用の実費をいただきます。

（４）キャンセル料

食材調達の関係上、利用予定日当日にキャンセルのご連絡をいただいた場合には、以下のとおりキャンセル料をいただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日（17時30分まで）	無し
利用予定日の当日	500円

（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。

（注）利用予定日の前日 17 時 30 以降にご連絡をいただいた場合、キャンセル料をいただきます。

（５）お支払い方法

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月の日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直前の平日）までに、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 長岡本店営業部 普通口座 1856136
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10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. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する専任の担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 西山 雅美
-------------	-----------

② 苦情解決体制を整備しています。

③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

④ 虐待防止委員会を設置しています。

⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12. 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 0258-31-0337 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	長岡市高齢福祉課介護保険係	電話番号 0258-35-1122
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

要支援1・2または総合事業の対象者の場合、以下の窓口にも申し立てることができます。

苦情受付機関	長岡市福祉保健部長寿はつらつ課	電話番号 0258-39-2268
	新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室	電話番号 025-285-3022
	長岡市介護保険課給付係	電話番号 0258-39-2245

13. 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。

14. 非常災害対策

事業者は、当事者の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、自称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。

1 5．第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	あり なし
	なし		

その他

- (1) 館内は火気厳禁で禁煙となっているため、たばこはご遠慮下さい。
- (2) 写真を掲載していただくこともあるためご協力をお願いします。

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 〒940-0864

長岡市川崎2丁目2475番地1

事業者名 株式会社 太陽メディケアサービス

代表者職・氏名 代表取締役 上村 宏 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 _____

立 会 人 住 所

氏 名 _____ 印 _____