

# 地域密着型通所介護・予防通所介護

## 契約書別紙（兼重要事項説明書）

様

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	有限会社 きらく
主たる事務所の所在地	和歌山市島橋東ノ丁13-20
代表者（職名・氏名）	代表取締役 林 孝治
設立年月日	平成8年2月23日
電話番号	073-457-2202

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス喜楽々	
サービスの種類	地域密着型通所介護・予防給付型通所サービス	
事業所の所在地	〒640-8412 和歌山市狐島691-17	
電話番号	073-457-2202	
指定年月日・事業所番号	平成24年3月1日指定	3070108703
実施単位数・利用定員	1単位	定員 10 人
通常の事業の実施地域	和歌山市	

### 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、地域密着型通所介護または予防給付型通所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険・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

地域密着型通所介護（又は予防給付型通所サービス）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	月曜日から金曜日まで ただし、年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで
	延長時間は、午後4時30分から午後7時00分までとします。

## 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 1人、 非常勤 0人
看護職員	常勤 0人、 非常勤 1人
介護職員	常勤 4人、 非常勤 0人
機能訓練指導員	常勤 0人、 非常勤 1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、何でもお申し出下さい。

担当職員の氏名	生活相談員	林 美和
管理責任者の氏名	管 理 者	小山 純雄

## 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) 地域密着型通所介護の利用料

#### 【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	地域密着型通所介護費	
		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (負担割合が1割の場合) ※(注2)参照
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,272 円	427 円
	要介護2	4,909 円	490 円
	要介護3	5,545 円	554 円
	要介護4	6,000 円	600 円
	要介護5	6,809 円	680 円
4時間以上 5時間未満	要介護1	4,477 円	447 円
	要介護2	5,145 円	514 円
	要介護3	5,812 円	581 円

	要介護4	6,459 円	645 円
	要介護5	7,137 円	713 円
5時間以上 6時間未満	要介護1	6,747 円	674 円
	要介護2	7,969 円	796 円
	要介護3	9,201 円	920 円
	要介護4	10,403 円	1,040 円
	要介護5	11,646 円	1,164 円
6時間以上 7時間未満	要介護1	6,963 円	696 円
	要介護2	8,226 円	822 円
	要介護3	9,499 円	949 円
	要介護4	10,773 円	1,077 円
	要介護5	12,036 円	1,203 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、これが改訂された場合は、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留意ください。

#### 【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
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
	所要時間が10時間以上11時間未満の場合	1,000円	100円
	所要時間が11時間以上12時間未満の場合	1,500円	150円
入浴介助加算	利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	410円	41円
個別機能訓練加算Ⅰ	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)	460円	46円
個別機能訓練加算Ⅱ	※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。	560円	56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)	600円	60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)	1,500円	150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)	1,500円	150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(1日につき)	120円	12円
サービス提供体制強化加算Ⅱ or Ⅲ	※加算Ⅰ又は加算Ⅱ、加算Ⅲのいずれか1つを算定する。	60円	6円

※負担割合が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	中山間地域等において、 <b>通常の事業の実施地域以外</b> に居住する利用者への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 ※負担割合が1割の場合
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 （基本部分+各種加算 減算） （注4）	
介護職員 処遇改善加算Ⅱ			
介護職員 処遇改善加算Ⅲ			
介護職員 処遇改善加算Ⅳ			
介護職員 処遇改善加算Ⅴ			
介護職員等ベース アップ等支援加算	所定単位数の 11/100	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（ <b>所定単位数</b> ）※介護職員特定処遇改善加算、介護職員処遇改善加算を除く	

（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。

（注4）加算Ⅰは5.9%、加算Ⅱは4.3%、加算Ⅲは2.3%、  
加算Ⅳは加算Ⅲの90%、加算Ⅴは加算Ⅲの80%

#### 【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	利用者負担額
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）	940円	94円

## （2）予防給付型通所サービスの利用料

### 【基本部分：通所型サービス費】

利用者の 要介護度	通所型サービス費（1月につき）	
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （負担割合が1割の場合）※（注2）参照
要支援1	18465円	1846円
要支援2	37187円	3718円

（注1）上記の基本利用は、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、事前に新しい基本料を書面でもお知らせします。

（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
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した場合 (1月につき)	2,400円	240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。	1,000円	100円	
運動器機能向上 加算	利用者へ個別的な機能訓練等の運動機能向上 サービスを行った場合（1月につき）	2,250円	225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）	1,500円	150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）	1,500円	150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）	4,800円	480円	
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ	※ただし、運動機能向上加算・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。 また、加算Ⅰ又は加算Ⅱのいずれか1つを算定する。	7,000円	700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）	1,200円	120円	
サービス提供体制 強化加算 ※該当加算の体制・ 要件を満たす場合 1月につきいずれか1つ の加算を算定する。	介護福祉士が5割以上	要支援1	720円	72円
		要支援2	1440円	144円
	介護福祉士が4割以上	要支援1	480円	48円
		要支援2	960円	96円
	3年以上の勤続者が3割以上	要支援1	240円	24円
		要支援2	480円	48円
中山間地域等に 居住する者への サービス提供加算	中山間地域等において、 <b>通常の事業の実施地域以外</b> 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 (基本料金+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）		
介護職員 処遇改善加算Ⅱ				
介護職員				

処遇改善加算Ⅲ		※(注4)	左記額の1割
介護職員 処遇改善加算Ⅳ			
介護職員 処遇改善加算Ⅴ			
介護職員等ベース アップ等支援加算	所定単位数の 11/100	基本サービス費に各 種加算減算を加えた 総単位数(所定単位 数)※介護職員特定 処遇改善加算、介護 職員処遇改善加算を 除く	

(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。

(注3) 加算Ⅰは5.9%、加算Ⅱは4.3%、加算Ⅲは2.3%、  
加算Ⅳは加算Ⅲの90%、加算Ⅴは加算Ⅲの80%

### 【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
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	3861円	386円
		要支援2	7723円	772円

### (3) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき800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550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120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(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

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルされた場合は、キャンセル料はかかりませんが、昼食代は、当日の8:30までに連絡がない場合、食事代のキャンセルが出来ない場合もございます。

キャンセルの時期	キャンセル料
デイサービス利用に関するキャンセル	無料です
昼食に関するキャンセル	当日8:30までに連絡頂きます様お願いします

### (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、5日以内に差し上げます。

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12・15日 (祝休土日の場合は翌営業日) に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日 (祝休土日の場合は翌営業日) 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態の急変、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)	(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院 (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	電話番号	073-457-2200
	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。

苦情相談受付機関		
要介護者	和歌山市役所指導監査	電話番号 073-435-1319
	和歌山市役所介護保険課	電話番号 073-435-1190
	和歌山県国民健康保険団体連合会	電話番号 073-427-4662
要支援者	和歌山市役所指導監査	電話番号 073-435-1319
	和歌山市役所地域包括支援課	電話番号 073-435-1197
	和歌山県国民健康保険団体連合会	電話番号 073-427-4662

## 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. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取り組み			なし
和歌山県福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	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 和歌山市島橋東ノ丁13-20  
事業者（法人）名 有限会社 きらく  
代表者職・氏名 代表取締役 林 孝治 印  
説明者職・氏名 管理者 小山 純雄

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  
家族代表者（又は法定代理人）  
住所  
本人との続柄  
氏名 印

