

通所介護・介護予防通所介護相当サービス

契約書別紙（兼重要事項説明書）②

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、新潟市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。

第1条 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	オン・グレイス 株式会社
主たる事務所の所在地	〒950-0914 新潟市中央区紫竹山6丁目2番26号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 山田 敢
設立年月日	平成27年2月2日
電話番号	025-240-1600

第2条 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	グレイス・デイサービスセンター	
サービスの種類	通所介護・介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒950-0914 新潟市中央区紫竹山6丁目2番26号	
電話番号	025-240-1600	
指定年月日・事業所番号	平成28年3月1日	1570113629
実施単位・利用定員	1単位	定員30人
通常の事業の実施地域	新潟市中央区、新潟市東区、新潟市西区、新潟市江南区	

第3条 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。

第4条 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。

第5条 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年始（1月1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8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5時30分までとします。

第6条 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 0人
看護職員	常勤	1人 非常勤 1人
介護職員	常勤	6人 非常勤 2人
機能訓練指導員	常勤	1人 非常勤 1人

第7条 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 坂上 絵里子
	生活相談員 米山 美由紀
管理責任者の氏名	管 理 者 渋谷 昭吾

第8条 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割もしくは3割（平成30年8月から））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（通常規模型）】

所要時間 （１回あたり）	利用者の 要介護度	利用者負担金			
		基本利用料 ※（注１）参照	（自己負担 １割の場合） ※（注２）参照	（自己負担 ２割の場合） ※（注２）参照	（自己負担 ３割の場合） ※（注２）参照
７時間以上 ８時間未満	要介護１	６５８単位／回	６６７円	１,３３４円	２,００１円
	要介護２	７７７単位／回	７８８円	１,５７６円	２,３６４円
	要介護３	９００単位／回	９１３円	１,８２６円	２,７３９円
	要介護４	１０２３単位／回	１,０３７円	２,０７４円	３,１１１円
	要介護５	１１４８単位／回	１,１６４円	２,３２８円	３,４９２円

（注１）上記の基本利用料は、地方自治体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）	（自己負担 ２割 の場合）	（自己負担 ３割 の場合）
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	８２円	１２３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	１２２円	１８３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又は加算Ⅲのいずれか１つを算定する。	２２３円	２２円	４４円	６６円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ		１８２円	１８円	３６円	５４円
サービス提供体制 強化加算Ⅲ		６１円	６円	１２円	１８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	左記額 の2割	左記額 の3割
介護職員等 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～Ⅳのいずれか1つを算定する。	1月 （基本 部分＋延長 加算） の利用 料金	左記の 9. 2％	左記額 の1割	左記額 の2割
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ			左記の 9. 0％		
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ			左記の 8. 0％		
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ		左記の 6. 4％			
介護職員等 処遇改善加算Ⅴ		旧処遇改善加算に 基づく加算率			

（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）	（自己負 担2割の 場合）	（自己負 担3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）	－ 9 5 3 円	－ 9 6 円	－ 1 9 1 円	－ 2 8 6 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）	－ 4 7 6 円	－ 4 8 円	－ 9 6 円	－ 1 4 3 円

（２）介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分：介護予防通所介護相当サービス】

利用者の 要介護度	介護予防通所介護費（１回につき）			
	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金※（注２）参照		
		（自己負担 １割の場合）	（自己負担 ２割の場合）	（自己負担 ３割の場合）
事業対象者 要支援１	４３６単位／回	４４２円 （月４回まで）	８８４円	１，３２６円
事業対象者 要支援２	４４７単位／回	４５３円 （月８回まで）	９０６円	１，３５９円

利用者の 要介護度	介護予防通所介護費（１月につき）			
	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金※（注２）参照		
		（自己負担 １割の場合）	（自己負担 ２割の場合）	（自己負担 ３割の場合）
事業対象者 要支援１	１，７９８単位／月	１，８２３円	３，６４６円	５，４６９円
事業対象者 要支援２	３，６２１単位／月	３，６７２円	７，３４４円	１１，０１６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)	(自己負担 2 割の場合)	(自己負担 3 割の場合)	
介護職員等 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～Ⅳのいずれか 1 つを算定する。	1 月もしくは 1 回の利用料金	左記の 9. 2 %	左記額 の 1 割	左記額 の 2 割	左記額 の 3 割
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ			左記の 9. 0 %			
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ			左記の 8. 0 %			
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ		左記の 6. 4 %				

介護職員等 処遇改善加算Ⅴ		旧処遇改善加算に 基づく加算率			
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	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		
				（自己負担 1割の場合）	（自己負担 2割の場合）	（自己負担 3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, 8 1 2 円	－ 3 8 2 円	－ 7 6 3 円	－ 1, 1 4 4 円
		要支援 2	－ 7, 6 2 5 円	－ 7 6 3 円	－ 1, 5 2 5 円	－ 2, 2 8 8 円

（５）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、 30分につき250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605円の食費をいただきます。
材料費	コーヒーや紅茶などの嗜好品、レクリエーションやリハビリの際に使用する 物品の購入に充てるため、ひと月に500円の材料費をいただきます。
おむつ代 パット代	おむつ 1枚あたり100円、パット 1枚あたり50円の料金をいただきます。
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。

（６）昼食キャンセル料

下記のように利用予定日のサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおり昼食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４日前	無し
利用予定日の３日前から当日	利用者負担金の１００％の額

（７）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。

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２０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２０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。 第四銀行 平島支店 普通口座 １３４２３７７ オン・グレイス株式会社 代表取締役 山田 敢
現金払い	サービスを利用した月の翌月の２０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。

第９条 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	

第１０条 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。

第 1 1 条 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 025-240-1600 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

第 1 2 条 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。

第 1 3 条 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

第 1 4 条 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。

第 1 5 条 業務継続計画（BCP）の策定に関する事項

- 1 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続画」という。）を策定し、当該業務系継続計画に従い、必要な措置を講ずるものとする。
- 2 事業者は従事者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

第 16 条 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- (5) 虐待防止のための対策を検討する委員会（虐待防止委員会）の定期的な開催及び委員会での検討結果について職員への周知徹底

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	新潟市中央区紫竹山 6 丁目 2 番 2 6 号		
	事業者（法人）名	オン・グレイス株式会社		
	代表者職・氏名	代表取締役	山田 敢	印
	説明者職・氏名	管理者	渋谷 昭吾	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