

介護予防・日常生活支援総合事業
訪問型サービス（区独自基準）契約書別紙（兼重要事項説明書）

サービスの提供開始にあたり、当事業者により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 サンドリーム
主たる事務所の所在地	〒124-0021 東京都葛飾区細田5-15-6
代表者（職名・氏名）	代表取締役 三浦 眞澄
設 立 年 月 日	平成13年 5月 1日
電 話 番 号	03-3672-3339

2. 事業所の概要

事業所名称	SILVER SUPPORT GARDENS みつばち	
サービスの種類	葛飾区総合事業（A3）訪問型サービス（区独自基準）	
事業所の所在地	〒125-0054 東京都葛飾区高砂3-27-13	
電 話 番 号	03-5693-3636	
指定年月日・事業所番号	令和4年4月1日 指定更新	1372201606
管 理 者 の 氏 名	井上 ひとみ	
事業の実施地域	葛飾区	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、訪問型サービス（区独自基準）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、関係する区市町村や事業者、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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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

第1号訪問事業（訪問型サービスA）は、従事者が利用者のお宅を訪問し、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

生活援助	家事を行うことが困難な者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理, 洗濯, 掃除, 買い物, 薬の受け取り, 衣服の整理など
------	---

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前 9時00分から 午後17時30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
管理者	常勤 1人, 非常勤 0人
サービス提供責任者	常勤 2人, 非常勤 0人
介護職員	常勤 0人, 非常勤 14人

7. 管理者・サービス提供責任者及び訪問事業責任者

事業所の管理者及びサービス提供責任者（訪問事業責任者）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。

管理者の氏名	井上 ひとみ
サービス提供責任者	高木 やす子

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、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険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) 第1号訪問事業（サービスA）の利用料

【基本部分】

サービス名称 (区独自基準)	サービスの内容	基本 利用料	利用者負担		
			1割	2割	3割
(区) 訪問型サービス I (生活援助のみ)	週1回程度のサービスが必要 とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	2,200円 (1回あたり)	220 円	440 円	660 円
(区) 訪問型サービス II (身体介護も含む)		2,700円 (1回あたり)	270 円	540 円	810 円

※利用者の介護保険負担割合により、お支払い時の利用者負担額に変動があります。

【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		
			1割	2割	3割
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者 に対してサービス提供責任者が初回にサー ビスを提供した場合等	初回1月に つき 200 単位	200 円	200 円	200 円
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	1月につき、+ 所定単位数 288			
介護職員処遇改善 加算Ⅱ※		1月につき、+ 所定単位数 263			
介護職員処遇改善 加算Ⅲ※		1月につき + 所定単位数 214			

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【加算】

加算の種類	加算の要件	加算額
(区) 訪問介護サービス 生活機能向上加算Ⅰ	生活機能向上連携加算	1月につき 100単位加算
(区) 訪問介護サービス 生活機能向上加算Ⅱ		1月につき 200単位加算
(区) 訪問型サービス 口腔連携強化加算	口腔機能連携強化加算	1月につき 50単位加算

(注) ※印の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、上記の額を算定します。

	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物等に居住する利用者又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービス行う場合	90% 減算
	正当な理由なく事業所と同一建物に居住する利用者の割合が100分の90以上の場合	88% 減算
(区) 訪問型サービス 高齢者虐待防止措置未 実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算 I・所定単位数の 1/100減算 II・所定単位数の 1/100減算	I -2 II -3
(区) 訪問型サービス 業務継続計画未策定 減算	業務継続計画未策定減算 I・所定単位数の 1/100減算 II・所定単位数の 1/100減算	I -2 II -3

(2) 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	支払い要件等
利用予定日の当日 1時間前までに連絡あり	不要
訪問した時にキャンセルや、連絡無しの不在	100%支払い

(3) 支払い方法

上記(1)から(2)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日以内にお渡し致します。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	弊社が集金代行委託契約している「三菱UFJニコス株式会社」の指定ご口座引落とし手続き用紙に記入して頂き、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)に、ご利用者の指定する下記の口座よりお引き落とし致します。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日以降に請求書が発行されますので、ご連絡の上、現金集金させて頂きます。領収書はその場でお支払い金額を確認してお渡し致します。

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、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）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	03-5693-3636
	面接場所	当事業所の相談室
	苦情受付時間	事業所の営業日及び営業時間に同じ

(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	高砂地域包括相談支援センター	電話 03-5889-8600
	葛飾区役所介護保険 管理課	電話 03-5654-8246
	東京都国民健康保険団体連合会	電話 03-6238-0177

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) サービス提供の際、従事者は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご理解をお願い致します。

- ① 医療行為及び医療補助行為。
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い。
- ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など。

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(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地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

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 東京都葛飾区高砂3-27-13
事業者(法人) 株式会社サンドリーム
事業所名 SILVER SUPPORT GARDENS みつばち 印
代表者職・氏名 代表取締役 三浦 眞澄
説明者 氏名

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

署名代行者(又は法定代理人)

住所
本人との続柄
氏名