

通所介護・通所介護相当サービス

契約書別紙（兼重要事項説明書）①

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、新潟県条例の規定及び十日町市要綱に基づき、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	社会福祉法人東頸福祉会
主たる事務所の所在地	〒942-1406 新潟県十日町市松之山1028-8
代表者（職名・氏名）	理事長 佐藤 功
設立年月日	平成4年5月14日
電話番号	025-596-3366

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	不老閣デイサービスセンター		
サービスの種類	通所介護・通所介護相当サービス		
事業所の所在地	〒942-1406 新潟県十日町市松之山1028-8		
電話番号	①025-596-3366 ②080-2562-9253		
指定年月日・事業所番号	通所介護	平成12年4月1日指定	1571000510
	通所介護相当サービス	平成30年4月1日指定	
利用定員	30人		
通常の事業の実施地域	十日町市松之山の松之山地区（黒倉を除く）、三省地区、川手地区		

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、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並びに市例規等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（又は通所介護相当サービス）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～土曜日（その間の祝祭日は営業いたしません。） （事業所が指定する年末年始を除く）
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3時30分まで ※冬期間及び悪天候時には、サービス提供時間を繰り上げる場合がありますのでご了承ください。

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
看護職員（機能訓練指導員兼務）	常勤 3人
介護職員	常勤 7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、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 中澤大輔
管理責任者の氏名	管理者 井上 俊

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2割又は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。

※介護保険料を2年間滞納している場合、納付期間と未納期間により計算された一定の期間、保険給付額（利用負担）が1割から3割（3割負担の方は4割）に引き上げられます。また、高額介護サービス費・特定入所者介護サービス費等は、期間中支給されません。

(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	通所介護費	
		基本利用料 ※(注1) 参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) ※(注2) 参照
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,840円	584円
	要介護2	6,890円	689円
	要介護3	7,960円	796円
	要介護4	9,010円	901円
	要介護5	10,080円	1,008円

7時間以上 8時間未満	要介護1	6,580円	658円
	要介護2	7,770円	777円
	要介護3	9,000円	900円
	要介護4	10,230円	1,023円
	要介護5	11,480円	1,148円

(注1) 前記の基本利用料は、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) 前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、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)
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
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)	450円	45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回につき) ※(注3)	220円	22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

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、通常の事業の実施地域以外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）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9.2%	左記額の1割
口腔・栄養スクリー ニング加算 I	利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の 状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報 を介護支援専門員に提供した場合（6月に1回を限 度）	200円	20円
科学的介護推進体制加 算	利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認 知症の状況その他、心身の状況等に係る基本的な 情報を厚生労働省に提出した場合（1月につき）	400円	40円

（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）	470円	47円

(2) 通所介護相当サービスの利用料

【基本部分：通所介護相当サービス費】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担金 （自己負担1割の 場合）
要支援1（1回につき ※1月の中で全部で4回まで）	4,360円	436円
要支援1（1月につき ※月5回以上利用の場合）	17,980円	1,798円
要支援2（1回につき ※1月の中で全部で5回から8回まで）	4,470円	447円
要支援2（1月につき ※月9回以上利用の場合）	36,210円	3,621円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣の告示及び十日町市要綱等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。

【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)
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
サービス提供体制強化加算 I イ	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	88円
		要支援2	1,760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、通常の事業の実施地域以外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)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9.2%	左記額の1割
口腔・栄養スクリーニング加算 I	利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者の介護支援専門員に提供した場合（6月に1回を限度）	200円	20円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他、心身の状況に等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合（1月につき）	400円	40円

(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

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき590円の食費をいただきます。 (昼食代560円、おやつ代30円) ※来所後、諸事情により食事を摂られなかった場合につきましても食材費として同額をいただきます。
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。また、当日お越しいただき昼食を摂られない

場合は、理由の如何を問わず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
利用予定日の当日	食材代として590円

(注) 利用予定日の前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。

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25日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定するゆうちょ銀行又は魚沼農協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25日(祝休日の場合は直後の平日)までに、事業者が指定する口座にお振り込みください。

※上記以外でのお支払いをご希望の方はご相談ください。

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。

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. 虐待に関する事項について

- 施設は入所者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。
 - (1) 当施設では、虐待防止委員会を設け、その責任者は管理者とします。
 - (2) 虐待防止委員会は、職員への研修内容、虐待防止のための指針の策定、虐待等の相談及び苦情解決体制の整備、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討、成年後見制度の利用支援等を行います。
 - (3) 指針に基づき、定期的(年2回以上)に、虐待発生防止に向けた研修を行います。その他必要な措置を講じます。

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	受付担当者 池田 翔(生活相談員) 苦情解決責任者 井上 俊(管理者) 受付時間 月～金 午前8時30分から午後5時30分 電話番号 025-596-3366 FAX番号 025-596-3234 メールアドレス toukeifukushikai@gmail.com ※1階ロビーのご意見箱又は窓口、メールでも受け付けいたします。
---------	--

(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	十日町市役所福祉課 介護保険係	電話番号 025-757-3757 FAX番号 025-757-3800
--------	-----------------	---

	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022 FAX番号 025-285-3350
	社会福祉法人東頸福社会 第三者委員	佐藤 強 (法人監事) 電話番号 025-596-2713 高橋良一 (法人監事) 電話番号 025-596-2090

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。

14. 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. 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		

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 新潟県十日町市松之山 1028-8
事業者（法人）名 社会福祉法人東頸福社会
代表者職・氏名 理事長 佐藤 功 印
説明者職・氏名 生活相談員 中澤大輔 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
氏名 印
本人との続柄

立会人 住所
氏名
本人との続柄 印