

(通 所 介 護)

(契約書別紙① 兼 重要事項説明書)

あなた（利用者）に対する通所介護の提供開始にあたり、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. 事業所の概要

事業所の名称	さくら聖母の園デイサービスセンター	県指定年月日 事業者番号	平成11年12月15日 1570300218
所在地	新潟県上越市西城町2丁目3番20号		
電話番号	025-522-7530	管理者	高橋修
定員	23人	単位数	1単位
営業日	年中無休（但し1月1日は休業）		
営業時間	午前8時00分～午後5時30分		
通常の実施地域	上越市		
第三者評価の実施状況の有無	<input type="checkbox"/> 無 有 実施日 令和 年 月 日 実施期間（ ）		

2. 従業者の勤務体制

職 種	員 数			職 種	員 数		
	常 勤	非常勤	計		常 勤	非常勤	計
生活相談員	3人	0人	3人	介護職員	5人	0人	6人
看護職員 (特養看護職員兼務含む)	3人	0人	3人	調理員 (特養調理員兼務含む)	1人	0人	1人
介護職員兼運転員	3人	0人	3人	機能訓練指導員	1人	0人	1人

3. 提供するサービスの内容

- ① 通所介護サービスは、事業者が設置するデイサービスセンター（事業所）に通っていただき、入浴及び食事の提供とその介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の利用者に必要な日常生活上の世話並びに機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消

及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るサービスです。

② あなたのサービス利用日及び利用時間は次のとおりです。

サービスの内容	利用日	利用時間
・通所介護サービス	毎週 曜日	: ~ :

4. 業務取扱い方針

- (1) あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者（以下「居宅支援事業者」という）の作成する「居宅サービス計画書」と、わたしたちの作成する「通所介護計画書」に従い、心身機能の維持を図ることができるよう、通所介護サービスを提供します。
- (2) 通所介護サービスの提供の開始に際しては、看護職員による健康チェックを行い、体調等の変化を必ず確認します。
- (3) わたしたちは、通所介護計画書を必ず作成します。

5. 担当のサービス提供責任者

あなたの利用する施設のサービスの提供責任者は次の者です。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

・管理責任者 氏名 高橋 修（資格：社会福祉主事）連絡先025-522-7530

6. 利用料金

① 利用者負担金

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、介護保険負担割合証に記載されている負担割合です。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は、超えた額の全額をご負担いただきます。

【通所介護基本料金・通常規模】

所要時間	利用料（1日につき）				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
※2時間以上3時間未満	基本料金3時間以上4時間未満の70%				
3時間以上4時間未満	3,700円	4,230円	4,790円	5,330円	5,880円
4時間以上5時間未満	3,880円	4,440円	5,020円	5,600円	6,170円
5時間以上6時間未満	5,700円	6,730円	7,770円	8,800円	9,840円
6時間以上7時間未満	5,840円	6,890円	7,960円	9,010円	10,080円
7時間以上8時間未満	6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円

※ 所要時間2時間以上3時間未満のサービスは、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である場合のみ利用することができます。

【通所介護加算】

加算の種類	加算の要件	加算額
入浴介助加算（Ⅰ）	利用者の入浴の介助を行った場合	400円 （1日につき）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	・介護職員のうち介護福祉士の割合が70%以上 ・勤続10年以上の介護福祉士が25%以上	220円 （1日につき）
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の処遇改善と資質向上に関する計画を策定し、適切な措置を講じている場合	通所介護基本料金＋各種加算の9.2%
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	専従の機能訓練指導員より個別機能計画に基づき直接訓練を実施した場合	560円 （1日につき）
送迎減算	送迎を行わなかった場合	470円減算 （片道）
同一建物に対する減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当事業所に通い通所系サービスを利用する者であること。	940円減算 （1日につき）
科学的介護推進体制加算	イ・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出していること。 ロ・サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	400円 （1月につき）
個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出しフィードバックを受けていること。	200円 （1月につき）

※ 上記の利用料は、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、上記の利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

② 食費

食費	食事を提供した場合は、1回につき <u>720</u> 円をご負担いただきます。
----	--

③ その他の費用

- ・排泄ケア用品を提供した場合は、1回につき実費をご負担いただきます。
- ・これ以外に実費を要した場合には、別途ご負担をいただく場合があります。

④ ①から③の利用料金は、1か月ごとにまとめて請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。

<input type="checkbox"/> 口座引き落とし	サービス利用月の翌月25日に、利用者の指定する金融機関の口座より引き落とします。
----------------------------------	--

□ 郵便振替	サービス利用月の翌月25日までに、当事業所指定の郵便振替振込用紙にて払い込み願います。
--------	---

⑤ あなたにお支払いいただく利用料金は、おおむね次のとおりです。

		サービスの内容	回数	利用者負担金	(利用料)
利用者負担金		基本通所介護料金	1回	円	円
				円	円
				円	円
	加	入浴介助加算 (I)	1日	円	円
		サービス提供体制強化加算 (I)	1日	円	円
		介護職員等処遇改善加算 (I)	1回	円	円
		同一建物減算	1回	円	円
		送迎減算	1回	円	円
		科学的介護推進体制加算	1月	円	円
	算	個別機能訓練加算 (I) イ	1回	円	円
	個別機能訓練加算 (II)	1月	円	円	
計				円	円
食費				720円	
その他の	内 訳		回数	費用	
	排泄ケア用品			円	
				円	
	計				円
利用料金合計 (利用者負担金+その他の費用)				円	

7. サービスの中止

① あなたの都合によりサービスの利用を中止 (キャンセル) する場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 (電話番号) : 025-522-7530

② あなたの体調の急変など、緊急やむを得ない理由により利用を中止する場合はキャンセル料を頂きません。また、あなたの都合でサービスの利用を中止する場合でもキャンセル料は頂きませんが、できる限り早めにご連絡ください。

8. 緊急時等の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名		
	連絡先		
ご家族	氏名		
	連絡先	(自宅)	
		(携帯)	(勤務先等)

9. 事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 非常災害対策

自然災害、火災、その他の防災対策について計画的な防災訓練を実施し、利用者の安全に対して万全を期すよう努めます。

11. 苦情相談窓口

① 当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	さくら聖母の園
担当者	高野 黄治
連絡先(電話番号)	025-526-0881

② 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先(電話番号)
上越市高齢者福祉課	025-526-5111
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

12. サービスの利用に当たっての留意事項

サービスの利用に当たってあなたに注意していただきたいことはつぎのとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、職員に直ちにお申し出ください。
- (2) 複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方のご迷惑にならないように注意してください。

13. 代理人等について

- (1) 事業所では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いいたします。
 - ① 代理人は、利用者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
 - ② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業所と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。
 - ③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。
- (2) 代理人の職務は、次の通りとします。
 - ① 利用者に代わって又は利用者とともに、利用契約の解約・解除の意思表示及び手続き、その他利用者を代理して行う意思表示、事業所の意思表示や報告・通知の受領、事業所との協議等を行うこと。
 - ② 利用者を代理して、又は利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。
- (3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。

利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担すること。
- (4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、事業所に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。
- (5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。
 - ① 連帯保証人の負担は、極度額80万円を限度とします。
 - ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
 - ③ 事業所は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
 - ④ 連帯保証人が死亡または破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。

事業者 所在地 新潟県上越市西城町2丁目3番12号

事業者名 社会福祉法人 フランシスコ第三会マリア園

代表者職・氏名 理事長 伊能 哲大 印

説明者職・氏名 生活相談員 印

事業者より上記の内容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 ご住所 _____

お名前 _____ 印

代理人 ご住所 _____

お名前 _____ 印

立会人 ご住所 _____

お名前 _____ 印

令和 4年10月 1日 改正

令和 6年 4月 1日 改正

令和 6年 6月 1日 改正

令和 6年11月 1日 改定