

通所型サービス（緩和した基準・従前相当によるサービス）

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、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 フランシスコ第三会 マリア園
主たる事務所の所在地	〒943-0834 上越市西城町2丁目3番12号
代表者（職名・氏名）	理事長 伊能 哲大
設立年月日	昭和32年 4月15日
電話番号	025-520-6045

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイホーム 金谷	
サービスの種類	通所型サービス（緩和した基準・従前相当によるサービス）	
事業所の所在地	〒943-0893 上越市大貫2丁目3番26号	
電話番号	025-522-7501	
指定年月日・事業所番号	平成26年10月 9日指定	1570300556
実施単位・利用定員	1単位	定員25人
通常の事業の実施地域	上越市	
第三者評価の実施状況の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 実施日 令和 年 月 日 実施機関（ ）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援者または事業対象者が、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、通所型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

通所型サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、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	年中無休
営業時間	午前8時00分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前8時50分から午後4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
生活相談員	常勤 3人、 非常勤 0人
看護職員	常勤 2人、 非常勤 0人
介護職員	常勤 7人、 非常勤 0人
機能訓練指導員	常勤 2人、 非常勤 0人

7. 事業所の管理者

あなたへのサービス提供の管理責任者（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。

管理責任者の氏名	管理者 金井 幸
----------	----------

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、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所型サービス（緩和した基準によるサービス）

【基本利用料】

利用者の要介護度	総合事業通所介護費（1月につき）	
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 ※（注2）参照
要支援1	14,380円	1,438円
要支援2	28,970円	2,897円

（注1）上記の基本利用料は、上越市が定める金額であり、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。

(注3) チェックリスト該当者は、サービス利用の頻度に応じて上記のいずれか。

(2) 通所型サービス（従前相当によるサービス）

【基本利用料】

利用者の 要介護度	総合事業通所介護費（1月につき）	
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 ※（注2）参照
要支援1	17,980円	1,798円
要支援2	36,210円	3,621円

(注1) 上記の基本利用料は、上越市が定める金額であり、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。

(注3) チェックリスト該当者は、サービス利用の頻度に応じて上記のいずれか。

【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
サービス提供体制 強化加算（I）	要支援1	880円	88円
	要支援2	1,760円	176円
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（1月につき）	400円	40円
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	加算I 利用単位数の9.2%	左記金額の 利用者負担割 の額

(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720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、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。

(負担金 例)

通所型サービス（緩和した基準によるサービス）1割負担の場合

	利用者負担金	(利用料)
支援1	1,710円	17,100円
支援2	3,399円	33,990円

通所型サービス（従前相当によるサービス）1割負担の場合

	利用者負担金	(利用料)
支援1	2,103円	21,030円
支援2	4,190円	41,900円

(4) キャンセル料

通所型サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

(5) 支払い方法

上記(1)から(3)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、30日以内に差上げます。

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25日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 (口座引落手数料 82円)
郵便振り込み	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、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日(休業日の場合は直後の営業日)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 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)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。

1 1. 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 025-522-7501 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	上越市高齢者支援課	電話番号 025-526-5111
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

1 2. 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。

1 3. 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。

1 4. 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しています。

- 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、契約書第8条3項、第10条3項、第20条1項、第21条1項に定める解約・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

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

事業者（法人）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

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

代理人

住所 _____

氏名 _____ 印

本人との続柄 _____

立会人 住所 _____

氏名 _____ 印

平成27年 4月 1日 制定

平成29年 4月 1日 改定

平成29年 6月 1日 改定

令和 元年 5月 1日 改定

令和 元年10月 1日 改定

令和 3年 4月 1日 改定

令和 4年10月 1日 改定

令和 6年 4月 1日 改定
令和 6年 6月 1日 改定
令和 6年 11月 1日 改定