

## 通所介護契約書別紙（兼重要事項説明書）②

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）	社会福祉法人田上町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒959-1503 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地
代表者（職名・氏名）	会長 高橋 勝之
設立年月日	昭和56年7月8日
電話番号	0256-57-5877

### 2. ご利用事業所の概要

利用事業所の名称	社会福祉法人田上町社会福祉協議会	
サービスの種類	通所介護	
事業所の所在地	〒959-1503 新潟県南蒲原郡田上町大字田上丙1201番地1	
電話番号	0256-57-5570	
指定年月日・事業所番号	平成11年12月15日	1575300072
定員	25名	
管理者の氏名	水戸 恆存	
通常の事業の実施地域	田上町全域	
第三者評価の実施の有無	有 ・ 無	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護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。

### 4. 提供するサービスの内容

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、精神的な負担軽減を図るサービスです。

### 5. 営業日時

営業日	日曜日から土曜日まで（1月1日を除く）
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30分から午後5時00分まで 延長時間は、午前8時00分から午前8時30分まで 及び 午後5時00分から午後5時30分まで とします。

## 6. 事業所の職員体制

管理者 (介護職員と兼務)	1人
生活相談員 (介護職員と兼務)	1人以上
看護職員 (機能訓練指導員と兼務)	1人以上
介護職員	3人以上

## 7. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は次のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として介護保険負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割の額です。ただし、一定以上の所得のある方は2割又は3割負担となる場合があります。

### (1) 通所介護の利用料 (要介護1～要介護5) 【基本部分：(通常規模型)】

	利用者の要介護度	基本利用料 (注1)	利用者負担金 (注2)
			基本利用料の1割の場合
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,700円	570円
	要介護2	6,730円	673円
	要介護3	7,770円	777円
	要介護4	8,800円	880円
	要介護5	9,840円	984円
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) 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定されます。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) 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】 次の要件を満たす場合、上記の基本部分に次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 1割
入浴介助 加算	(I) 利用者の入浴介助を行った	<input checked="" type="checkbox"/>	400円	40円
	(II) 場合(1日につき)	<input type="checkbox"/>	550円	55円
口腔・栄養 スクリー ニング加算	(I) 当該加算の算定要件を満たす	<input checked="" type="checkbox"/>	200円	20円
	(II) 場合(6月に1回を限度)	<input type="checkbox"/>	50円	5円
若年性認知症	若年性認知症利用者へサービ		600円	60円

利用者受入加算	ス提供した場合（1日につき）				
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（支給限度額管理対象外）		1月の利用料金 （基本部分＋延長加算） の5%		左記額の1割
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）	<input type="checkbox"/>	220円	22円
	(II)	※いずれか1つを算定する。 （支給限度額管理対象外）	<input checked="" type="checkbox"/>	180円	18円
	(III)		<input type="checkbox"/>	60円	6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 ※いずれか1つを算定する。 （支給限度額管理対象外）	<input type="checkbox"/>	月の利用料の9.2%	左記額の1割
	処遇改善加算(II)		<input type="checkbox"/>	月の利用料の9.0%	
	処遇改善加算(III)		<input checked="" type="checkbox"/>	月の利用料の8.0%	
	処遇改善加算(IV)		<input type="checkbox"/>	月の利用料の6.4%	

**【減算】** 次の要件を満たす場合、上記の基本部分から次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 1割
事業所が送迎を行わない場合	当該減算の要件に該当した場合（片道につき）	470円	47円

## (2) その他の費用

食事代	食事を提供した場合、1回につき650円の食費をいただきます。
-----	--------------------------------

## (3) キャンセル料

都合によりサービスの利用をキャンセルする場合は、当事業所にご連絡ください。

**連絡先（電話番号） 0256-57-5570**

利用予定日の直前にキャンセルした場合は、次のとおり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	備考
利用予定日の前日まで	不要	容態急変の場合などは いたしません。
利用予定日の当日	食事代650円	

## (4) 利用料の請求及び支払い方法

利用料金その他の 費用の請求方法等	利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ご利用当月分の利用料請求書を、翌月15日までにご利用者宛に送付いたします。
支払方法等	利用当月分の料金合計額を、翌月20日に指定の金融機関預金口座より引落しいたします。 契約の際には預金口座振替依頼書のご記入をお願いします。 お支払いの確認後領収書を発行いたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

## 8. 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。

## 9. 事故発生時の対応

サービス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。

## 10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の次の窓口でお受けします。

窓口設置場所	田上町デイサービスセンター康養園
苦情解決責任者	西澤ひろみ
苦情受付担当者	笹川奈津江 水戸恆存
連絡先(電話番号)	0256-57-5570

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	田上町役場 保健福祉課	電話番号 0256-57-6112
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

## 11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの利用にあたって留意していただきたいことは、次のとおりです。

- (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時は、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡下さい。
- (4) 職員への贈り物や飲食物の提供などはお断りします。

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、上記のとおり説明しました。

事業者 所在地 南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地

事業者名 社会福祉法人田上町社会福祉協議会

代表者職・氏名 会長 高橋勝之 印

説明者職・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 田上町大字

氏名 印

家族(又は法定代理人) 住所

氏名 印