

通所介護 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 南魚沼福祉会
主たる事務所の所在地	〒949-6428 新潟県南魚沼市五郎丸5番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 理事長名
設立年月日	昭和62年7月15日
電話番号	025-775-7525

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	みなみ園デイサービスセンター	
サービスの種類	通所介護	
事業所の所在地	〒949-6680 新潟県南魚沼市六日町712番地4	
電話番号	025-773-3155	
指定年月日・事業所番号	平成12年3月15日指定	1572400065
実施単位・利用定員	1単位	定員 30人
通常の事業の実施地域	南魚沼市（旧六日町、旧塩沢町）	

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、精神的負担軽減を図るサービスです。

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8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前8時00分から午後4時30分まで

6. 事業所の職員体制

みなみ園デイサービスセンター

従業者の職種	勤務の形態・人数	資格等
生活相談員	常勤 1人以上	社会福祉士等
看護職員	常勤 1人以上	看護師等
介護職員	常勤 4人以上	介護福祉士等
機能訓練指導員	常勤 1人以上	看護師等

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及び管理責任者（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 施設長名
担 当 職 員	生活相談員 生活相談員名

8. 利用料

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料金は次のとおりです。

- ① 利用者負担金（別紙料金表のとおりです）
- ② その他の費用（別紙料金表のとおりです）
- ③ ①および②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	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直後の平日）にあなたが指定する口座より引き落とします。
<input type="checkbox"/> 現金支払い	サービスを利用月の翌月27日までに、現金にてお支払いを願います。

9. サービスの中止

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）： 025-773-3155

10. 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	() — —

11. 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、居宅介護支援事業者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。

12. 非常災害対策

- ・当事業所では、法令の定めにより年2回の防災訓練を実施しております。
- ・当事業所では、法令に定める防災設備（消火器、消火栓、スプリンクラー等）を設置しております。
- ・当事業所では、寝具、カーテン等に難燃性のものを使用しております。
- ・当事業者は、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、火災以外の事象別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。
- ・万一災害が発生した場合は、職員の指示に従って落ち着いて行動してください。

1 3. 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	025-773-3155
	面接場所	当事業所の相談室
	苦情受付時間	当事業所の営業日及び営業時間に同じ
	担当者	担当者名

(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	南魚沼市介護保険課	電話番号025-773-6675
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号025-285-3022

1 4. 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居宅介護支援事業者又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 5. 担当職員の変更

担当職員及び管理責任者が変更となる場合は、書面にて新たな担当職員をお知らせします。

1 6. 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		

料金表（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、原則として次の利用料の1割（一定の所得のある方は2又は3割負担となり（ ）内金額が2倍又は3倍となります）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は、利用料の全額をご負担いただきます。

1. 【基本部分】：通所介護費（ ）内が実際に負担いただく額です。

所要時間	利用料（1回につき）				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満	3,700円 (370円)	4,230円 (423円)	4,790円 (479円)	5,330円 (533円)	5,880円 (588円)
4時間以上5時間未満	3,880円 (388円)	4,440円 (444円)	5,020円 (502円)	5,600円 (560円)	6,170円 (617円)
5時間以上6時間未満	5,700円 (570円)	6,730円 (673円)	7,770円 (777円)	8,800円 (880円)	9,840円 (984円)
6時間以上7時間未満	5,840円 (584円)	6,890円 (689円)	7,960円 (796円)	9,010円 (901円)	10,080円 (1,008円)
7時間以上8時間未満	6,580円 (658円)	7,770円 (777円)	9,000円 (900円)	10,230円 (1,023円)	11,480円 (1,148円)
8時間以上9時間未満	6,690円 (669円)	7,910円 (791円)	9,150円 (915円)	10,410円 (1,041円)	11,680円 (1,168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。

2. 【加算・減算】

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に加算します。（1回につき）	400円（40円）
サービス提供体制強化加算（I）	介護福祉士を70%以上または勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置した場合に加算します。（1回につき）	220円（22円）
中重度加算	要介護3以上の利用者を30%以上受け入れている場合に加算します。（1回につき）	450円（45円）
送迎減算	自宅と施設の送迎を行わない場合に減算します。（片道につき）	470円（47円）
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を決められたデータにより定期的に厚生労働省へ提出。必要に応じて、厚生労働省からの情報を、ケアの効果や課題等の把握、サービス見直しのために分析に活用している場合に算定します。（1月につき）	400円（40円）
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合、基本報酬を減算します。	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

業務継続計画未策定減算	感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算します。	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算
介護職員等処遇改善加算（I）	介護職員の賃金改善等の処置を実施している場合に加算します。	1月の利用料金（基本部分＋各種加算減算）に9.2%

（注1）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定されます。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。

（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。

3. 【その他の費用】

食事料金	昼食の提供を行った場合、一日につき750円をご負担頂きます。（おやつ代を含む）
紙おむつ料金	当事業所で用意する紙おむつ・紙パンツを利用した場合 1枚につき80円 当事業所で用意するパッド類を使用した場合 1枚につき30円
キャンセル料	当日連絡がなく利用を中止された場合、キャンセル料として750円を頂くことがあります。（ご利用者の体調不良などやむをえない場合を除きます。）
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。

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	新潟県南魚沼市六日町7 1 2 番地 4
	事業者名	社会福祉法人 南魚沼福祉会 特別養護老人ホームみなみ園
	代表者職・氏名	施設長 施設長名 印
	説明者職・氏名	_____ 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 _____
本人との続柄 _____
氏名 _____ 印

立会人 住所 _____
氏名 _____ 印

個人情報の使用の同意にかかる事項

わたし(利用者及びその家族)の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲以内で使用することに同意します。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1. 当事業者内部での利用目的
 - ① 当施設が利用者等に提供する介護サービス
 - ② 介護保険事務
 - ③ 介護サービスのご利用にかかる当施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・会計、経理
 - ・事故等の報告
 - ・当該ご利用者様の介護サービスの向上
2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的
 - ① 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち次のもの
 - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・その他の業務委託
 - ・利用者の診察等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・家族への心身の状況説明
 - ② 介護保険事務のうち次のもの
 - ・保険事務の委託（一部委託含む）
 - ・審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
 - ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

1. 当事業者内部での利用に係る利用目的
 - ① 当施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ・当施設等において行われる学生等の実習への協力
 - ・当施設において行われる事例研究
2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的
 - ① 当施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・外部監査機関への情報提供
3. 所在不明時等、心身に危険が及ぶ可能性がある場合の情報提供（搜索のための関係機関への情報提供）

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「個人情報の使用」について説明しました。

事業者	所在地	新潟県南魚沼市六日町7-1-2番地4
	事業者名	社会福祉法人 南魚沼福祉会 特別養護老人ホームみなみ園
	代表者職・氏名	施設長 施設長名 印
	説明者職・氏名	_____ 印

私は、事業者より上記の「個人情報の使用の同意にかかる事項」について説明を受け、必要最小限の範囲以内で使用することに同意します。

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所 _____
本人との続柄 _____
氏名 _____ 印

立会人 住所 _____
氏名 _____ 印