

通所介護サービス契約書

様（以下「利用者」と略します。）と社会福祉法人十日町福祉会（以下、「事業者」と略します。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護（又は要支援）状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（又は要支援）認定有効期間満了日までとします。

2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

（個別サービス計画の作成及び変更）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画（又は介護予防サービス・支援計画）の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。個別サービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得、交付します。

2 事業者は、計画実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成します。

3 事業者は、利用者の心身の状況、また、その置かれている環境等の変化により援助目標や具体的なサービス内容を変更する必要がある場合、または利用者もしくはその家族等の要請に応じて、個別サービス計画について変更の必要があると認められた場合には、利用者及びその家族等と協議して個別サービス計画を変更するものとします。また、変化が見られない場合においても、一定期間ごとに個別サービス計画の見直しを行います。

変更した個別サービス計画については、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得、交付します。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が居宅サービス計画（又は総合事業・通所介護相当サービス計画）の範囲内で可能であり、

第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

- 3 事業者は、利用者が居宅サービス計画（又は総合事業・通所介護相当サービス計画）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。
- 4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

第5条 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

- 2 利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。
- 3 利用者が、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし、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。

（利用料の変更）

第6条 事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

（利用料の滞納）

第7条 利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び利用者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。
- 4 介護保険適用時の場合でも、介護保険料の滞納により、介護保険負担割合証に記載された割合の額である利用者負担が3割（3割負担の方は4割）に引上げられる等の給付制限が行われます。

（利用者の解約権）

第8条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

- 2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。
 - 一 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合

- 二 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合
- 三 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

(事業者の解約権)

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- 一 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合
 - 二 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- 一 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- 二 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- 三 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- 四 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- 五 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- 六 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- 七 利用者が（介護予防）特定施設入居者生活介護又は（介護予防）認知症対応型共同生活介護又は（介護予防）小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護を受けることとなった場合
- 八 利用者の要介護状態区分が自立となった場合
- 九 利用者が死亡した場合

(損害賠償)

第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

- 2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
- 3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

(守秘義務)

第12条 事業者及び事業者の従業員は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

- 2 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報

を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

- 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の居宅サービス計画（又は総合事業・通所介護相当サービス計画）立案のためのサービス担当者会議並びに介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び居宅サービス事業者（又は総合事業・通所介護相当サービス事業者）との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
- 4 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 5 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

（苦情処理）

- 第13条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。
 - 3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

（サービス内容等の記録の作成及び保存）

- 第14条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。
- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。
 - 3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ、第1項の記録の写しを交付することができるものとします。

（契約外条項）

- 第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、居宅介護サービス（又は総合事業・通所介護相当サービス）に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

通所介護サービス・総合事業 通所介護相当サービス 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、新潟県条例の規定に基づき、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	社会福祉法人十日町福祉会
主たる事務所の所在地	〒948-0144 新潟県十日町市水口沢99番地
代表者（職名・氏名）	理事長 尾身 晴夫
設立年月日	平成20年10月 1日
電話番号	025-761-7340

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターよしだ		
サービスの種類	通所介護・総合事業 通所介護相当サービス		
事業所の所在地	〒948-0106 新潟県十日町市南鑑坂446番地1		
電話番号	025-761-7182		
指定年月日・事業所番号	平成23年5月1日指定（通所介護） 平成30年4月1日指定（通所介護相当）	1571000940	
実施単位・利用定員	1単位	定員30人	
営業日	通年営業（元日除く）		
営業時間	午前8時00分から午後5時00分まで		
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時00分まで 延長時間は、午前8時00分から午前9時00分まで 及び 午後4時00分から午後6時00分までとします。		
事業所の職員体制	生活相談員 常勤 1人以上 看護職員 常勤 0人 非常勤（兼務） 2人以上 介護職員 常勤 2人以上 （兼務）1人以上 非常勤 1人以上 機能訓練指導員 常勤 1人以上 非常勤（兼務） 1人以上		
提供するスタッフ ・勤務体制	管理者	施設全体の管理を担当します。	8：30～17：30
	生活相談員	施設での生活全般のご相談を担当します。	8：00～17：00
	看護職員	療養上のお世話を担当します。	9：00～16：00
	介護職員	お身体の介護を担当します。	8：00～17：00
	機能訓練指導員	機能訓練の指導を担当します。	9：00～16：00
通常の事業の実施地域	十日町市		

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（又は総合事業・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. 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）、及び管理責任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。

管理者	富井 健二
生活相談員	金澤 浩之

6. 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介護保険負担割合証に記載された割合の額です。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。

また、保険料滞納に伴い給付制限を受けている利用者については、利用者負担金及び支払方法が変わる事があります。

（1）通所型サービス（総合事業 通所介護相当サービス）

【基本部分】

利用者の 要介護度	通所型サービス費	
	基本利用料 ※（注1）参照	
要支援1	4,360円／1回	17,980円／1ヶ月 （5回以上利用の場合）
要支援2	4,470円／1回	36,210円／1ヶ月 （9回以上利用の場合）

（注1）上記の基本利用料は、十日町市が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
サービス提供体制強化 加算Ⅰ	介護職員総数のうち介護福祉士を70%以上配置 勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置 上記いずれかに該当している場合。	要支援1	880円／1ヶ月
		要支援2	1,760円／1ヶ月
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	介護職員総数のうち介護福祉士を50%以上配置 している場合。	要支援1	720円／1ヶ月
		要支援2	1,440円／1ヶ月
サービス提供体制強化 加算Ⅲ	介護職員総数のうち介護福祉士を40%以上配置 勤続7年以上の者を30%以上配置 上記いずれかに該当している場合。	要支援1	240円／1ヶ月
		要支援2	480円／1ヶ月
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／1ヶ月
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、 そのた心身の状況等の係る基本的な情報を厚生労働省に提出 し、必要に応じサービス計画を見直す等、サービスの提供に 当たって、適切かつ有効にサービス提供するために必要な情 報を活用している場合。		400円／1ヶ月
生活機能向上 グループ活動加算	利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合。 ※ただし、注(1)(2)(3)のいずれかを算定している場合は算 定しない。		1,000円
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行 った場合。(注2)		2,000円／1ヶ月
口腔機能向上加算	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能 向 上サービスを行った場合。(注3)		1,500円／1ヶ月
選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	利用者へ選択的サービスのうち複数のサービスを行った場合 ※注(1)(2)(3)のいずれかを算定している場合は算定しない。 またか加算ⅠまたはⅡのいずれか1つを算定する。		4,800円／1ヶ月
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合で口腔 の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、その情報を 担当介護支援員に提供している場合。		7,000円／1ヶ月
事業所評価加算	当該加算の算定基準に適合し、かつ評価対象期間中、利用者 の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合。		1,200円／1ヶ月
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 <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。 (注4)		1ヶ月の利用料金 (基本部分+延長 加算)の5%

介護職員等処遇改善 加算Ⅰイ～Ⅳ	経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置している事。 算定した単位数のⅠイは11.1%、Ⅰロは12%、Ⅱイは10.9% Ⅱロは11.8%、Ⅲは9.9%、Ⅳは8.3% ※（注5）	1ヶ月の利用料金 (基本部分+各種加算 減算)の12%
---------------------	---	-----------------------------------

（注4）（注5）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。

（2）通所介護

【基本部分：通所介護費（通常規模型）】 ※（注1）参照

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	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
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,700円	6時間以上 7時間未満	要介護1	5,840円
	要介護2	4,230円		要介護2	6,890円
	要介護3	4,790円		要介護3	7,960円
	要介護4	5,330円		要介護4	9,010円
	要介護5	5,880円		要介護5	10,080円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,880円	7時間以上 8時間未満	要介護1	6,580円
	要介護2	4,440円		要介護2	7,770円
	要介護3	5,020円		要介護3	9,000円
	要介護4	5,600円		要介護4	10,230円
	要介護5	6,170円		要介護5	11,480円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,700円	8時間以上 9時間未満	要介護1	6,690円
	要介護2	6,730円		要介護2	7,910円
	要介護3	7,770円		要介護3	9,150円
	要介護4	8,800円		要介護4	10,410円
	要介護5	9,840円		要介護5	11,680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。

【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	加算額
		基本利用料
延長加算 (8時間以上9時間未満の 通所介護の前後に日常生活 の世話をを行う場合)	所要時間が9時間以上10時間未満の場合。	500円
	所要時間が10時間以上11時間未満の場合。	1,000円
	所要時間が11時間以上12時間未満の場合。	1,500円
	所要時間が12時間以上13時間未満の場合。	2,000円
	所要時間が13時間以上14時間未満の場合。	2,500円
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/1日
入浴介助加算 (II)	(I)の要件に加え、医師等が居宅訪問し、浴室での動作及び環境を評価した上で個別の入浴計画を作成し、居宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合。	550円/1日
個別機能訓練加算 I (イ)	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合	560円/1日
個別機能訓練加算 I (ロ)	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合	760円/1日
個別機能訓練加算 II	加算 (I)に加え、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ヶ月
生活機能向上連携加算	当該加算の人員要件を満たす者が職員と共同で機能訓練計画を作成した場合。※個別機能訓練加算を算定している場合、1月につき (I) 100単位 (II) 200単位	(I) 1,000円 (II) 2,000円 /1ヶ月
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の係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じサービス計画を見直す等、サービスの提供に当たって、適切かつ有効にサービス提供するために必要な情報を活用している場合。	400円/1ヶ月
ADL維持等加算 (I)	体制・人員要件を満たし、評価対象利用期間において日常生活動作の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合。	300円/1ヶ月
ADL維持等加算 (II)		600円/1ヶ月
中重度者ケア体制加算	当該加算の体制および人員要件を満たし、中重度利用者へサービス提供を行った場合。	450円/1日
認知症加算	当該加算の体制・人員要件を満たし、認知症利用者へサービス提供を行った場合。	600円/1日
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。	600円/1日
栄養改善加算	提供に当たり、必要に応じて居宅訪問をし、利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合。	2,000円 /3ヶ月以内

		(月2回)
栄養アセスメント加算	人員要件を満たし、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施。また、利用者の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たり適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。	500円/1ヶ月
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ヶ月毎に口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、その情報を担当介護支援専門員に提供している場合	200円 /6ヶ月に1回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合で口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、その情報を担当介護支援専門員に提供している場合	50円 /6ヶ月に1回
口腔機能向上加算(Ⅰ)	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行った場合。	1,500円 /1回(月2回)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	加算(Ⅰ)の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に、その情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施の為、必要な情報を活用している場合。	1,600円 / 3ヶ月以内 (月2回)
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員総数のうち介護福祉士を70%以上配置 勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置 上記いずれかに該当している場合。	220円/1日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護職員総数のうち介護福祉士を50%以上配置している場合。	180円/1日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	介護職員総数のうち介護福祉士を40%以上配置 勤続7年以上の者を30%以上配置 上記いずれかに該当している場合。	60円/1日
共生型通所介護を伴う場合	共生型通所介護事業所が通所介護サービスを実施する場合	基本報酬所定単価に 93/100を乗じた単位数
生活相談員配置加算	共生型通所介護事業所が生活相談員を配置し、地域に貢献する活動を実施している場合。	130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、 <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 ※(注3)	1月の利用料金 (基本部分+延長加算)の5%
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ～Ⅳ	経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置している事。 算定した単位数のⅠイは11.1%、Ⅰロは12%、Ⅱイは10.9% Ⅱロは11.8%、Ⅲは9.9%、Ⅳは8.3% ※(注4)	1ヶ月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の12%

(注3)、(注4) 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
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当該減算要件に該当した場合	940円／1日
利用者宅と事業所との間の送迎を行わない場合。	当該減算要件に該当した場合	470円／片道
業務継続計画未実施減算	当該減算要件に該当した場合	所定単位数1%
高齢者虐待防止措置未実施減算	当該減算要件に該当した場合	所定単位数1%

(4) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき650円の食費をいただきます。
タオル代	タオルの提供を受けた場合下記の実費をいただきます。 1回／2枚1組（バスタオル、フェイスタオル） 70円
おむつ代	おむつ等の提供を受けた場合、1回につき下記の実費をいただきます。 ・尿取パット 25円 ・フラット型 65円 ・パンツ型 130円 ・おむつかバー型 140円
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。

(5) 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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の50%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

実費負担分（昼食代）におけるキャンセルの取り扱いは以下の通りとします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用日 午前8時以前のお申し出	頂きません
利用日 午前8時以降のお申し出	650円（昼食実費負担分）

(6) 利用者負担の算定例

あなたの契約期間の最初の月の利用者負担金は、次のとおりです。

ア 総合事業 通所介護相当サービス ※負担割合証に記載されている割合をご負担いただきます。

	利用回数	料 金（１０割）			利用者負担金
		月 額	日 額	合 計	
通所介護相当サービス	回	円	円	円	円
サービス提供体制強化加算Ⅰ 支援１		８８０円		円	円
サービス提供体制強化加算Ⅰ 支援２		１７６０円		円	円
栄養スクリーニング加算		円		円	円
科学的介護推進体制加算		４００円		円	円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	算定単位の１２％（月額）			円	円
実費負担	※かかった分だけ実費をいただきます。				利用者負担金
食 費	回	６５０円		円	円
タオル代	回	７０円		円	円
その他	内容；				円
合 計					円

イ 通所介護 ※負担割合証に記載されている割合をご負担いただきます。

	利用回数	料 金（１０割）		利用者負担金
		１回	合 計	
通所介護料金（要介護 ）	回	円	円	円
入浴介助加算（Ⅰ）	回	４００円	円	円
入浴介助加算（Ⅱ）	回	５５０円	円	円
中重度者ケア体制加算	回	４５０円	円	円
認知症加算	回	６００円	円	円
個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	回	５６０円	円	円
個別機能訓練加算Ⅱ	１ヶ月	２００円		円
口腔・栄養スクリーニング加算	６ヶ月/１回	２００円		円
科学的介護推進体制加算	１ヶ月	４００円		円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	回	２２０円	円	円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	算定単位の１２％（月額）			円
実費負担	※かかった分だけ実費をいただきます。			利用者負担金
食 費	回	６５０円	円	円
タオル代	回	７０円	円	円
その他	内容；			円
合 計				円

（７）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。

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、１０日以内に差し上げます。

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。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）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末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

７．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	０２５－
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄）	（ ）
	電話番号	－

８．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。

９．非常災害時の対応

万が一の非常災害に備え、防災設備の点検、避難経路の周知を行い、防災教育を含む年２回以上の避難訓練を実施し、利用者の安全に万全を期するものとします。

10. 虐待防止の取り組み

人権擁護、高齢者虐待の防止等のため、責任者を配置、必要な体制を整備し対応します。

事業所相談窓口	電話番号 025-761-7182 面接場所 当事業所の相談室
虐待防止担当者	生活相談員 金澤 浩之
虐待防止責任者	管理責任者 富井 健二

11. 身体拘束についての対応

本施設は当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束は行いません。但し、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合は、その様態及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに、緊急やむを得ない理由を記録します。

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	電話番号 025-761-7182 面接場所 当事業所の相談室
苦情受付担当者	生活相談員 金澤 浩之
苦情受付責任者	管理責任者 富井 健二

(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	十日町市市民福祉部福祉課	電話番号 025-757-3757
	小千谷市福祉課介護保険係	電話番号 0258-83-3517
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

(3) 苦情処理第三者委員

第三者委員	水落 久夫	電話番号025-759-2123
	村山 幸子	電話番号025-758-2420

13. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施はしていません。

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。

令和 年 月 日

(事業者) 私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。サービス提供にあたり、別紙の通り重要事項を説明しました。

事業者	住所	新潟県十日町市水口沢99番地		
	事業者(法人名)	社会福祉法人	十日町福祉会	
	代表者職・氏名	理事長	尾身 晴夫	印
	説明者職・氏名	生活相談員		印

(利用者) 私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

また、第12条第3項及び4項に定める利用者、利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

(家族代表) 私は、第12条第3項及び第4項に定める利用者と家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表	住所	
	氏名	印

(署名代行者) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者	住所	
	氏名	印
	本人との続柄	

(法定後見人) 私は、第12条第3項及び4項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

法定後見人	住所	
	氏名	印