

総合事業

第1号通所事業契約書別紙 (兼重要事項説明書)

デイサービスセンター

くるま花木水

特定非営利活動法人

淡路島シャロームの会

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（通所型サービス）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	特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会
主たる事務所の所在地	〒656-2311 淡路市久留麻2 2 1 番地 3
代表者（職名・氏名）	理事長 岡田光正
設 立 年 月 日	平成18年2月20日
電 話 番 号	0799-74-3583

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くるま花水木	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業（通所介護相当サービス、緩和した基準によるサービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒656-2311 淡路市久留麻2 3 5 番地	
電 話 番 号	0799-74-0087	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	2 8 7 1 6 0 1 1 6 3
実施単位・利用定員	1 単位	定員 1 8 人
通常の事業の実施地域	淡路市（東浦・岩屋圏域）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、第1号通所事業（通所介護相当サービス）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、利用者の要支援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

第1号通所事業（通所介護相当サービス）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を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	毎週火曜日、木曜日及び土曜日 ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで
サービス 提供時間	午前9時30分から午後4時45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
管理者	常勤兼務 1人
生活相談員	常勤兼務 2人
看護職員	常勤兼務 1人
介護職員	常勤兼務 3人
機能訓練指導員	常勤兼務 1人

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（生活相談員）及びその管理責任者（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。

担当職員の氏名	生活相談員	狩山佳子	平岡裕子
管理責任者の氏名	管理者	狩山佳子	

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、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険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）第1号通所事業（通所介護相当サービス）の利用料

【基本部分】

利用者の 要介護度	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業対象者 要支援1	1週に1回程度の利用で1月の中で 5回以上利用の場合	17,980円／月	1,798円	3,596円
事業対象者 要支援2	1週に2回程度の利用で1月の中で 9回以上利用の場合	36,210円／月	3,621円	7,242円
事業対象者 要支援1	1月の中で全部で4回まで	4,360円／回	436円	872円
事業対象者 要支援2	1月の中で全部で4回まで	4,470円／回	447円	894円

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。

(2) 第1号通所事業（緩和した基準によるサービス）の利用料

【基本部分】

利用者の 要介護度	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業対象者 要支援1	1週に1回程度の利用で1月の中で 5回以上利用の場合	15,270円／月	1,527円	3,054円
事業対象者 要支援2	1週に2回程度の利用で1月の中で 9回以上利用の場合	30,750円／月	3,075円	6,150円
事業対象者 要支援1	1月の中で全部で4回まで	3,710円／回	371円	742円
事業対象者 要支援2	1月の中で全部で4回まで	3,800円／回	380円	760円

【加算】

サービスを利用した場合、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		
		加算額	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
介護職員等処遇改善 加算Ⅱ	旧処遇改善加算Ⅰ 旧特定処遇加算Ⅱ、 旧ベースアップ等支援加算の 要件を満たしている事	所定単位数の90/1000加算		

(注) 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、上記基本部分の額から以下の料金を減算します。

減算の種類	減算の要件	減算額	
同一建物減算	事業所と同一建物等に居住する利用者にサービスを行う場合又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合	事業対象者 要支援1	3,760円／月
		事業対象者 要支援2	7,520円／月

（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770円の食費（おやつ代などを含む）をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、費用の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。

（４）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
利用予定日の前日まで	不要
利用予定日の当日	利用者負担金の10%の額

（５）支払い方法

利用料は、事業者が利用付きの翌日 10 日頃までに利用者に届ける請求書（利用明細書）により利用月の翌月 15 日（銀行休業日は翌日 16 日）にゆうちょ銀行から自動引き落としにて支払うものとします。再引き落としは 25 日（銀行休業日は翌 26 日）となります。

なお、事業者が利用者からの支払いを受けたときは、利用者あての領収書を発行し、次回請求日の請求書とともにお送りいたします。

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	
	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	

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、淡路市地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．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 0799-74-0087 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	淡路市地域福祉課	電話番号 0799-64-2145
	兵庫県国民健康保険団体連合会	電話番号 078-332-5617

12. 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、できる限り早めに淡路市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。

13. 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。

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 兵庫県淡路市久留麻221番地3
 事業者（法人）名 特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会
 代表者職・氏名 理事長 岡田光正 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