

契約書別紙(兼重要事項説明書)

お客様（利用者）に対するサービスの提供時間にあたり、当事業者がお客様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

| | |
|-----------|---------------------------|
| 名 称 | 公益財団法人 モラロジー道德教育財団 |
| 所 在 地 | 〒277-8654 千葉県柏市光ヶ丘二丁目1番1号 |
| 代 表 者 | 理事長 廣池 幹堂 |
| 創 立 年 月 日 | 大正15年8月17日 |
| 電 話 番 号 | 04-7173-3111 |

2. ご利用事業所の概要

| | | |
|-------------|---------------------------|---------------|
| ご利用事業所の名称 | 麗しの杜 2号館デイサービスセンター | |
| サービスの種類 | 地域密着型通所介護 | |
| 事業所の所在地 | 〒277-8654 千葉県柏市光ヶ丘二丁目1番1号 | |
| 電話番号 | 04-7171-5737 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和5年4月1日 | 柏市 1292200860 |
| 利用定員 | 定員18人 | |
| 通常の事業の実施地域 | 柏市（当事業所より4km圏内） | |

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、心身機能の維持向上及び社会的孤立感の解消を図るとともに、その家族の身体的・精神的な負担の軽減を図ることを目的とする。 |
| 運営の方針 | サービスの提供にあたっては、「おもてなし」をモットーに、利用者に敬意を払い（その人の生きてきた背景を知る）一つ一つ丁寧にサービスを行うことで、介護というサービスを実感していただく。また、家族に対しては私達と家族が「共に介護をしている」という観点から、利用者本人だけでなく家族に対してのケアや家族の介護力向上のために協同する。 |

4. 提供するサービスの内容

地域密着型通所介護事業は、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、排泄、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支援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 | 月曜日から金曜日まで。ただし、年末年始（12/30～1/3）除く。 |
| 営業時間 | 8時30分から17時30分まで |
| サービス提供時間 | 9時から16時15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 | 営業日ごとにサービス提供時間を通じて兼務で1名 |
| 生活相談員 | 営業日ごとにサービス提供時間を通じて兼務で1名 |
| 看護職員 | 営業日ごとにサービス提供時間を通じて兼務で1名 |
| 介護職員 | 営業日ごとにサービス提供時間を通じて兼務で3名以上 |
| 機能訓練指導員 | 営業日ごとにサービス提供時間を通じて兼務で1名 |

7. 事業所の設備の概要

| | | | |
|----------|-------|-----|----|
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 | 静養室 | 3室 |
| 浴室 | 一般浴槽 | 相談室 | 1室 |
| | チェア浴槽 | 送迎車 | 3車 |

8. サービス提供の担当者

| | |
|----------|-------------|
| 担当職員の氏名 | 生活相談員 斎藤 昌乃 |
| 管理責任者の氏名 | 管理者 塩崎 真照 |

9. 利用料

お客様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、お客様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応じた基本利用料の1割、2割又は3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。特定施設入居者様など介護保険の適用を受けない地域密着型通所介護サービス利用料は、負担割合証に応じた基本利用料の10割の額となります。

(1) 地域密着型通所介護サービスの利用料

● 4時間以上5時間未満

| 介護度 | 単位数 | 基本利用料 | 利用者負担 (1割) | 利用者負担 (2割) | 利用者負担 (3割) |
|------|-----|-------|---------------|---------------|---------------|
| 要介護1 | 435 | 4,467 | 447 | 894 | 1,341 |
| 要介護2 | 499 | 5,124 | 513 | 1,025 | 1,538 |
| 要介護3 | 564 | 5,792 | 580 | 1,159 | 1,738 |
| 要介護4 | 627 | 6,439 | 644 | 1,288 | 1,932 |
| 要介護5 | 693 | 7,117 | 712 | 1,424 | 2,136 |

● 5時間以上6時間未満

| 介護度 | 単位数 | 基本利用料 | 利用者負担 (1割) | 利用者負担 (2割) | 利用者負担 (3割) |
|------|-------|--------|---------------|---------------|---------------|
| 要介護1 | 655 | 6,726 | 673 | 1,346 | 2,018 |
| 要介護2 | 773 | 7,938 | 794 | 1,588 | 2,382 |
| 要介護3 | 893 | 9,171 | 918 | 1,835 | 2,752 |
| 要介護4 | 1,010 | 10,372 | 1,038 | 2,075 | 3,112 |
| 要介護5 | 1,130 | 11,605 | 1,161 | 2,321 | 3,482 |

● 6時間以上7時間未満

| 介護度 | 単位数 | 基本利用料 | 利用者負担 (1割) | 利用者負担 (2割) | 利用者負担 (3割) |
|------|-------|--------|---------------|---------------|---------------|
| 要介護1 | 676 | 6,942 | 695 | 1,389 | 2,083 |
| 要介護2 | 798 | 8,195 | 820 | 1,639 | 2,459 |
| 要介護3 | 922 | 9,468 | 947 | 1,894 | 2,841 |
| 要介護4 | 1,045 | 10,732 | 1,074 | 2,147 | 3,220 |
| 要介護5 | 1,168 | 11,995 | 1,200 | 2,399 | 3,599 |

● 7時間以上8時間未満

| 介護度 | 単位数 | 基本利用料 | 利用者負担 (1割) | 利用者負担 (2割) | 利用者負担 (3割) |
|------|-------|--------|---------------|---------------|---------------|
| 要介護1 | 750 | 7,702 | 771 | 1,541 | 2,311 |
| 要介護2 | 887 | 9,109 | 911 | 1,822 | 2,733 |
| 要介護3 | 1,028 | 10,557 | 1,056 | 2,112 | 3,168 |
| 要介護4 | 1,168 | 11,995 | 1,200 | 2,399 | 3,599 |
| 要介護5 | 1,308 | 13,433 | 1,344 | 2,687 | 4,030 |

【加算・減算】

以下の要件を満たす場合、上記の通所介護費に以下の料金が加算又は減算されます。

| 加算・減算 | 単位数 | 基本利用料 | 利用者負担 (1割) | 利用者負担 (2割) | 利用者負担 (3割) |
|-------------|-------------|-------|---------------|---------------|---------------|
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 40 | 410 | 41 | 82 | 123 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 160 | 1,643 | 165 | 329 | 493 |
| 処遇改善加算(Ⅰ) | 月額総単位数の5.9% | | | | |
| 送迎減算 | -47 | -482 | -49 | -97 | -145 |

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------|------|------|-------|
| 同一建物減算 | -94 | -965 | -97 | -193 | -290 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40/月 | 410/月 | 41/月 | 82/月 | 123/月 |
| 通所介護ベースアップ等支援加算 | 全利用単位数の1.1%（令和4年12月1日より） | | | | |

- ※ サービス単位に柏市6級地単価（10.27円）を乗じた額となります。
- ※ 送迎を行わなかった場合、片道-47単位（49円）の減額となります。
- ※ 通所介護費、加算ともに通所介護処遇改善加算（I）として月額総単位数に5.9%を乗じた金額をいただきます。
- ※ 通所介護費、加算ともにベースアップ等支援加算として月額総単位数に1.1%を乗じた金額をいただきます。
- ※ 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、利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、新しい利用料を書面でお知らせします。

(2)その他費用(提供した際にかかる費用)

| | |
|-------------------|---|
| 食費(おやつを含む) | 825円/回 |
| クリアケース・ノート代 | 110円/個(原則、初回のみ) |
| レンタルタオル | 110円/組(内訳:バスタオル、フェイスタオル各1枚) ※入浴をされる方 |
| おむつ代 | 80円/個 |
| パット代 | 55円/個 |
| 記録複写代 | 10円/枚 ※利用者又は家族の希望により、介護記録等の複写を提供した場合 |
| イベント参加及び 工作材料費 | 実費 |
| 行事食 | 通常の食費から追加料金 |

(3)支払い方法

上記(1)、(2)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いたしますので、次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、お渡しします。

| 支払い方法 | 支払い要件等 |
|---------|--|
| 口座引き落とし | 毎月の12日までに、前月分の請求をします。請求月の20日にお客様が指定する口座より引き落とします。※振替日が銀行休業日の場合は、翌営業日となります。 |

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 主治医氏名 所在地 電話番号 | 別紙 |
| 緊急連絡先 (家族等) | 氏名(利用者との続柄) 電話番号(携帯電話) | 別紙 |

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、担当の居宅介護支援事業所等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

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 04-7171-5737 苦情担当 管理者、生活相談員 |
|---------|-------------------------------------|

(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。

| | | |
|---------|----------------|-------------------|
| 事業所相談窓口 | 柏市高齢者支援課 | 電話番号 04-7167-1111 |
| | 千葉県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 043-254-7318 |

13. サービス利用のために

| 事項 | 有 無 | 備 考 |
|-----------|-----|-----|
| 時間延長 | 無 | |
| 介護職員への研修 | 有 | |
| サービス計画書 | 有 | |
| 男性介護職員の有無 | 有 | |

14. 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) 金銭や高価な品(記念品、時計、ネックレス等)は、なるべくお持ちにならないようお願いいたします。金銭含め3,000円以上の品については、当施設で責任を負いかねます。
- (4) 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所又は当事業所の担当者へご連絡下さい。また、サービスを中止する場合は、利用日前日の17時までに当事業所までご連絡下さい。17時までにご連絡がなかった場合は、キャンセル料750円をいただきます。ご了承ください。