

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(法人)	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2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 光ヶ丘デイサービスセンター	
サービスの種類	通所介護、介護予防通所介護、第1号通所事業	
事業所の所在地	〒277-8654 千葉県柏市光ヶ丘2丁目1番1号	
電話番号	04-7171-5683	
指定年月日・事業所番号	平成27年7月1日	千葉県 1272205301
利用定員	定員40人	
通常の事業の実施地域	柏市、松戸市、流山市の一部とし、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、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

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	月曜日から土曜日まで 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	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	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専従で1名以上
看護職員	営業日ごとにサービス提供時間を通じて専従で1名以上
介護職員	営業日ごとにサービス提供時間を通じて専従で7名以上

7. 事業所の設備の概要

食堂兼機能訓練室	1室	静養室	1室
浴室	一般浴槽	相談室	1室
	特殊浴槽	送迎車	5台

8. サービス提供の担当者

担当職員の氏名	生活相談員 鈴木瑞穂 樋口竜矢 酒井宏樹
管理責任者の氏名	管理者 鈴木 瑞穂

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。

(1) 第1号通所サービス、通所介護サービスの利用料

<第1号通所サービス> ※第1号通所サービスは1月の料金となります。

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)
事業対象者 要支援1	1,798	18,465	1,847	3,693	5,540
事業対象者 要支援2	3,621	37,187	3,719	7,438	11,157

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の第1号通所サービス費に以下の料金が加算されます。

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)
口腔機能 向上加算(Ⅱ)	160	1,643	165	329	493
科学的介護 推進体制加算	40/月	410/月	41/月	82/月	123/月
介護職員等 処遇改善加算 (Ⅲ)	全利用単位数の8.0%				
送迎減算	-47	-482	-49	-97	-145
同一建物 減算1	-376	-3,861	-387	-773	-1,159
同一建物 減算2	-752	-7,723	-773	-1,545	-2,317

通所型独自サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

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)
事業対象者 要支援1	24	246	25	50	74
事業対象者 要支援2	48	492	50	99	148

※ 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。

※ 第1号通所サービス、加算ともに介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)として月額総単位数に8.0%を乗じた金額をいただきます。

<通所介護費> 【通常規模】※1回の料金

● 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	388	3,984	399	797	1,196
要介護2	444	4,559	456	912	1,368
要介護3	502	5,155	516	1,031	1,547
要介護4	560	5,751	576	1,151	1,726
要介護5	617	6,336	634	1,268	1,901

● 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	570	5,853	586	1,171	1,756
要介護2	673	6,911	692	1,383	2,074
要介護3	777	7,979	798	1,596	2,394
要介護4	880	9,037	904	1,808	2,712
要介護5	984	10,105	1,011	2,021	3,032

● 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	584	5,997	600	1,200	1,800
要介護2	689	7,076	708	1,416	2,123
要介護3	796	8,174	818	1,635	2,453
要介護4	901	9,253	926	1,851	2,776
要介護5	1,008	10,352	1,036	2,071	3,106

● 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	658	6,757	676	1,352	2,028
要介護2	777	7,979	798	1,596	2,394
要介護3	900	9,243	925	1,849	2,773
要介護4	1,023	10,506	1,051	2,102	3,152
要介護5	1,148	11,789	1,179	2,358	3,537

【加算】

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
個別機能 訓練加算(Ⅰ)イ	56	575	58	115	173
個別機能訓練 加算(Ⅱ)	20/月	205/月	21/月	41/月	62/月
科学的介護推進 体制加算	40/月	410/月	41/月	82/月	123/月
介護職員等処遇 改善加算(Ⅲ)	全利用単位数の8.0%				
送迎減算	-47	-482	-49	-97	-145
同一建物減算	-94	-965	-97	-193	-290
サービス提供体制 強化加算(Ⅲ)	6	61	7	13	19

- ※ 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、加算ともに介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)として月額総単位数に8.0%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、これら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)	900円/回
クリアケース代	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、介護記録等の複写の提供を受けた場合
イベント参加費	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、速やかに下記の治療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 04-7171-5683 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いたします。
- (3) 金銭や高価な品（記念品、時計、ネックレス等）については、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790円をいただきます。ご了承ください。

令和 年 月 日

通所介護のご利用者及びご家族に対し、契約書に基づく重要事項を説明しました。

事業者	名称	公益財団法人 モラロジー道德教育財団
	所在地	千葉県柏市光ヶ丘2丁目1番1号
	代表者	理事長 廣池 幹堂 印
事業所名	名称	麗しの杜 光ヶ丘デイサービスセンター
	管理者	鈴木 瑞穂 印
	説明者	印

上記の契約書に基づく重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者	住所
	氏名 印
代理人	住所
	本人との続柄
	氏名 印