

総合事業通所介護（介護予防通所介護に相当するサービス）
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	医療法人社団たつき会菅田医院
主たる事業所の所在地	呉市川尻町東一丁目２１番１号
代表者（職名・氏名）	理事長 菅田 宗樹
設立年月日	平成１１年８月
電話番号	０８２３－８７－２５２９

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	医療法人社団たつき会菅田医院デイサービスセンターつばき	
サービスの種類	総合事業通所介護（介護予防通所介護に相当するサービス）	
事業所の所在地	〒737-2607 呉市川尻町東一丁目２１番１０号	
電話番号	０８２３－８７－０１０８	
指定年月日・事業所番号	平成２２年１０月１日	３４７０５０２７８６
利用定員	１８名	
通常の事業の実施地域	呉市（川尻町・安浦町・仁方地区）	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援者または事業対象者が、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、通所型サービス（通所介護）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、家庭環境などを踏まえ、介護保険法その他の関連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

総合事業通所介護（介護予防通所介護に相当するサービス）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30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9時30分から午後3時30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
生活相談員	常勤3人
看護職員	常勤1人、非常勤2人
介護職員	常勤6人、非常勤2人
機能訓練指導員	常勤1人、非常勤2人

7. 事業所の管理者

あなたへのサービス提供の管理責任者（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。

管理責任者の氏名	管 理 者 児 島 亮
----------	-------------

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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）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、事業対象者は、サービスの利用回数に応じて要支援1または要支援2の方と同額になります。

（1）総合事業通所介護（介護予防通所介護相当）

【基本部分】

サービスの内容 (1月あたり)	通所型サービス費（1月につき）			
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金※（注2）参照		
		（1割）	（2割）	（3割）
週1回程度の通所サービス（通所介護）が必要とされた場合（要支援1、事業対象者）	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
週1回程度の通所サービス（通所介護）が必要とされた場合（要支援2）	18,110円	1,811円	3,622円	5,433円
週2回程度の通所サービス（通所介護）が必要とされた場合（事業対象者、要支援2）	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

（注１）上記の基本利用料は、呉市が定める金額であり、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。

（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（概要）		加算額			
			基本利用料	利用者負担金		
				（１割）	（２割）	（３割）
生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算を実施した月		２，０００円	２００円	４００円	６００円
科学的介護推進体制加算	科学的介護推進体制加算を実施した月		４００円	４０円	８０円	１２０円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合	要支援１	８８０円	８８円	１７６円	２６４円
		要支援２	１，７６０円	１７６円	３５２円	５２８円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	（１月につき） 加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのいずれ	要支援１	７２０円	７２円	１４８円	２１６円
		要支援２	１，４４０円	１４４円	２９６円	４３２円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	か１つを算定する。	要支援１	２４０円	２４円	４８円	７２円
		要支援２	４８０円	４８円	９６円	１４４円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	当該加算の算定要件を満たす場合		１月の利用料金 （基本部分＋各種 加算減算）×９.２％	左記額の１割		

【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（概要）		加算額			
			基本利用料	利用者負担金		
				（１割）	（２割）	（３割）
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	当該減算の要件に該当した場合 （１月につき）	要支援１	▲３，７６０円	▲３７６円	▲７５２円	▲１，１２８円
		要支援２	▲７，５２０円	▲７５２円	▲１，５０４円	▲２，２５６円

（３）その他の費用

食 費 (昼食)	食事の提供を受けた場合、１回につき６９０円の食費をいただきます。 ※利用当日お休みされる場合、お弁当代実費請求させていただきます。
おむつ代	必要に応じて実費としていただきます。
その他	利用者が希望された場合、手芸等レクリエーションの材料費をいただきます。 利用者が希望され、外食や演劇鑑賞など外出レクなどを行った際は、実費としていただきます。

（４）キャンセル料

通所型サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

（５）支払い方法

上記（１）から（３）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。

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月末日（祝休日の場合は直後の平日）
現金払い	サービスを利用した月の翌月の１０日以降に請求させていただきます。

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、速やかに家族、主治医、居宅介護支援事業所、及び市町村等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

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、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）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。

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 ０８２３－８７－０１０８ 管理者 児島 亮
---------	-------------------------------

（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。

呉市役所 介護保険課	所 在 地 電 話 受付時間	広島県呉市中央四丁目１番６号 ０８２３－２５－２６２６ ８：３０～１７：１５
広島県国民健康保険 団体連合会	所 在 地 電 話 受付時間	広島県広島市中区東白鳥町１９番４９号 ０８２－５５４－０７８３ ８：３０～１７：１５

1 2. 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。

1 3. 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 呉市川尻町東一丁目2番1号
事業者（法人）名 医療法人社団たつき会菅田医院
代表者職・氏名 理事長 菅田 宗樹

説明者職・氏名

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

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

氏 名

本人との続柄

立会人 住 所

氏 名