

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業(介護予防通所介護相当)契約書別紙(兼重要事項説明書)

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

サービス提供の責任者(サービスコーディネーター等)は次のとおりです。

なお、サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

電話番号	0467-42-6731
担当者	相談員：三村 智美

2. 当事業所の概要

(1) 指定番号およびサービス提供地域

事業所名	鎌倉ケアハートガーデン
所在地	神奈川県鎌倉市植木624-3
(介護保険指定番号)	1492100589
管理者・連絡先	永山 朋宏 TEL 0467-42-6731
提供可能サービス	第1号通所事業(介護予防通所介護相当)
通常の事業の実施地域	鎌倉市

(2) 定員・設備等

利用者定員	10名 通所介護利用者を含む
食堂兼機能訓練室	84.69 m ²
浴室・脱衣室(共用)	91 m ²
静養室	19 m ²
相談室	7.4 m ²
送迎車	車椅子対応ワゴン車3台・軽自動車1台

(3) 職員体制 運営規定に準ずる。

(4) 営業日および営業時間

営業日	下記の休業日を除く毎日
営業時間	8:30~17:15
サービス提供時間帯	所定のサービスが終了する間(9:30~16:30の間)
休業日	日曜日および12月29日~1月3日
緊急連絡先	0467-42-6731

(5)従事者の業務内容

職 種	業 務 内 容
管理者	管理者は、業務の管理を一元的に行ないます。
生活相談員	生活相談員は、利用者やその家族からの相談に応じると共に、利用の申込に係る調整や通所介護サービス計画の作成・統括を行ないます。
看護職員	看護職員は、利用者の健康状態を把握すると共に、医療的な立場から機能訓練などの指導を行なう他、利用者の家族に対して介護方法の助言支援を行ないます。
介護職員	介護職員は、排泄、食事などの日常的な心身のケアを行なうと共に、様々なグループワーク活動の企画・実施を通して利用者・家族の個別支援を行ないます。

(6)当法人の概要

名称・法人種別	ケアハートガーデン株式会社
代表者役職・氏名	代表取締役 伊東 鐘賛
所在地・連絡先等	〒107-0052(本社) 港区赤坂1-7-1 TEL:03-5549-2600
鎌倉ケアハートガーデン	・指定地域密着型通所介護 ・指定介護認知症対応型通所介護 ・指定介護訪問介護・指定居宅介護支援 ・介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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、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

(1)第1号通所事業(介護予防通所介護相当)

第1号通所事業(介護予防通所介護相当)は、事業者が設置する事業所(デイサービス)に通っていただき、必要に応じ入浴、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。

(2)サービス実施概要等

相談場所	ご利用者のご自宅、またはご利用者(またはその家族)が指定される場所
	当社の相談室
家族懇談会の実施	原則として6ヶ月に1度サービスに関する意見交換およびご家族間の親睦を兼ねた懇談会を催します。また、必要に応じてその都度随時実施いたします。

ケアマネジャー等との連携	ケアマネジャー等との連携を密にし、常に提供するサービスの質の向上に努めていきます。
--------------	---

(3) サービス利用のために

事項	有無	備考
調査(課題把握)の方法	○	弊社通所介護計画アセスメントによる
介護職員等への研修実施	○	年6回 継続研修を実施します
契約後、介護予防プランの作成段階途中でご利用者のご都合により解約した場合の手数料	×	解約料はいただきません

「介護予防ケアプラン」＝介護予防サービス計画書または介護予防マネジメントケアプランとします。

5. 利用料金

(1) サービス利用料金

利用者からお支払いいただく「基本利用料」は、原則として保険者の規定する負担割合証に応じた基本費用の額の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 利用者負担金

利用者負担金は、基本利用料の額、適応する加算及び減算の額、給食費、その他の額(キャンセル料他)の合計となります。お支払いは (3)支払い方法 (口座引落)にてお願いします。

最終頁(署名頁除く)に「11.料金一覧表」としてお示しします。

② 給食費、レクリエーション費およびその他の基本利用料以外の費用については、ご利用者個々の希望と選択に基づいて、費用を徴収いたします。

・給食費 990円/1食

・レクリエーション費 100円/1日 (レクリエーション参加は希望選択制)

・コピー代 サービス実施記録等の複写物のご請求の場合に、1枚につき10円を負担していただきます。

・オムツ代

デイサービスでご使用になるオムツや処置材料につきましては、ご自宅でのご用意をお願い致します。

サービスご利用時に準備されていない場合、不足していた場合には、事業所備え付けの物品を使用させていただきます。料金につきましては、下記単価を月毎の精算時に合せてご請求させていただきます。毎日の現金のご用意は不要です。

種 類	1枚あたりの金額(税抜)
リハビリパンツ(Mサイズ)	100円
リハビリパンツ(Lサイズ)	110円
尿とりパットレギュラー	15円
尿とりパットレギュラーロング	20円
テープ止めタイプ(Mサイズ)	100円
テープ止めタイプ(Lサイズ)	125円

(2) キャンセルについて

① ご利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡下さい。

電話連絡先	0467-42-6731 デイサービス担当
-------	-----------------------

- ②ご利用者のご都合でサービスを中止する場合は、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡下さい。前日または当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承下さい。
- ③キャンセル料は、利用者負担の支払いに併せてお支払いいただきます。食材料費の額に準じています。

時間	キャンセル料
サービス利用の前々日まで	発生なし
サービス利用前日 18:00 まで	昼食材料費相当分 290円
上記時間以降及び当日にキャンセルの連絡をいただいた場合	昼食材料費相当分 580円

(3)支払方法

- ①毎月15日頃に前月分の請求書を発送いたします。
- ②ご指定の預金口座から自動引き落としをさせていただきますので、当社の所定の申込書にご記入の上、ご提出願います。なお、申込みをされた当月は事務手続きの関係上、自動引き落としが間に合わない場合がございます。この場合は、翌月以降にまとめて引き落とさせていただきます。
- ③毎月27日頃に自動で引き落としをさせていただきますので、それまでにご利用者各自の指定口座へお振込み下さい。引き落とし日が土日・祝日にあたる場合は、その翌日の引き落としとなります。
※振込み手数料は当社で負担いたします。

6. 体調不良時の利用について

- (1)感染性の高い病気が増えています。利用当日の体調確認をお願いします。サービスの提供をお断りする場合があります。
- (2)ご利用中に体調が悪くなった場合や、当日の健康チェックの結果により、サービスの内容を変更したり、中止する場合があります。
その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
また必要に応じて速やかにかかりつけ医または医療機関その他関係機関に連絡を取る(救急対応含む)等必要な措置を講じることになります。ご帰宅等のお手配など、ご理解ご協力のほどお願いします。
弊社デイサービスは医療機関ではありませんので、ご帰宅や受診などお手配のない場合の安全を保障しかねます。ご理解ご協力のほどお願いします。
また緊急搬送後の治療(手術等)の同意は、本人家族しかなしえません。ともに速やかなご対応をお願いします。

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。

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、担当の地域包括支援センター及び関係機関等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

※7.8. 事前に、別途「緊急連絡票」へのご記入をお願いします。

救急対応時の重要な情報となりますので、「かかりつけ医」「入院可能病院名」その他について「緊急連絡票」へのご記入の協力をお願いします。緊急時の対応をご確認下さい。また連絡先の携帯電話番号等の変更は事業所へも連絡を確実にお願いします。

9. その他のご留意事項

- ・職員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

10. サービス内容に関する苦情

(1)事業所

当社の本サービスに関するご相談・苦情についてのご相談・苦情を承ります。

担当	電話番号
永山 朋宏	0467-42-6731

(2)その他

当社以外に、市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

藤沢市	介護保険担当 0466-25-1111
鎌倉市	介護保険課介護保険担当 0467-23-3000
横浜市栄区	高齢・障害支援課 045-894-8547
横浜市健康福祉局	高齢在宅支援課 045-671-2405

11. 利用料金一覧表

■基本利用料 1か月あたりの額 第1号通所事業(介護予防通所介護相当)

	要支援1 (及び事業対象者※)	要支援2
鎌倉市	1,655 単位	3,393 単位
10. 68円/単位	17,645 円	36,237 円
1割負担 の場合 1か月のめやす	1,768円	3,624円

注： 藤沢市、横浜市在住の方は、鎌倉市の単位単価になります。※藤沢市の場合

注： 月途中での開始や終了の場合は、日割りでの単位数計算となる場合があります。

上記の単位数に対し、以下★に示す計算方法にて加算及び減算の算定を行うため、上記はあくまで目安です。

注： 上記の基本利用料の額は、「法定代理受領※」の場合にて記載しています。

※法定代理受領：利用料のうち9割分(1割負担の場合)の給付額を、本人給付とせず、直接サービス提供者に給付し、サービス提供事業者が本人の代理として受領すること。

■加算(減算)の額

介護職員 処遇改善加算	サービス提供事業所が大臣基準告示第4号に相当する介護職員の賃金の改善等を実施している場合(加算Ⅰ)	月ごとの所定単位数の 59/1000 5.9%
同一建物減算	サービス提供事業所と同一もしくは隣接する敷地内の建物の利用者にサービスを提供した場合	月ごとの所定単位数の 90/100 90%

■その他の額

当月に必要とされた以下の額。(利用者、その月によって違います。)

- ①給食費
- ②キャンセル料金
- ③コピー代、レクリエーション費、オムツ代等

★第1号事業(介護予防通所介護相当)の基本利用料の計算方法

① 月の包括的単位数(1か月分)	A 単位
② 同一建物減算に該当する場合に減算する。	$A \times 0.9 = B$ 単位
③ 上記算定後、処遇改善加算の額を算定し合計する	$B \times (*\%) = C$ (少数切捨) , $B + C = D$
④ ③に地域単価**円をかけて利用料総額を計算する	$D \times ** =$ 利用総額E円(少数切捨)
⑤ 事業給付分(通常 90%)を計算します(2割負担の場合 80%)	$E \text{円} \times 90(80)\% =$ 事業給付額F円(少数切捨)
⑥ 事業給付分⑤を、④利用料総額から引きます	利用総額E—事業給付額F=基本利用料G円
⑦ ⑥の額が利用料=利用者負担分の金額となります	基本利用料G円

注意1： 介護職員処遇改善加算Ⅰとして、すべてのサービスの単位数の1か月分の合計に加算されます。

2： 1割(2割)負担額=基本利用料は、1を含めたすべての単位数の1か月分の合計から算出されます。

3： 1割(2割)負担額=基本利用料は、⑤の総額に0.1(0.2)を乗じて算出されるわけではありません。

介護予防・日常生活支援総合事業「第1号訪問事業(介護予防通所介護相当)」の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。
本書を2通作成し、利用者および事業者が署名押印の上、それぞれ1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

(説明場所) _____

(事業者) 所在地 神奈川県鎌倉市植木624—3
 名 称 ケアハートガーデン株式会社 鎌倉ケアハートガーデン

説明者氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業「第1号訪問事業(介護予防通所介護相当)」サービスについての重要事項の説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(家族または代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

(本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・押印をし、それをもって契約開始となります。)

(注)サービス開始にあつては他に「個人情報使用承諾書」「緊急連絡票」へのご署名・押印・ご記入をお願いします。