

通所介護サービスに関する契約書別紙 兼 重要事項説明書 (楽楽館第2パワリハスタジオ)

1. サービスの内容

| | |
|---------------|---|
| ご利用場所 | 楽楽館第2パワリハスタジオ 住所:流山市駒木台205-4 |
| 介護保険 事業所番号 | 1272503085 |
| 営業日 | 夏季休暇・年末年始休暇・日曜日を除く毎日(土・祝日も営業) |
| ご利用時間 | ① 午前の部 9:00～12:15 (3時間15分) ② 午後の部 13:15～16:30 (3時間15分) ご利用者には午前の部・午後の部のいずれかを選択していただきます。 |
| 1ヶ月のご利用可能回数 | 要支援1の方又は事業対象者で要支援1相当の方…毎週1回まで 要支援2の方又は事業対象者で要支援2相当の方…毎週2回まで 要介護の方…回数に制限はありませんが、区分支給限度基準にご留意ください |
| ご利用可能施設 | 機能訓練室・相談室・静養室 |
| 介護サービスの内容 | 排泄介助・移動介助などの介助及び機能訓練時の指導・お世話を行います。 |
| 食事等 | 楽楽館第2パワリハスタジオは食事の提供はありません。 |
| 入浴 | 楽楽館第2パワリハスタジオは入浴の提供はありません。 |
| 機能訓練 | パワーリハビリテーション機器及び手法に基づく筋力・神経系の機能訓練を中心とした機能訓練の他に、ウォーキングマシン、上肢交互運動器等を使用した機能訓練を行います。 |
| レクリエーション | パワリハスタジオは、機能訓練に特化した短時間のデイサービスのため、レクリエーション活動は行いません。ただし機能訓練の一環として、回想法「今日は何の日」や、「脳トレ」等を実施します。 |
| 送迎サービス | 流山市、柏市の施設から概ね半径3kmの地域を送迎対象とします。 |
| 個人サービス | 介護保険外サービスは提供していません。 |

2. ご利用料金

介護保険で定められている「通常規模型通所介護サービス」に共通の金額です(ここに記載した自己負担額は概算です)。介護保険を使用せず、実費での利用も可能です。法定代理受領の場合、介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割、法定代理受領以外の場合、介護報酬告示上の額となります。区分支給限度基準額を超過した場合、超過分は自己負担となります。

(1) 基本料金

①「要介護1から要介護5」の利用者の方

要介護度1から5のいずれかの認定を受けている利用者の方の場合、1回あたりの自己負担額は以下の表のとおりです。送迎サービスを含みます。自己負担が1割の場合の例です。

| 介護区分 | 1回あたりの単位数 | 自己負担額(1割負担の場合) |
|------|-----------|----------------|
| 要介護1 | 370 | 380円 |
| 要介護2 | 423 | 435円 |
| 要介護3 | 479 | 492円 |
| 要介護4 | 533 | 548円 |
| 要介護5 | 588 | 604円 |

②「要支援1」若しくは「要支援2」又は「事業対象者」の利用者の方

「要支援1」、「要支援2」および「事業対象者」の方の利用料金は、1回ごとの料金ではなく、月単位の定額料金となります。以下がその定額料金です。送迎サービスを含みます。

| | 1ヶ月あたりの単位数 | 自己負担額 |
|----------------------|------------|--------|
| 要支援1 要支援1相当の事業対象者 | 1,798 | 1,847円 |
| 要支援2 要支援2相当の事業対象者 | 3,621 | 3,719円 |

(2) 加算・減算料金

要介護1から5までのいずれかの認定を受けているご利用者の方については、機能訓練サービスを受ける場合、1回ごとに以下の料金が追加になります。

| | 自己負担額 |
|------------|-------|
| 個別機能訓練加算Ⅰロ | 78円 |

送迎サービスをご利用にならない場合、片道ごとに以下の料金が減算されます。

| | 減算額 |
|----------|-----|
| 通所介護送迎減算 | 48円 |

介護職員の処遇を改善するための加算として以下の料金が加算されます。

| | 自己負担額 |
|---------------|-------------|
| 介護職員等処遇改善加算 I | 料金の合計の 9.2% |

要介護1から要介護5の方について、当館のサービス提供体制が強化されているものとして、1回ごとに以下の料金が追加となります。

| | 自己負担額 |
|----------------|-------|
| サービス提供体制強化加算 I | 22円 |

要支援1、要支援2および事業対象者の方について、当館のサービス提供体制が強化されているものとして、1ヶ月あたり以下の料金が追加となります。

| | 自己負担額 |
|--------------------------|-------|
| 通所型サービス提供体制加算 I 1 (要支援1) | 91円 |
| 通所型サービス提供体制加算 I 2 (要支援2) | 181円 |

(3) その他自己負担となるもの

機能訓練中に約500mlの水分補給が必要となります。水筒ないしペットボトルを持参していただくことを基本としますが、持参いただくことが難しい場合、当施設であらかじめ準備したペットボトル入りの水をご利用いただきます。

リハビリパンツ、パット等当施設で準備した物をご使用になられた場合。

ご利用料金は1ヶ月まとめて請求させていただきます。

| | 金額 |
|------------|------|
| ペットボトルの水代金 | 65円 |
| リハビリパンツ代金 | 120円 |
| パット代金 | 25円 |

(4) キャンセル料金

キャンセル料金の徴収は致しませんが、お休みする場合は出来るだけ早めにご連絡ください。

(5) お支払い方法

当月のご利用分を翌月10日頃までにご請求いたします。お支払方法は以下から選択ください。

| お支払方法 | 説明 |
|------------------|--|
| ゆうちょ口座からの自動引落 | ゆうちょ口座をお持ちの方は、ゆうちょ口座からの自動引落をご利用ください。毎月20日の引き落としとなります。自動引き落とし料は1回当たり10円です。 ゆうちょの場合、福祉事業に関しては、1回当たりの手数料が低く抑えられているため、可能な限りこちらをご利用ください。 |
| その他金融機関口座からの自動引落 | 三菱UFJ銀行、みずほ銀行、三井住友銀行、千葉銀行、JA、信用金庫、信用組合などほとんどの金融機関の口座自動引落が可能です。毎月20日の引き落としとなります。ゆうちょ銀行の利用が難しい場合にご利用ください。自動引き落とし料は1回あたり110円です。 |
| 弊社口座への振込 | 直接弊社のゆうちょ銀行口座、または三菱UFJ銀行口座へ振り込んでいただくことも可能です。振込手数料はご負担願います。 |
| 現金 | 原則として現金でのお支払いは、特別な場合を除き取り扱っておりません。 どうしても現金払いでないと困る方はお申し出ください。 |

3. 送迎時間について

お迎えの時間、お送りの時間はそれぞれ、時 分ごろ、時 分ごろとなります。

4. ご利用時間中の中止について

以下の事由に該当する場合には、ご利用時間中であってもサービス提供を中止する場合があります。

- ・ ご利用者がサービスの中止を希望された場合
- ・ 風邪などの病気により、他のお客様に感染する可能性が高い場合
- ・ ご利用当日の血圧、体温、脈拍等健康チェックの結果、体調不良と判断された場合

5. サービス提供記録の開示

当館におけるサービス提供の記録については、ご利用者の求めに応じ開示いたします。

6. 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護サービスに関する相談、要望、苦情等につきましては、以下へお申し出ください。

電話番号 04-7197-2375 営業時間外は、080-3830-6712

施設長 石井貴久 までお願いします。

(生活相談員:田川靖子 070-1302-3774 でも承ります)

相談・苦情につきましては、行政窓口にお問い合わせいただくことも可能です。

千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 043-254-7428

流山市役所 介護支援課 04-7150-6531

7. その他

- 当館からの連絡事項は「連絡帳」にてお知らせします
- 施設の設備・器具などは、危険防止のため職員に確認の上ご利用ください。
- 当館は介護保険適用の施設のため、金品は一切お断りしております。また職員個人の住所・電話番号はお教えできませんのでご了承ください。

令和 年 月 日

私は、利用者に対して、楽楽館第2パワリハスタジオ利用に関する重要事項の説明を、本書面に基づいて行いました。

| | |
|-------|-----------------|
| 事業所住所 | 千葉県流山市駒木台 205-4 |
| 事業所名称 | 楽楽館第2パワリハスタジオ |
| 施設長氏名 | 石井貴久 印 |
| 説明者 | 石井貴久 |

| | |
|--------|----------------|
| 事業法人住所 | 千葉県松戸市新松戸7-539 |
| 事業法人名称 | 株式会社楽楽館 |
| 代表取締役 | 石川 敬治 |

私は、契約書および本書面により、楽楽館第2パワリハスタジオについて重要事項の説明を受け、了承しました。

利用者

| | | |
|---|---|---|
| 住 | 所 | |
| 氏 | 名 | 印 |

代理人(ご利用者が署名不可能な場合)

| | | |
|----------|---|---|
| 住 | 所 | |
| 氏 | 名 | 印 |
| ご利用者との関係 | | |