

契 約 書 別 紙  
兼 重 要 事 項 説 明 書  
( 通 所 介 護 ・ 介 護 予 防 型 通 所 サービス )



デイサービス  
**フルハウス 柏原**

株式会社カラーズハウス

## 通所介護

### 契約書別紙（兼重要事項説明書）

#### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 カラーズハウス
主たる事務所の所在地	〒813-0062 福岡県福岡市東区松島4丁目1番15号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 徳久 徹也
設立年月日	2015年9月7日
電話番号	092-981-2057

#### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称 サテライト事業所	デイサービス フルハウス柏原	
サービスの種類	通所介護、介護予防型通所サービス	
事業所の所在地	〒811-1353 福岡県福岡市南区柏原5丁目14-17	
電話番号	(TEL) 092-567-8181 (FAX) 092-213-8180	
指定年月日・事業所番号	2023年7月1日指定	4071106118
管理者の氏名	井上 憲一	
実施単位・利用定員	1単位	定員25名
通常の事業の実施地域	福岡市南区、城南区、中央区、那珂川市	

#### 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、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、居宅サービス又は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、利用者の要介護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

通所介護は、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、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・サービス提供時間

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31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00分から午後4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 非常勤 1人
看護職員	常勤 1人 非常勤 4人
介護職員	常勤 2人 非常勤 2人
機能訓練指導員	常勤 1人 非常勤 0人

## 7. 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割の額（一定以上の所得のある方は2割から3割）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。

### 【基本部分：通所介護費】

地域区分	5級地
一単位当たりの単価	10.45円

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	単位数	金額	利用者負担金額		
				1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護1	370	3,867円	387円	774円	1,160円
	要介護2	423	4,420円	442円	884円	1,326円
	要介護3	479	5,006円	501円	1,001円	1,502円
	要介護4	533	5,570円	557円	1,114円	1,671円
	要介護5	588	6,145円	615円	1,229円	1,844円
4時間以上 5時間未満	要介護1	388	4,055円	406円	811円	1,217円
	要介護2	444	4,640円	464円	928円	1,392円
	要介護3	502	5,246円	525円	1,049円	1,574円
	要介護4	560	5,852円	585円	1,171円	1,756円
	要介護5	617	6,448円	645円	1,290円	1,935円

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	単位数	金額	利用者負担金額		
				1割	2割	3割
5時間以上 6時間未満	要介護1	570	5,957 円	596 円	1,192 円	1,787 円
	要介護2	673	7,033 円	703 円	1,407 円	2,110 円
	要介護3	777	8,120 円	812 円	1,624 円	2,436 円
	要介護4	880	9,196 円	920 円	1,839 円	2,759 円
	要介護5	984	10,283 円	1,028 円	2,057 円	3,085 円
6時間以上 7時間未満	要介護1	584	6,103 円	610 円	1,221 円	1,831 円
	要介護2	689	7,200 円	720 円	1,440 円	2,160 円
	要介護3	796	8,318 円	832 円	1,664 円	2,496 円
	要介護4	901	9,415 円	942 円	1,883 円	2,825 円
	要介護5	1,008	10,534 円	1,054 円	2,107 円	3,160 円
7時間以上 8時間未満	要介護1	658	6,876 円	688 円	1,375 円	2,063 円
	要介護2	777	8,120 円	812 円	1,624 円	2,436 円
	要介護3	900	9,405 円	941 円	1,881 円	2,822 円
	要介護4	1,023	10,690 円	1,069 円	2,138 円	3,207 円
	要介護5	1,148	11,997 円	1,200 円	2,400 円	3,599 円

**【加算】**

加算の種類	単位数	金額	利用者負担金額		
			1割	2割	3割
入浴介助加算 (I) (1日につき)	40	418 円	42 円	84 円	126 円
個別機能訓練加算 (I) イ (1日につき)	56	585 円	59 円	117 円	176 円
個別機能訓練加算 (I) ロ (1日につき)	76	794 円	80 円	159 円	238 円
個別機能訓練加算 (II)	20	209 円	21 円	42 円	63 円
サービス提供体制加算 (III)	6	62 円	6 円	12 円	19 円
介護職員等処遇改善加算(II)イ	総単位数の10.9%				

**【減算】**

減算の種類	単位数	金額	利用者負担金額		
			1割	2割	3割
送迎減算 (片道につき)	47	491 円	49 円	98 円	147 円
同一建物減算 (1日につき)	94	982 円	98 円	196 円	295 円

【介護予防通所サービス】

算定項目 (回数頻度・利用者の介護度)		単位数	金額	利用者負担金額		
				1割	2割	3割
イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	要支援1 (1月につき)	1,798	18,789 円	1,879 円	3,758 円	5,637 円
	要支援1 (1日につき)	59	617 円	62 円	124 円	185 円
	要支援2 (週2回程度) (1月につき)	3,621	37,840 円	3,784 円	7,568 円	11,352 円
	要支援2 (週2回程度) (1日につき)	119	1,244 円	125 円	249 円	373 円
	要支援2 (週2回程度) (1月につき)	1,798	18,789 円	1,879 円	3,758 円	5,637 円
	要支援2 (週2回程度) (1日につき)	59	617 円	62 円	124 円	185 円
ロ 1月当たりの回数を定める場合	要支援1 ※1月の中で全部で4回まで (1回につき)	436	4,556 円	456 円	911 円	1367 円
	要支援2 (週2回程度) ※1月の中で全部で8回まで (1回につき)	447	4671 円	467 円	934 円	1401 円
	要支援2 (週1回程度) ※1月の中で全部で4回まで (1回につき)	436	4,556 円	456 円	911 円	1367 円

【加算】

加算の種類		単位数	金額	利用者負担金額		
				1割	2割	3割
運動器機能向上加算		225	2,351 円	235 円	470 円	705 円
サービス提供体制加算(Ⅲ)	要支援1 (週1回程度)	24	250 円	25 円	50 円	75 円
	要支援2 (週1回程度)	24	250 円	25 円	50 円	75 円
	要支援2 (週2回程度)	48	501 円	50 円	100 円	150 円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ		総単位数の10.9%				

## 【減算】

減算の種類		単位数	金額	利用者負担金額		
				1割	2割	3割
同一建物減算	要支援1 (週1回程度)	376	3,929 円	392 円	785 円	1,178 円
	要支援2 (週1回程度)	376	3,929 円	392 円	785 円	1,178 円
	要支援2 (週2回程度)	752	7,858 円	785 円	1,571 円	2,357 円

(注1) 上記の基本利用料は、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、これら基本利用料も自動的に改訂されます。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。

## 【その他の費用（自己負担分）】

昼食代	550 円（おやつ代含む）
オムツ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
通常の事業の実施地域を超えて行う場合の送迎	片道1キロメートル当たり 50円（ガソリン代、実費相当額）
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

## 【キャンセル料】

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、利用者負担金のキャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の80%
利用予定日の当日	利用者負担金の100%、昼食代550 円

## 【自費利用】

自立	1,000円	要介護2	6,000円
要支援1	1,200円	要介護3	9,000円
要支援2	1,200円	要介護4	9,700円
要介護1	5,000円	要介護5	9,700円

その他

入浴	500円	夕食	600円
昼食代	500円	夕食（弁当）	600円
おやつ	500円	延長	1,000円／1時間
レク費	実費	送迎 (通常の事業の実施地域を超える場合)	片道1キロメートル当たり 50円

※原則、自立の利用者様以外は介護保険の利用が対象となりますが、それ以外の利用につきましては、はご相談ください。

## 8. 支払い方法

上記の利用料（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27日（祝休日の場合は直前の平日）に、ご指定の口座より引き落とします
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の15日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 <b>福岡銀行 黒門支店 普通口座 1734611</b>
現金払い	利用料は1カ月単位とし、当月分を翌月中旬までにご請求させていただきます。利用時に集金し、領収書を発行いたします。

## 9. 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。

## 10. 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 092-567-8181 受付時間 午前8時30分から午後5時30分まで 面接場所 当事業所の相談室 担当者 井上 憲一
---------	--

(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。

相談窓口	電話番号
南区 福祉・介護保険課	092-559-5125
城南区 福祉・介護保険課	092-833-4105
中央区 福祉・介護保険課	092-718-1102
那珂川市 高齢者支援課	092-953-2211
福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課	092-642-7859

## 11. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無	なし
-------	----

## 12. 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) 当施設所有の機器を使用される際には、必ず職員にお声がけください。
- (2) 鍵や貴重品におきましては、自己管理での対応をお願い致します。必要に応じてお話を伺いますのでご相談下さい。
- (3) 金銭や物品の貸借におきましては、ご遠慮いただけますようお願い致します。
- (4) 体調や容態の急変などによりサービスをご利用出来なくなった場合には、速やかに当施設へご連絡いただけますようお願い致します。
- (5) 職員への贈り物や飲食のおもてなしは、ご遠慮いただけますようお願い致します。
- (6) ご要望により昼食の持ち込みには応じておりますが、本件に関わる管理並びに事故（食中毒など）におきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

### 13. 秘密保持について

- (1) 事業者及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及びその後見人又は家族の秘密を就業時及び退職後も漏らすことはありません。
- (2) 事業者及びその従業員は、サービス担当者会議等において、利用者及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、利用者及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し書面による同意を得なければ、使用することができません。

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	福岡市東区松島4丁目1番15号	
	事業者名	株式会社カラーズハウス	
	代表者名	徳久 徹也	印
	説明者名		印

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		印

署名代行者（又は法定代理人）	住所		
	（本人との続柄		）
	氏名		印

立会人	住所		
	氏名		印

