第１号通所事業（通所型サービスＡ型）

カイリハトータス　上三川

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
（上三川町指定　第０９Ａ２１０００１３号）

目　　次

１．	事業所の概要	・・・	Ｐ２
２．	ご利用事業所の概要	・・・	Ｐ２
３．	事業の目的と運営の方針	・・・	Ｐ２
４．	提供するサービスの内容	・・・	Ｐ３
５．	営業日時	・・・	Ｐ３
６．	事業所の職員体制	・・・	Ｐ３
７．	サービス提供の責任者	・・・	Ｐ３
８．	利用料	・・・	Ｐ３Ｐ４
９．	事故発生時の対応	・・・	Ｐ５
１０．	緊急時における対応方法	・・・	Ｐ５
１１．	苦情相談窓口	・・・	Ｐ５
１２．	非常災害対策	・・・	Ｐ５
１３．	サービスの利用にあたっての留意事項	・・・	Ｐ５

介護予防・日常生活支援総合事業

第１号通所事業（通所型サービスＡ）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．事業所（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人　幸知会
主たる事務所の所在地	〒329-0529　栃木県河内郡上三川町下神主229-6
代表者（職名・氏名）	理事長　角田　竜司
設　立　年　月　日	1995年10月01日
電　　話　　番　　号	0285-52-1000

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	カイリハトータス　上三川	
サービスの種類	第１号通所事業（通所型サービスＡ）	
事業所の所在地	〒329-0607 栃木県河内郡上三川町大字西汗１７４２−６	
電　話　番　号 Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号	０２８５−３２−６５５６ ０２８５−３２−６５５７	
指定年月日・事業所番号	令和02年03月01日指定	０９Ａ２１０００１３
利　用　定　員	定員15人	
事業の実施地域	上三川町、宇都宮市	

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

第１号通所事業（通所型サービスＡ）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、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。

５．営業日時

営 業 日	毎週　月曜日～金曜日 （土曜、日曜、祝日、年末年始、お盆、事業所の定める日は休み） 午前８時３０分～午後５時３０分 （時間延長サービスはいたしません）
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１０分から午後１２時１５分まで 午後１３時４０分から午後１６時４５分まで

６．事業所の職員体制

従業者の職	勤務の形態・人数
管理者兼介護職	常勤　１人（兼務）

７．サービス提供の責任者

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　　松岡　雅代

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、**原則として負担割合証に応じた基本利用料の１割又は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号通所事業の利用料

〔上三川町〕　【基本部分：通所型サービスＡ】

サービス名称	通所型サービスＡ	１回につき 332 単位

※半日は３時間以上４時間未満とします。

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担		
		１割	２割	３割
事業対象者 要支援１	３６０円（１回につき） ※1月の中で全部で5回まで	３６０円	７２０円	１０８０円
要支援２	３６０円（１回につき） ※1月の中で全部で10回まで	３６０円	７２０円	１０８０円

上記の利用料は，上三川町介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業支給費の額等を定める要領で定める金額であり、その金額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。

〔宇都宮市〕【基本部分：通所型サービスＡ】

サービス名称	通所型サービスＡ・半日	月１、３６６単位
事業所が送迎を行わない方		上記より３７６単位減算

※半日は３時間以上４時間未満とします。

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担		
		１割	２割	３割
事業対象者 要支援１ 要支援２	１４、０３０円（１月につき） 宇都宮市　地域区分単価を10.27円で計算	1,403円	2,806円	4,209円

宇都宮市にお住いの方の利用料は宇都宮市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業支給費の額等を定める要領で定める金額その金額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。

1.サービス内容

通所介護計画等に沿って必要な自立支援の介護を行います。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。

その場合は一旦１回あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日、住所地の市町村窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

2.キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前営業日午後５時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日訪問時間３０分前までにご連絡いただいた場合	無料
③ご利用日の当日訪問時間３０分前までにご連絡がなかった場合	自己負担相当額

（2）その他の費用

延長料金	延長は受け付けておりません。
食　　費	食事サービスはありません。
おむつ代	おむつやパッド等利用の場合は持参をお願いしております。
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。

【介護保険外サービス　自費でのご利用】〔上三川町の方〕

利用者の要介護度	基本利用料	**利用者負担**
事業対象者～要介護	**３６００円**（１回につき）	**３６００円（１回につき）**

【介護保険外サービス　自費でのご利用】〔宇都宮市の方〕

利用者の要介護度	基本利用料	**利用者負担**
事業対象者～要介護	**３５０７円**（１回につき）	**３５０７円（１回につき）**

（3）支払い方法

上記（１）から（２）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。

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、差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
①	介護保険給付対象料金および介護保険給付対象外の料金は、１ヶ月毎に精算し請求します。請求書は翌月１０日よりお知らせします。 原則として支払い方法は、口座自動振替 （栃木銀行・足利銀行・郵便局・農協)とし当月２０日に引落とします。
②	請求書は翌月１０日よりお知らせします。 原則として支払い方法は、口座自動振替 (栃木銀行・足利銀行・郵便局・農協)とし当月２０日に引落とします。
※	やむをえない場合には、この限りではありません。

９．事故発生時の対応

① 事業所は、利用者に対する指定通所介護・指定介護予防通所介護および第１号通所事業の提供により、事故が発生した場合は速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
② 事業所は、事故の状況及び事故の際に採った処置についての記録をします。
③ 事業所は、利用者に対する指定通所介護・指定予防通所介護および第１号通所事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
④ 災害時等こちらの都合でサービスの提供を中止する場合があります。
自然災害等（台風、大雨、洪水等） 道路状況等（道路の破損、工事等）

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。

	緊急連絡先①	緊急連絡先②
氏　　名		
住　　所		
電話番号		
続　　柄		
主　　治　　医		
病院・診療所　名		
医師名		
住　　所		
電話番号		

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	苦情の受付について 当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付します 苦情処理受付窓口　　山口　昭夫・佐藤　昌親 電話番号　０２８５-５２-１０００ ＦＡＸ　　０２８５-５２-１０２２ 受付時間　月曜日～金曜日　８時３０分～１７時３０分 施設窓口に苦情受付箱を設置しています。

（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。

苦情受付機関	栃木県国民健康保険団体連合会　介護福祉課介護サービス担当 電話番号　０２８‐６４３‐２２２０ ＦＡＸ　　０２８‐６４３‐５４１１ 上三川町健康福祉課 電話番号　０２８５－５６－９１０２ ＦＡＸ　　０２８５－５５－１４０７ 宇都宮市保健福祉部高齢福祉課 電話番号　０２８‐６３２‐８９８９ ＦＡＸ　　０２８‐６３２‐３０４０

１２．非常災害対策

非常時の対応	非常連絡網により職員の召集 消防署への通報 当施設の防災マニュアルに沿っての対応
平常時の防災訓練等	年２回の避難誘導訓練
防災設備	自動火災報知機・スプリンクラー・粉末消火設備・非常警報器具 防排煙制御設備・非常電源・非常誘導灯 非常口,
消防計画	防火管理者：松岡　雅代　　内 容：年間防災訓練計画

１３．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。

第１号通所事業サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

カイリハトータス　上三川

説明者職名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、第１号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

同　　意　　書

第１号通所事業（通所型サービスＡ）カイリハトータスは、契約者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合は、契約者又は家族等の個人情報を用いることに同意します。

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　幸知会

カイリハトータス

理事長　　角田　　竜司　　宛

契約者　　印

代理人　　印