

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業契約書別紙（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	社会福祉法人 盛幸会
主たる事務所の所在地	〒666-0138 川西市西多田字平井田筋5番地
代表者（職名・氏名）	理事長 吉川 渉
設 立 年 月 日	平成11年7月
電 話 番 号	072-793-2727

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	湯々館デイサービスセンター	
サービスの種類	第1号通所事業	
事業所の所在地	〒666-0138 川西市西多田字平井田筋5番地	
電 話 番 号	072-793-3949	
指定年月日・事業所番号	平成12年12月1日指定	兵庫県 第2873100461号
実施単位・利用定員	1単位	定員60人
通常の事業の実施地域	川西市の区域但し久代除く、猪名川町の一部（肝川字垣内道上、白金、松尾台）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、第1号通所事業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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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、排せつ等の介護、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。

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00分から午後5時00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 1人,
看護職員	常勤 1人,
介護職員	常勤 10人,
機能訓練指導員	常勤 1人,

7. 管理者

事業所の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。

管理者の氏名	小野 誠一
--------	-------

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記載のとおり基本利用料の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・・・基本部分、加算・減算の合計の額となります。

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
事業対象者要支援1	18,789円(1回につき)	1,879円	3,758円	5,637円
事業対象者要支援2	37,839円(1回につき)	3,784円	7,568円	11,352円

【基本部分：第1号通所事業】

上記の基本利用料は、川西市が定める金額です。なお金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

- ・科学的介護推進体制加算 418円 (自己負担額 約42円) /月
- ・サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 以下のいずれかに該当すること。
 - (①介護福祉士が70%以上。②勤続10年以上介護福祉士25%以上)
 - 支援1：利用者負担(1割：92円)(2割：184円)(3割：276円)
 - 支援2：利用者負担(1割：184円)(2割：368円)(3割：552円)
- ・サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(介護福祉士が50%以上配置されている。)
 - 支援1：利用者負担(1割：76円)(2割：151円)(3割：226円)
 - 支援2：利用者負担(1割：151円)(2割：301円)(3割：452円)
- ・サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 以下のいずれかに該当すること。
 - (①介護福祉士40%以上。②勤続年数7年以上30%以上)
 - 支援1：利用者負担(1割：25円)(2割：50円)(3割：75円)
 - 支援2：利用者負担(1割：51円)(2割：101円)(3割：151円)

※サービス提供体制加算については基準を満たした場合に、(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)のいずれかを加算させていただきます。

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 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
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	上記基本部分と各種加算 減算の合計9.2%			
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計9.0%			
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計8.0%			

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

*1円未満の端数処理の計算上金額には誤差が生じる事があります。

●2か月以上連続してご利用いただけない場合には、一旦、ご利用の曜日登録は外させていただきます。

(2) その他の費用

おむつ代等	紙おむつ1枚につき100円、紙パンツ100円、パット50円の実費をいただきます。
その他	昼食費（おやつ含む）1回あたり800円を頂きます。 上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、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。

(3) キャンセル料

第1号通所事業は、介護保険についてのキャンセル料はいただきません。ただし、利用日前日の午後5時以降の連絡による利用中止は食事料金として800円を請求させていただきます。（食材が準備されているため）

(4) 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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、現金で利用者負担金の支払いを受けた時はその場で、郵便局の自動引き落としの場合は翌月の7～15日の間にお渡しします。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は翌営業日）に、利用者が指定するゆうちょ銀行の口座より自動引き落としとします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は翌営業日）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。 関西みらい銀行 川西萩原出張所 普通口座 0257060
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日（デイサービス休業日の場合は翌営業日）までに、現金でお支払いください。

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。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

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）及び川西市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	072-793-3949
	担当責任者	生活相談員 中田 久代
	面接場所	当事業所の相談室
	苦情受付時間	事業所の営業日及び営業時間に同じ

（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	川西市介護保険課	電話 072-740-1149
	国民健康保険団体連合会	電話 078-332-5617

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）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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えています。

- 防災訓練 年3回
- 避難訓練 年1回
- 通報訓練 年1回

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	兵庫県川西市西多田字平井田筋5番地
	事業者名	社会福祉法人 盛幸会
		湯々館デイサービスセンター
	説明者	生活相談員 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