

介護予防・日常生活支援総合事業

通所型サービス（基準緩和）契約書別紙（兼重要事項説明書）②

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 栄光会
主たる事務所の所在地	〒572-0039 寝屋川市池田3丁目1番33号
代表者（職名・氏名）	理事長 奥野 欣至
設立年月日	昭和51年2月23日
電話番号	072-828-6611

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター寝屋川十字の園	
サービスの種類	通所型サービス（基準緩和）	
事業所の所在地	〒572-0039 寝屋川市池田3丁目1番33号	
電話番号	072-828-6611	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	2770300412
利用定員	定員5人	
事業の実施地域	寝屋川市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者の状態等を踏まえながら、住民による支援等「多様なサービス」の利用を促進し、閉じこもり予防や自立支援に資するサービス（運動、レクリエーション等）を提供することにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。
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

通所型サービス（基準緩和）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	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始は除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4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			
従業員	常勤	6人、	非常勤	9人
うち管理者	常勤	1人、	非常勤	0人
うち生活相談員	常勤	2人、	非常勤	0人
うち介護職員	常勤	2人、	非常勤	8人
うち看護師	常勤	1人、	非常勤	1人

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 重 村 信 広
----------	---------------

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」及びあなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、は以下のとおりです。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（通所型サービス基準緩和）の利用料・・・基本部分及び加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)
事業対象者 要支援1	13,249円（1月につき） （1月の中で4回以上のサービス） （送迎あり・入浴あり）	1,324円	2,648円
事業対象者 要支援2	26,023円（1月につき） （1月の中で8回以上のサービス） （送迎あり・入浴あり）	2,602円	5,204円

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき500円の食費をいただきます。
喫茶代	喫茶の提供を受けた場合、1回につき100円の喫茶代をいただきます。
おむつ代	実費（リハビリパンツ・紙おむつ 100円） （尿とりパット・フラット 50円）

(3) 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、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、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
利用当日午前9：00までにご連絡の場合	キャンセル料は不要
利用当日午前9：00までにご連絡のない場合	500円（キャンセル料）請求いたします

(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、利用者負担金の支払いを受けた後、お渡し致します。

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25日（祝休日の場合は直前の平日）に、事業所が指定する下記の口座より引き落とします。 【ゆうちょ銀行】
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）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、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行なう等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先（別紙の緊急の連絡先）にも連絡します。

10. 事故発生時の対応

当施設の利用中に事故が発生した場合はご利用者の生命・安全を優先し、当施設の事故発生時における緊急対応マニュアルによって対応します。

事故が発生した場合には当該ご利用者の家族等への連絡を行うとともに、ご利用者が入院または通院を必要とする事故が発生した場合には、担当行政機関に事故発生状況、経緯、対応等につき報告を行います。

また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおい損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険

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 072-828-6611
	担当 管理者 重村 信広
	面接場所 当事業所の相談室

(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	寝屋川市高齢介護室	電話番号 072-838-0518
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号 06-6949-5418

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、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

令和 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	大阪府寝屋川市池田3丁目1番33号
	法人名	社会福祉法人栄光会 寝屋川十字の園
	代表者職・氏名	理事長 奥野 欣至
	説明者職・氏名	生活相談員

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

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名