

デイサービス城西 運動型通所サービス重要事項説明書

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	北医療生活協同組合
主たる事務所の所在地	〒462-0802 名古屋市北区上飯田北町1-20-2
代表者（職名・氏名）	代表理事 理事長 森 英一
設 立 年 月 日	1 9 9 6 年 1 0 月 1 日
電 話 番 号	0 5 2 - 9 1 4 - 4 5 5 4

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス城西
サ ー ビ ス の 種 類	運動型通所サービス
事 業 所 の 所 在 地	〒451-0031 名古屋市西区城西3-15-32
電 話 番 号	0 5 2 - 5 2 9 - 2 2 5 1
指定年月日・事業所番号	平成29年10月1日指定
利 用 定 員	定員5名
事 業 の 実 施 地 域	名古屋市 西区、北区、中区

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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、運動型通所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

運動型通所サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、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 水曜日 金曜日 ただし、年末年始（12月30日から1月3日）及び8月15日を除きます。
営業時間	午前 9 時から午後 1 7 時 3 0 分まで
サービス 提供時間	1 3 時 3 0 分から 1 4 時 5 0 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 4人、 非常勤 2人

7. サービス提供の責任者

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 上沼 昭博
----------	-------------

8. 利用料

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、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）運動型通所サービスの利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。

【基本部分】

	基本利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
1 回	2, 5 6 3 円	2 5 7 円	5 1 4 円	7 7 1 円

【加算部分】

※当事業所が自己評価・ユーザー評価事業に参加している場合は、上記の料金に加え**2 1 円**

（1割負担の場合）若しくは**4 3 円・6 4 円**（2割・3割負担の場合）が加算されます。

※3ヶ月に1回、評価を実施した場合は**2 5 7 円**（1割負担の場合）、もしくは**5 1 4 円**（2割負担）、**7 7 1 円**（3割負担）が評価実施加算として加算されます。

（2）その他の費用

おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
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。

(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でも、キャンセル料は不要とします。

(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、10日以内に差し上げます。

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27日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
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)及び市町村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、当事業所もしくは下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 052-529-2251 面接場所 当事業所の相談室	
苦情受付機関	名古屋市介護保険課	電話番号 052-959-3087
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号 052-971-4165

1 2. 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いたします。
- (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。

1 3. 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。

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 名古屋市北区上飯田北町 1-20-2
事業者（法人）名 北医療生活協同組合
代表者職・氏名 代表理事 理事長 森 英一
説明者職・氏名

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。

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