

ミニデイ型通所サービス 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	社会福祉法人今治市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒794-0083 今治市南宝来町一丁目9番地8
代表者（職名・氏名）	会長 松田 敏彦
設 立 年 月 日	平成17年1月16日
電 話 番 号	0898-22-6018

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	今治市大西老人福祉センター	
サービスの種類	ミニデイ型通所サービス	
事業所の所在地	〒799-2205 今治市大西町宮脇甲501番地2	
電 話 番 号	0898-53-5380	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	
実施単位・利用定員	1単位	定員10人
通常の事業の実施地域	今治市(但し、旧大西町・菊間町・波方町)の区域とする。	

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、ミニデイ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等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

ミニデイ型通所サービスは、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をを行うことにより、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	火・木曜日 ただし、国民の祝日、年末年始（12月29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10時00分から午後2時30分まで

ただし、本会会長が必要と認めたときは、営業日又は営業時間を変更し、又は臨時に休業します。

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 2人、 非常勤 0人
介護職員	常勤 2人、 非常勤 0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	
--------	---

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、負担割合に応じた額です。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）ミニデイ型通所サービスの利用料・・・基本部分、減算の合計の額となります。

【 基本部分 】

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 (週1回 程度)	1月の中で 全部で4回まで	3,270円/回	327円	654円	981円
	1月の中で 全部で5回以上	16,350円/月	1,635円	3,270円	4,905円
事業対象者 要支援2 (週2回 程度)	1月の中で 全部で8回まで	3,350円/回	335円	670円	1,005円
	1月の中で 全部で9回以上	30,150円/月	3,015円	6,030円	9,045円

（注1）上記の基本利用料は、今治市が定める金額であり、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。

【 減 算 】

以下の要件に該当する場合、前記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額
定員超過	利用者定員を超える場合	基本部分 × 70%

（２）その他の費用

食 費	食事（お弁当）の提供をする場合、費用の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）支払い方法

上記（１）の利用料（利用者負担分の金額）は、１か月ごとにまとめて請求しますので、現金払いにより納付するものとします。

上記（２）の利用料（費用の実費）は、利用日ごとに請求しますので、現金払いにより納付するものとします。

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等及び今治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 面談場所	０８９８－５３－５３８０ 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	今治市介護保険課	電話番号 0898-36-1526
	愛媛県国民健康保険団体連合会	電話番号 089-968-8700

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。

13. 第三者評価の実施状況

第三者による評価は、実施していません。

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	今治市南宝来町一丁目9番地8
	事業者名	社会福祉法人今治市社会福祉協議会
	代表者	会長 松田敏彦
	説明者	管理者 ☐ ☐ ☐ ☐

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	_____
	代筆者氏名	(続柄) _____

(代理人)	住所	_____
	氏名	_____