

# 第一号通所事業（通所介護相当サービス） 重要事項説明書

第一号通所事業（通所介護相当サービス）について、契約を結ぶ前に知っておいていただきたい内容等を説明いたしますので、わからないことがあれば、遠慮なく質問してください。

## ① 第一号通所サービスを提供する事業者

事業者名称	社会福祉法人 寿 光 会（じゅこうかい） 昭和 53 年設立
代表者氏名	理事長 森 田 浩 稔
事業者所在地	大阪府八尾市神宮寺1丁目154番地
事業者連絡先	TEL. 072-943-3602 FAX. 072-943-3603

## ② ご利用者への第一号通所サービスを担当する事業所

事業所名称	デイサービスセンター寿光園
介護保険事業指定	大阪府指定 第2795500483号
事業所所在地	大阪府八尾市楽音寺2丁目125番地
事業所管理者	福 森 潔
事業所連絡先	TEL. 072-940-3113 FAX. 072-940-3112
利用定員	1日最大 18名
事業実施地域	八尾市内 全域

## ③ 事業の目的及び運営方針

事業の目的	介護保険法令等に従い、利用者の有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活が営めるように支援します。
運営方針	要支援者又は事業対象者の心身の状況・特性を踏まえて、生活機能の維持または向上を目指し、入浴・排泄・食事等の支援及び機能訓練等を行います。

## ④ 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日・祝祭日（12/31～1/3の年末年始除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時00分～午後5時00分

## ⑤ 事業所が提供するサービス

サービス計画作成	① 利用者の介護予防サービス計画・介護予防マネジメントに基づき、利用者の意向や心身状況等の課題を明らかにし、援助目標に応じてサービス内容を定めたサービス計画書を作成します。 ② サービス計画書の作成に当たっては、内容を説明した後、同意を受け、さらに交付いたします。
----------	---

利用者の送迎	事業所の自動車により、利用者の自宅（希望により室内）から事業所までの間、送迎いたします。但し、道路が狭い等の事情により自動車による送迎が困難な場合は、車椅子等活用します。	
日常生活支援	食事介助	栄養及び利用者の身体の状況、嗜好を考慮した食事を提供いたします。（刻み食・流動食等も可） 食事時間 12時～13時
	入浴介助	入浴又は清拭を行います。（寝たままでも入浴ができます）
	排泄介助	必要に応じ、トイレへの誘導、見守り、おむつ交換等を行います。
	更衣介助	必要に応じ、上着・下着等の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	必要に応じ、室内の移動・車いすへの移乗等を行います。
機能訓練	利用者の状態に適切に対応する観点から、機能訓練を行います。	
創作活動等	利用者の意向に基づき、創作活動等を実施します。	

⑥ 事業所の職員体制

職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
管理者	1名	看護職員	1名以上	機能訓練指導員	1名以上
生活相談員	1名以上	介護職員	2名以上	その他	

⑦A サービス利用料金

サービス提供区分		基本利用料	ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割
通常の場合 （月ごとの定額制）	要支援1	17,472円	1,748円	3,495円	5,242円
	要支援2	35,822円	3,583円	7,165円	10,747円
日割りとなる場合	要支援1	574円	58円	115円	173円
	要支援2	1,180円	118円	236円	354円

※その他加算

加算名称	基本利用料	ご利用者様負担額			算定回数等
		1割	2割	3割	
サービス提供体制加算Ⅰ1（要支援1）	919円	92円	194円	276円	利用ごと
サービス提供体制加算Ⅰ2（要支援2）	1,839円	184円	368円	552円	利用ごと
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定の単位数の5.9%を加算			1ヶ月につき	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	所定の単位数の1.0%を加算				

（注）※利用者様が、まだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。認定後、利用者様の負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）

※介護保険からの給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて負担額を変更することがあります。

※介護職員処遇改善加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

⑦B サービス利用料金（介護保険対象外〈全額自己負担分〉）

ア) 食費	1回600円
イ) レクリエーション、クラブ活動費	材料費の実費

ウ) 交通費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●事業実施地域の場合 無料</li> <li>●事業実施地域以外の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>本所から片道 5km 未満 無料</li> <li>本所から片道 5km～10km 未満 500 円</li> <li>本所から片道 10km 以上の場合、1 k m毎に 100 円加算</li> </ul> </li> </ul>
--------	--

⑧ 利用料金のお支払い方法（1 ヶ月分をまとめて、翌月に請求いたします）

利用者口座からの自動振替	利用翌月の 26 日に引き落としいたします。 （土・日・祝日の場合は翌平日）
現金での支払い	利用翌月 26 日までにお支払い頂きます。

⑨ 利用の中止、変更について

原則として利用予定日の前日までにご連絡ください。体調の変化・緊急事態等の場合には、その限りではありません。場合によっては、キャンセル料（利用者負担金分）を申し受ける事がありますのでご了承ください。

⑩ 安全の確保

健康状態に応じ必要な場合には、かかりつけの医師との連携をとらせていただくことがあります。

⑪ 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- A 研修等を通じ従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- B 介護予防通所介護計画の作成等、適切な支援の実施に努めます。
- C 従業者が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

⑫ 秘密の保持と個人情報の保護

A 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及びサービス従事者、従業員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。

B 個人情報の保護について

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族等の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で、家族等の個人情報を用いません。事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも他への漏洩を防止するものとします。

⑬ 事故発生時の対応

ご利用者に対する介護予防サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合については、速やかに損害賠償を行います。

⑭ 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行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にも連絡します。

主治医療機関		主治医		TEL	
緊急対応医療機関	・指定なし			TEL	
緊急時連絡先	氏名		続柄		TEL

⑮ 苦情処理体制について

提供した居宅サービスに係るご利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情受付窓口を設置し、必要に応じ市町村もしくは国民健康保険団体連合会の指導又は助言に沿った改善を行います。まず窓口で受けた苦情については、当事業所「苦情解決フローチャート」に基づき早急に対応し、さらに検討が必要な場合には、検討会議等を開催し、検討結果・その後の経過等も併せて記載し、記録を保管いたします。

⑯ サービス提供に関する相談・苦情について

【事業者の窓口】 デイサービスセンター寿光園 受付担当者：中川 真	所在地：八尾市楽音寺2丁目125番地 電話番号：072-940-3113 受付時間：8:30~17:30
【市町村の窓口】 八尾市役所 高齢介護課	所在地：八尾市本町1丁目1番1号 電話番号：072-924-9360 受付時間：8:45~17:15
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地：大阪市中央区常磐町1丁目3番8号 電話番号：06-6949-5446 受付時間：9:00~17:00

⑰ 重要事項説明の年月日

説明日：令和 年 月 日

第一号通所サービスの提供の開始に際して、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 大阪府八尾市神宮寺1丁目154番地  
社会福祉法人 寿光会  
代表者 理事長 森田 浩 稔  
事業所 デイサービスセンター寿光園

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

電話番号 \_\_\_\_\_

令和3年8月改定