

当事業所は第1号通所事業の指定を受けています。
(事業所番号 第3271800595号)

当事業所はご契約者に対して第1号通所事業を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 敬愛福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 島根県邑智郡美郷町別府8番5 |
| (3) 電話番号 | 0855-75-8185 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 横 張 寿 希 |
| (5) 設立年月 | 平成16年8月25日 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

第1号通所事業

(2) 事業の目的

第1号通所事業は、要支援状態にある利用者が、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、通所型サービスを提供することを目的とします。

- | | |
|---------------|----------------|
| (3) 事業所の名称 | デイサービスやすらぎの里別府 |
| (4) 事業所の所在地 | 島根県邑智郡美郷町別府8番5 |
| (5) 電話番号 | 0855-75-8185 |
| (6) FAX番号 | 0855-75-1600 |
| (7) 管理者氏名 | 南 家 祐 介 |
| (8) 当事業所の運営方針 | |

① 第1号通所事業従業者は、契約者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を基本とし、心身の特性を踏まえてその有する能力に応じ、自立した日常生活を継続して営むことができるよう、入浴・排泄・食事・機能訓練等の身体介護その他生活全般にわたる援助を行います。

② 事業の実施に当たっては、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、関係市町村、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービス事業所と密な連携を図り、

総合的なサービスの提供に努めます。

(9) 開設年月 平成29年4月1日

(10) 利用定員 20名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 邑智郡美郷町・大田市（仁摩・温泉津町を除く）

(2) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日～金曜日（祝祭日は営業いたします）

営業時間 9：00～16：15

ただし、8月13日から8月15日の間、及び12月30日から1月3日の間は休業いたします。

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して第1号通所介護事業を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職種	常勤	非常勤	業務の内容	資格
管理者	1名		総括管理等	社会福祉主事
生活相談員	4名	1名	相談業務	社会福祉主事 介護福祉士
看護職員	1名	2名	健康管理	正・准看護師
介護職員	6名	1名	直接介護	介護福祉士 介護初任者研修 認知症介護基礎研修
機能訓練指導員	1名	2名	機能訓練	正・准看護師
厨房職員	2名	0名	食事提供	栄養士・調理師

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

<サービス内容>

① 送迎

契約者の自宅とデイサービスやすらぎの里別府の間を送迎車両を使用して安全に配慮して送迎いたします。

② 健康管理

看護師により健康チェックを行い、必要に応じて健康相談を受けます。

③ 入浴

契約者の身体状況及び体調に応じて一般浴・清拭の内適切な方法を実施いたします。

④ 食事

契約者の身体状況及び嗜好等に応じた個別の食事内容や形態に配慮して提供いたします。

⑤ 機能訓練

契約者の意思を尊重しながら、第1号通所事業計画に沿ったリハビリを行います。

⑥ 日常生活介護

契約者の状態に応じて、食事、排泄、衣類の着脱、移動の介助等、利用中における必要な介護を行います。

⑦ 生活相談

日常生活に関する様々な相談に応じ、必要な援助を行います。

⑧ 教養・娯楽

自由参加のレクリエーション等の企画・実施等必要な援助を行います。なお、内容によっては別途経費の必要な場合があります。

<サービス利用料金>

それぞれのサービスについて料金は次の通りです。（1割分、ただし、介護保険法の定める一定以上の所得者については、2割又は3割とする。）

① 第1号通所事業費

要支援1・事業対象者	月単位 1, 798円	送迎・入浴介助料を包括
要支援2・事業対象者	月単位 3, 621円	送迎・入浴介助料を包括

②加算料金 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。

口腔機能向上加算（Ⅰ）	口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを実施した場合	150円/月
口腔機能向上加算（Ⅱ）	口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用している場合	160円/月 （原則3月以内）
＊口腔機能向上加算（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、担当する介護支援専門員に口腔の健康状態に関する情報及び栄養状態に関する情報提供を行った場合	20円/回 （6月に1回算定、5月・11月）
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、の口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合 ＊併算定の関係で加算（Ⅰ）が取得できない場合に限り取得可能	5円/回 （6月に1回算定、5月・11月）

科学的介護推進体制加算	利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。フィードバックの活用によりPDCA サイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する場合	40円/月
区分支給限度基準額の対象外		
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対して通所介護を行った場合（介護職員の総数のうち、以下のいずれかに該当すること。①介護福祉士の占める割合が70%以上②勤続年数10年以上介護福祉士25%以上）	要支援1・事業対象者88円/月、 要支援2・事業対象者176円/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	介護職員等の処遇を改善するために基本給等の引き上げによる賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算	所定単位数の8.0%

＊事業対象者の方は、週1回程度の利用者は要支援1相当、週2回以上は要支援2相当の金額となります。

③その他の料金

ア) 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方については実施地域を超えた地点から自宅までの距離について1kmあたり40円の交通費を別途徴収いたします。

イ) 行事参加費、オムツ代等は実際にかかった費用の実費を徴収いたします。

④個人負担 1食昼食代 650円（別途徴収）

（軽減制度を申請された方は、1食昼食代 488円 別途徴収）

<利用料金のお支払い方法>

利用料金は、金融機関口座から自動引き落としによりお支払い下さい。

1か月ごとに計算して、翌月の初めに請求書をお届けし、毎月15日に引き落としをいたします。引き落とし手数料は徴収いたしません。

お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。

<利用の中止>

ご契約者の都合により、利用を中止される際は、できるだけ早めに事業者へ申し出てください。連絡なくしてのキャンセルはご遠慮下さい。

昼食の中止は、当日の10時までにご連絡ください。なお、連絡がない場合は、昼食代650円（1食分）をキャンセル料として頂きます。

6. サービス利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意頂きたいことは、以下の通りです。

- ① 契約者又はその家族は、通所当日の契約者本人の体調等について職員へ報告して下さい。
- ② 機能訓練室での機能訓練設備の利用は、機能訓練指導員に声掛けをしてから利用して下さい。
- ③ ①②の他、サービスのご利用に当たっては、事業所の指示に従って下さい。

7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

当事業所は提供するサービスの第三者評価は受けておりません。

8. 苦情の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者

〔職名〕 管理者 南家祐介

○苦情受付担当者

〔職名〕 係長 倉橋弥生 杉谷かおり 杉谷弘子

○電 話 0855-75-8185

○FAX 0855-75-1600

○受付時間 8:30～17:30

行政機関その他苦情受付機関

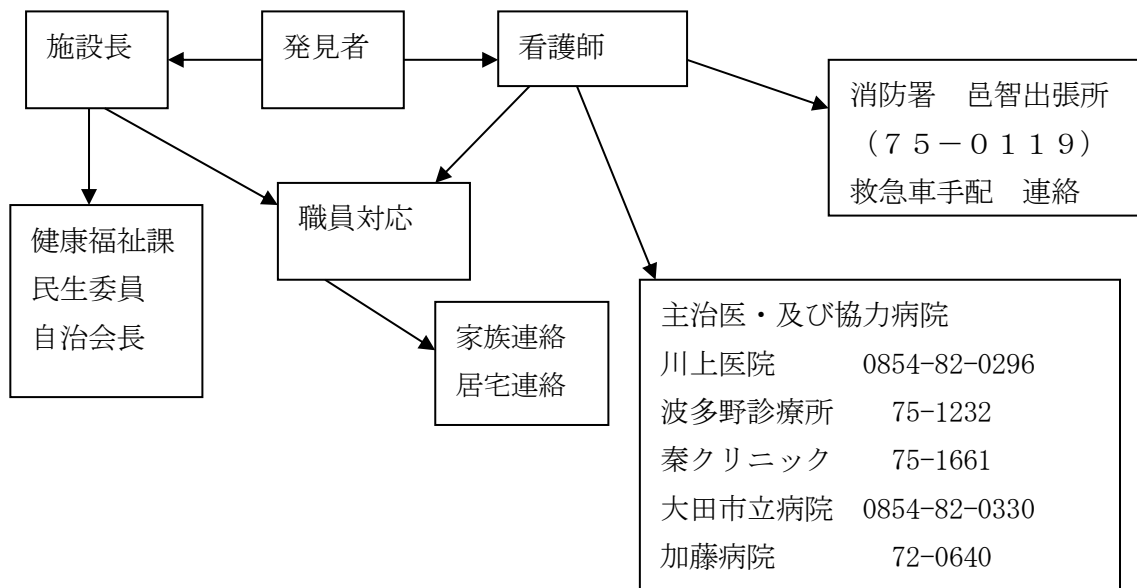
第三者委員	岡本章司 090-9730-4172 竹内和博 090-4892-6340
美郷町役場 介護保険担当係	所在地 邑智郡美郷町粕淵168 電話番号 0855-75-1211（代表）
大田市役所 健康福祉部 介護保険課	所在地 大田市大田町大田口1111番地 電話番号 0854-82-1600（代表）
邑智郡総合事務組合 介護保険課	所在地 邑智郡川本町大字川本332-15 電話番号 0855-72-3535
国民健康保険団体連合会 島根県運営適正化委員会	電話番号 0852-21-2811 電話番号 0852-32-5913（県社協内）

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の話し合いにより、主治医・救急隊・ご家族・居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名			
	連絡先	電話		
ご家族	氏名		続柄	
	連絡先	電話	携帯	
緊急 連絡先	氏名			
	連絡先	電話	携帯	

連絡の方法は下図のとおりといたします。



10. 事故発生時の対応方法

契約者に対する第1号通所介護事業の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護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、契約者に対する第1号通所介護事業の提供又は送迎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。

美郷町役場健康福祉課内 美郷町地域包括支援センター	所在地 邑智郡美郷町粕淵168番地 電話番号 0855-75-1231
邑智郡総合事務組合 介護保険課	所在地 邑智郡川本町大字川本332-15 電話番号 0855-72-3535
大田市地域包括支援センター	所在地 大田市大田町大田イ140-2 市民センター2F 電話番号 0854-83-7766 0854-84-0326

11. 非常災害時の対策について

① 事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係者への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

② 定期的に避難訓練、救出その他必要な訓練を年2回行います。(避難訓練、消火訓練、通報訓練)

令和 年 月 日

第1号通所事業の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。
(事業者)

所在地 邑智郡美郷町別府8番5

名 称 デイサービスやすらぎの里別府

説明担当者氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、第1号通所事業の提供開始に
同意しました。

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____

(署名代行者)

氏 名 _____

利用者との関係 _____

署名代行の理由 _____