

第 1 号通所事業重要事項説明書

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0895-45-3800 (8:30~17:15)

FAX 番号 0895-45-3801

担当 生活相談員 三木 千恵美

* ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。

2 デイサービス施設ひろみ奈良の里の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	デイサービス施設ひろみ奈良の里
所 在 地	愛媛県北宇和郡鬼北町大字奈良2067番地
介護保険指定番号	第1号通所事業 3873900397号
サービスを提供する対象地域	鬼北にお住まいの方

(2) 職員体制

職 種	常 勤	非常勤	業 務 内 容
施設長（兼務）	1 名		施設の統括管理を行います。
生活相談員	1 名		利用計画の作成、生活相談業務、第1号通所事業サービス計画の作成及び介護予防支援事業者等との連絡調整並びに事務処理に当たります。
介護職員	2 名		利用者の介護及び送迎業務、車両の運行管理に当たります。
看護職員 兼機能訓練指導員	1 名		利用者の看護、健康管理、機能訓練及び指導に当たります
調理員（兼務）	4 名	2 名	利用者の給食業務に当たります。
計	9 名	2 名	

(3) 施設の概要

定員	18名（地域密着型通所介護を含む）		
食堂兼機能訓練室	1 室（164.45 m ² ）	相談室	1 室（18.9 m ² ）
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	休憩室	1 室
		送迎車	3 台

(4) 営業日及び営業時間

営 業 日	国民の祝日に関する法律に規定する休日、12月29日から1月3日まで（祝日法による休日などを除く。）を除く、月曜日から金曜日とします。 但し、施設長が必要と認めたときは、営業日を変更し、又は臨時に休業することができます。
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時15分までです。 (サービス提供時間 午前10時00分から午後3時30分まで)

3 サービス内容

- ① 送迎 ・ 当施設の公用車による送迎を行います。
- ② 生活相談 ・ 生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。
- ③ 生活機能向上 ・ 複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスを準備し、利用者の心身の状況に応じたサービスを提供します。
- ④ 入浴 ・ 入浴介助を行います。
- ⑤ 食事 ・ 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ⑥ 健康管理 ・ 看護職員により、一般的な健康状態の確認を行います。
- ⑦ 運動器機能向上 ・ 利用者の運動器機能向上を目的とし、個別的な計画に基づき機能訓練を行います。
- ⑧ 栄養改善 ・ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行います。
- ⑨ 口腔機能向上 ・ 口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し、口腔機能の向上を目的として、個別的な計画に基づき実施される口腔清掃の指導・実施、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導を行います。

4 料金

(1) 基本料金

① 施設利用料

	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額
	1割
要支援1	1,798円
要支援2	3,621円

② 加算費用

項 目		1 割
	説 明	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 (施設利用料に対して 1 月あたり)		5 %
	運営規程に定められている通常事業の実施地域を越え厚生労働省の定めた中山間地域に居住する利用者に対してサービスを提供した場合。 (区分支給限度基準額の対象外)	
同一建物減算 (1 月あたり)	要支援 1	－ 3 7 6 円
	要支援 2	－ 7 5 2 円
同一建物減算 (1 回あたり)		－ 9 4 円
	同一建物に同居する利用者に第 1 号通所事業サービスを行った場合	
送迎減算 (片道につき)		－ 4 7 円
	事業所が送迎を行わない場合	
生活機能向上グループ活動加算 (1 月あたり)		1 0 0 円
	複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスを準備し、利用者の心身の状況に応じたサービスを提供した場合。 但し、同月中に運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算又は選択的サービス複数加算のいずれかを算定している場合は算定しません。	
若年性認知症利用者受入加算 (1 月あたり)		2 4 0 円
	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めている場合	
栄養アセスメント加算 (1 月あたり)		5 0 円
	管理栄養士を配置し、多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者または家族に説明、相談等に対応し、栄養状態等の情報を厚生労働省へ提出し、栄養管理の適切かつ有効な実施のために情報を活用している場合。	
栄養改善加算 (1 月あたり)		2 0 0 円
	低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、低栄養状態改善を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合。	
口腔機能向上加算Ⅰ (1 月あたり)		1 5 0 円
	口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し、口腔機能の向上を目的として、個別的な計画に基づき実施される口腔される口腔清掃の指導もしくは実施、又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導を行った場合。	
口腔機能向上加算Ⅱ (1 月あたり)		1 6 0 円
	口腔機能向上加算Ⅰ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へ提出し、口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために当該情報を活用している場合。	
一体的サービス提供加算		4 8 0 円
	栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を 1 月につき 2 回以上行っている場合。	

サービス提供体制強化加算Ⅰ (1月あたり)	要支援1	88円
	要支援2	176円
介護職員の70%以上が介護福祉士の資格を有している又は、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である場合。		
サービス提供体制強化加算Ⅱ (1月あたり)	要支援1	72円
	要支援2	144円
介護職員の50%以上が介護福祉士の資格を有している場合。		
サービス提供体制強化加算Ⅲ (1月あたり)	要支援1	24円
	要支援2	48円
介護職員の40%以上が介護福祉士の資格を有している又は、看護・介護職員の配置の30%以上が7年以上の勤務年数の場合。		
生活機能向上連携加算Ⅰ (3月に1回を限度 1月あたり)		100円
外部のリハビリテーション事業所や医療提供施設の理学療法士等からの助言を受ける事ができる体制を構築し、個別機能訓練計画を作成している場合。		
生活機能向上連携加算Ⅱ (1月あたり)		200円
通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをする場合。 * 個別機能訓練加算を算定している場合は100円		
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ (6月に1回を限度)		20円
通所介護事業所の職員が口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、その情報を介護支援専門員に提供した場合		
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回を限度)		5円
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、口腔・栄養状態いずれかの確認を行い、その情報を介護支援専門員に提供している場合。		
科学的介護推進体制加算 (1月あたり)		40円
利用者ごとの心身の状況等に関わる基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて第1号通所事業サービス計画書を見直すなど、サービス提供に当たって当該情報を有効に活用している場合。		
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		9.2%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		9.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		8.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅳ		6.4%
介護職員の賃金の改善等を実施している場合(区分支給限度基準額の対象外) 【上記基本料金に対して1月あたり】		

* 上記加算については、施設の体制が基準を満たしている場合に徴収する加算と、個別にサービスを受けられた場合に徴収する加算があります。また、人員基準を満たしていない場合や必要な措置が講じられていない場合、施設利用料に対して各減算項目毎決められた額を減算します。

※ 1割負担の料金を記載しておりますので、2割負担の方は2倍の金額、3割負担の方は3倍の金額となります。

但し、1月のうち1度も利用のない場合は徴収いたしません。

(2) 食費

1食あたり 530円

(3) その他の料金

- ・ コピー代 1枚あたり 10円
- ・ おむつ代 実費
- ※ おむつをご持参いただいた場合は、おむつ代は頂きません。
- ・ レクリエーション費等 実費

※当施設は、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度申出を行っております。

(4) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

利用日の午前10時00分までにご連絡いただいた場合	無料
利用日の午前10時00分までにご連絡がなかった場合	530円

(5) 支払方法

10日までに前月分の請求をいたしますので、25日までに事業者が指定する方法でお支払いください。但し、口座振替によりお支払いの場合、25日が休日の場合は、指定した金融機関の翌営業日となります。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

第1号通所事業サービス計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※「第1号通所事業サービス計画」の作成を依頼している場合は、事前に介護予防支援事業者とご相談ください。

(2) サービスの提供

「第1号通所事業サービス計画」に沿ったサービスを提供します。

(3) サービスの利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書で届け出てください。

② 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場

合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者がお亡くなりになった場合
- ・ 利用者が特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム等の施設に入所した場合
- ・ 利用者の要介護状態区分等が、非該当又は要介護1～5と認定された場合

④ その他

- ・ 当施設が、正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを6ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、又は利用者やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

利用者様と職員相互の信頼関係を基調にして、健康で生き甲斐のある明るく楽しい時間が過ごせるよう運営にあたります。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 体調確認 ……通所可能かどうかご確認ください。
- ・ 体調不良などによる
サービスの中止・変更 ……できるだけお早めにお知らせください。
- ・ 食事のキャンセル ……できるだけお早めにお知らせください。
- ・ 設備、器具の利用 ……ご自由にお使いください。(取扱いについては、職員までお尋ねください。)

7 緊急時の対応方法

利用者の健康状態が急変した場合は、事前の打合せにより、主治の医師、救急隊、ご親族、介護予防支援事業者等へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応方法

サービスの提供にともなって事故が発生した場合は、主治の医師、ご家族、介護支援専門員、市町村等に連絡をする等必要な措置を講じる他、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償いたします。

9 虐待の防止

虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村等へ通報します。また、施設内での虐待の発生又は再発を防止するため、定期的開催する虐待防止委員会の結果を職員へ周知し、職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修会を実施しています。

10 非常災害対策

- ・ 防災時の対応・・・非常時には非常通報装置により、消防他各関係機関に即時に通報されるようになっています。
- ・ 防災設備・・・スプリンクラー、自動火災報知設備、消火器1本、屋内消火栓
- ・ 防災訓練・・・年2回実施
- ・ 防火責任者・・・施設長 山本 恵美

11 サービス内容に関する苦情

(1) 苦情解決のための体制

苦情解決責任者 施設長 山本 恵美

苦情受付担当者 生活相談員 三木 千恵美

電話番号 0895-45-3800

FAX番号 0895-45-3801

第三者委員 松浦 正

電話番号 0895-45-0593

曽根 藤光

電話番号 0895-42-2007

(2) 苦情解決のための方法（手順）

① 苦情の受付

面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。また、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告いたします。

第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

- ・ 第三者委員による苦情内容の確認

- ・ 第三者委員による解決案の調整、助言
- ・ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(3) その他

上記以外に、市町村等の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

- ・ 保険者である市役所又は役場の介護保険担当課
鬼北町保健介護課
所在地 北宇和郡鬼北町大字近永 800 番地 1
電話番号 0895-45-1111
FAX 番号 0895-45-1119
- ・ 愛媛県運営適正化委員会
所在地 松山市持田町3丁目8番15号
電話番号 089-998-3477
FAX 番号 089-921-8939
- ・ 愛媛県国民健康保険団体連合会
所在地 松山市高岡町101番地1
電話番号 089-968-8700
FAX 番号 089-968-8717

1.2 当組合の概要

名称・組合種別	宇和島地区広域事務組合・一部事務組合
代表者役職・氏名	組合長 岡原文彰
事務局所在地	愛媛県宇和島市曙町1番地（宇和島市役所内）
事務局電話番号	0895-22-8664
介護保険対象事業	介護老人福祉施設 9ヶ所 短期入所生活介護 9ヶ所 介護予防短期入所生活介護 9ヶ所 通所介護 1ヶ所 地域密着型通所介護 5ヶ所 介護予防・日常生活支援総合事業(第1号通所事業) 6ヶ所

その他当組合が行っている事業	1 養護老人ホーム 2 児童福祉施設 3 救護施設 4 ケアハウス 5 火葬場 6 環境センター 7 汚泥再生処理施設 8 消防署
----------------	--

第1号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 愛媛県北宇和郡鬼北町大字奈良 2 0 6 7 番地
名 称 宇和島地区広域事務組合
デイサービス施設ひろみ奈良の里
組 合 長 岡 原 文 彰

説明者 職 生活相談員
氏名 三 木 千恵美

私は、契約書及び本書面により、事業者から第 1 号通所事業についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 北宇和郡鬼北町
氏名 (*)

代理人 住所
氏名 (*)

(*) 自署または記名押印