１．事業の目的及び運営方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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出来るよう、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、第１号通所事業（総合事業通所介護）を提供することを目的とします。
事業の基本方針	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、地域の医療・保健・福祉サービスと綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態となる事の予防、要支援状態の維持若しくは改善又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。

２．事業所の概要

法人名	社会福祉法人　大和清寿会
住所	奈良県天理市中之庄町５３２番１
	電話０７４３－６５－３５５１
代表者	鉄村　信治
管理者	橋本　光司
法人設立日	平成９年２月１４日
事業所名	デイサービスセンター清寿苑
種類	第１号通所事業（総合事業通所介護）
開業日	平成１０年２月１０日
	(指定年月日：平成１２年４月１日　)
事業所番号	２９７０４０００１２
利用定員	２０名
営業日・営業時間	月～土曜日、祝日 １０：００～１５：３０
	火･金曜日、祝日　９：３０～１２：００
	〈日曜日/8 月ふれあい祭り/12 月 30 日～1 月 3 日は休業〉
実施地域	天理市・奈良市
建物の構造	鉄骨造　５階建　（１階 デイサービスセンター）
通所事業面積	占用面積６２１．６５㎡　（建物延べ面積　5311.01 ㎡）
	(第 1 号通所事業：101.7 ㎡)

３．事業所職員数

職　種	職員数
管理者	１名　　（業務を統括します）
生活相談員	１名以上（サービス調整を行います）
介護職員	１名以上（介助、援助を行います）
看護職員	１名以上（健康管理を行います）
機能訓練指導員（理学療法士/看護師）	１名以上（運動訓練、指導を行います）
管理栄養士	１名以上（食事全般の管理を行います）

４．利用料等

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、お支払いただく「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)　第１号通所事業（総合事業通所介護）の利用料

【基本部分】

天理市

利用料	利用者負担（1 割）/月
要支援　1	1,798 単位
要支援　2	3,621 単位

※事業対象者の利用料は、要支援１相当の金額となります。

奈良市

利用料	利用者負担（1 割）/回
要支援　1	436 単位
	月 5 回以上：1,798 単位
要支援　2	447 単位
	月 9 回以上：3,621 単位

※上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、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。

※その他の市町村は、その市町村の基本利用料に応じてのお支払いとなります。

【加算】

種　類		利用者負担（1 割）/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援１	72 単位
	要支援２	144 単位
科学的介護推進体制加算		40 単位
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		12 %
地域区分	天理市（7 級地）	10.14 円

(2) その他費用（介護保険給付以外）

区　分		金　額	
おやつ費		150 円/日	
食　　費		700 円/日	
おむつ代	尿取りパット	50 円	施設の商品を利用した場合（１枚につき）
	リハビリパンツ	100 円	
	介護用紙おむつ	150 円	

(3) お支払いの方法について

利用料金は、毎月月末締めで請求書を発行し、請求書を連絡帳にはさむ又は、郵送させていただきますので、翌月２５日迄に、次のいずれかの方法によりお支払い下さい。

○現金払い　○銀行振り込み　○口座振替（郵便局、全国の金融機関）

５．サービスの内容
①居宅と事業所間の送迎サービス
②食事の提供サービス
③入浴サービス
④健康チェック
⑤日常生活動作の機能訓練及び強化プログラム
⑥クラブ活動及びレクリエーションの実施

６．相談・苦情等の窓口
サービス等に関する相談・苦情等については、当事業所の生活相談員が窓口です。
ご遠慮なく各種相談・苦情をお申し出下さい。
事業所内で解決出来ない事案については、苦情解決第三者委員会及び関係機関の
助言及び指導を得て解決します。

【連絡先】〒632-0001　奈良県天理市中之庄町５３２番地１　電話　0743-65-3551
〇相談・苦情対応責任者　施設長/橋本 光司・対応窓口　生活相談員/大西　規巳予

【その他連絡先】
〇奈良県運営適正化委員会　TEL0744-29-1212
〇奈良県国民健康保険団体連合会　TEL0744-21-6811
〇天理市介護福祉課　TEL0743-63-1001
〇奈良市福祉政策課　TEL0742-34-5196

【第三者委員】
〇尾関　正春　TEL0743-65-3340　090-8484-0325
〇寺西　務　TEL0743-62-6453
〇小野　加代子　TEL090-3160-8081

７．福祉サービス第三者評価の実施について
当事業所では第三者による評価は実施しておりません。

８．事故発生時の対応について
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、地域包括支援センター等の担当者及び市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

９．緊急時の対応について
サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに家族等へ連絡を行い主治医又は、隣接の奈良東病院にて必要な処置を講じます。

10．防火・防災について
施設には、スプリンクラー・消火栓・緊急通報装置等消防設備も整備され、又、隣接の老人保健施設・病院等とも連携相互協力して防火・防災に務めます。

11．守秘義務に対する対策
事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

13. 虐待防止のための措置について

利用者の人権擁護、虐待防止のため、必要な体制整備を行うとともに、事業所に対して研修を実施するなど必要な措置を講じます。

14. 記録について

当施設は、介護サービスの提供について記録を作成し、それを５年保管し、請求に応じてこれを閲覧させ、希望があれば複写物を交付いたします。

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、本書面に基づいて重要事項を説明致しました。

事業者　　奈良県天理市中之庄町５３２－１
社会福祉法人　大和清寿会
理事長　鉄村　信治

通所介護事業所
説明者　　職名　　生活相談員

氏名

私は、事業者より重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者　　住所

氏名

家族等　　住所

氏名

デイサービスセンター　清寿苑

介護予防・日常生活支援総合事業
第一号通所事業
（総合事業通所介護）

重要事項説明書

社会福祉法人　大和清寿会