

ソラーナデイサービスセンター
介護予防・日常生活支援総合事業 指定相当通所型サービス重要事項説明書

指定相当通所型サービスの提供開始にあたり事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 みのり福祉会
主たる事務所の所在地	〒999-7727 山形県東田川郡庄内町南野字北野100-2
代表者（職名・氏名）	理事長 坂田隆行
設 立 年 月 日	平成18年4月1日
電 話 番 号	0234-44-2011

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ソラーナデイサービスセンター	
サービスの種類	指定相当通所型サービス	
事業所の所在地	〒999-7727 山形県東田川郡庄内町南野字北野100-2	
電 話 番 号	0234-44-2011	
指定年月日・事業所番号	平成18年4月1日指定	0673000188
利 用 定 員	定員35人(指定通所介護事業所を含む)	
事業の実施地域	庄内町	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、指定相当通所型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

指定相当通所型サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）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及び機能訓練を行うことにより、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	日曜日を除く毎日 ただし、1月1日～3日は休み
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9時30分 から 午後 4時40分まで

6 事業所の職員体制 () は兼務

職 種	常 勤	非 常 勤	勤 務 体 制
所長 (管理者)	1 (1) 名	0 名	午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0
生活相談員	2 (1) 名	0 名	午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0
機能訓練指導員	1 名	0 名	午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0
看護職員兼機能訓練指導員	1 名	0 名	午前 9 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0
介護職員	5 名 (1) 以上	3 名	午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0
添乗員	施設内勤務表による		

7 サービス提供の責任者

サービス提供の管理責任者 (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。

管理責任者の氏名	管理者 金子絵美
----------	----------

8 利用料

(1) 指定相当通所型サービスの利用料は以下のとおりです。

利用回数	事業対象者	要支援 1	要支援 2
週 1 回程度	4 3 6 単位/回 月 4 回まで	4 3 6 単位/回 月 4 回まで	4 4 7 単位/回 月 4 回まで
週 2 回程度	4 4 7 単位/回 月 8 回まで	-	4 4 7 単位/回 月 8 回まで

※上記利用料金に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。

※特別な理由により原則の回数を超えてサービスを利用する場合には、庄内町に「理由書」の届け出を提出して下さい。その際の利用料金は月額報酬単価となります。

※利用者の状況や当事業所の職員状況に応じて下記を加算する場合があります。

生活機能向上グループ活動加算 (1月につき)		1 0 0 単位
若年性認知症利用者受け入れ加算 (1月につき)		2 4 0 単位
栄養アセスメント加算 (1月につき)		5 0 単位
栄養改善加算 (1月につき)		2 0 0 単位
口腔機能向上加算 (Ⅰ) (1月につき)		1 5 0 単位
口腔機能向上加算 (Ⅱ) (1月につき)		1 6 0 単位
口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (1回につき、6月に1回を限定)		2 0 単位
口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) (1回につき、6月に1回を限定)		5 単位
一体的サービス提供加算 (1月につき)		4 8 0 単位
生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (1月につき、3月に1回を限定)		1 0 0 単位
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) (1月につき、3月に1回を限定)		2 0 0 単位
科学的介護推進体制加算 (1月につき)		4 0 単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	事業対象者・要支援 1	8 8 単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	事業対象者・要支援 2	1 7 6 単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	事業対象者・要支援 1	7 2 単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	事業対象者・要支援 2	1 4 4 単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	事業対象者・要支援 1	2 4 単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	事業対象者・要支援 2	4 8 単位
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)		9. 2 %
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)		9. 0 %
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)		8. 0 %
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)		6. 4 %

- ①食事の提供に係る費用は、利用料金の全額がご契約者の負担となります。
ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。 1食あたり700円
- ②レクリエーション活動など、ご契約者の希望により材料費が必要な場合は、別途実費をいただきます。
- ③日常生活品（歯ブラシやおむつ等）は、在宅で使用しているものを持参ください。

(3) 支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、30日までお支払い下さい。
お支払い方法は、銀行振込、口座振替の中からご契約の際選べます。

9 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及び庄内町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10 サービスの内容に関する苦情受付

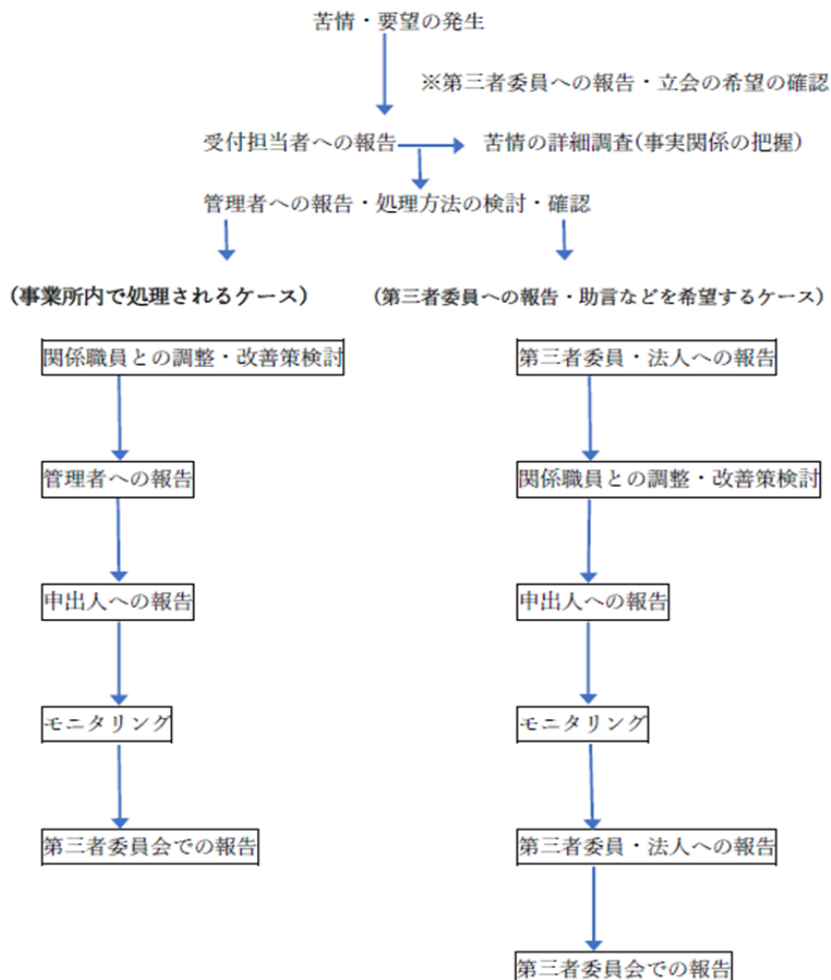
当事業所における苦情や相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

主任生活相談員	大戸 ひとみ
生活相談員兼介護職員	加藤 淳

受付時間 月曜日から金曜日まで 午前9:00から午後5:00
又、苦情ボックスを事務所窓口に設置しております。

<苦情受付の流れ>



事業所ごと年度内での苦情の実績報告(各事業報告に記載)

○行政機関その他苦情受付機関

庄内町役場 保健福祉課 介護保険係
電話番号 0234-42-0150
FAX 0234-42-0894
受付時間 毎週 月曜日から金曜日
午前9:00～午後4:00

山形県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口
電話番号 0237-87-8006
FAX 0237-83-3354
受付時間 月曜日から金曜日 午前9:00～午後4:00

1.1 サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止、変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。
- (2) 事業者は、契約者に対し、身元保証人を求めることがあります。但し、社会通念上、契約者に身元保証人をたてることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。身元保証人は、契約に基づく契約者の事業者に対する一切の責務につき、契約者と連帯して履行の責任を負います。

1.2 非常災害対策

- (1) 非常災害時の対応
別途定める「特別養護老人ホーム ソラーナ」の消防計画により対応します。
- (2) 防災訓練
別途定める上記消防計画により、年1回避難訓練を利用者参加のうえ実施します。

1.3 第三者評価の実施 無

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。

令和 年 月 日

社会福祉法人 みのり福祉会

説明者職名 生活相談員 氏名 _____ (印)

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、指定相当通所型サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 山形県東田川郡庄内町

利用者 氏名 _____ (印)

身元保証人 住所 _____

身元保証人 氏名 _____ (印) 続柄 ()