

# デイサービスセンターひまわりの園

## 重要事項説明書

あなた様に対する居宅サービスまたは介護予防サービスの提供開始にあたり、当事業者があなた様に説明すべき事項は次のとおりです。

### 1 ご利用施設の概要

施設の名称	デイサービスセンターひまわりの園		
事業の種類	指定通所介護・指定介護予防通所介護		
新潟県知事の事業者指定年月日	平成12年1月28日	指定番号	1571300407
定員	38人		
施設の所在地	〒959-0242 新潟県燕市吉田大保町25番15号		
管理者	荒川 秀子		
電話	0256-92-0751 (代)		
Fax	0256-92-0750		

### 2 法人概要

法人の名称	社会福祉法人 吉田福祉会		
法人の所在地	〒959-0214 新潟県燕市吉田法花堂740番地		
法人種別	社会福祉法人		
代表者名	理事長 細貝 好美		
電話番号	0256-92-3339 (代)		

### 3 事業の目的と運営の方針

#### (1) 事業の目的

デイサービスセンターひまわりの園で行う介護予防通所介護及び通所介護の事業の適切な運営を確保するため、人員、設備及び運営に関する事項を運営規程に定め、要支援者に対しては適正な介護予防通所介護サービスを、要介護者に対しては適正な通所介護サービスを提供することを目的とします。

#### (2) 運営の方針

- ① 事業所において提供する介護予防通所介護サービス及び通所介護サービスは、介護保険法並びに関係する省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。

- ② 事業所は、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立った介護予防通所介護サービス及び通所介護サービスの提供に努めます。
- ③ 介護予防通所介護サービスにおいては、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- ④ 通所介護サービスにおいては、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- ⑤ 事業所は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- ⑥ 介護予防通所介護サービスと通所介護サービスは、同一の事業所において一体的に運営いたします。

#### 4 事業実施地域および営業時間

事業実施地域	燕市(旧吉田町)
営業日	年中無休
営業時間	午前8時30分から午後6時
サービス提供時間	午前9時45分から午後4時15分

## 5 提供サービスの概要

共通的服务	
食事	<p>※食費は介護保険給付対象外となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体状況に配慮した管理栄養士の献立による食事を提供します。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。</li> <li>・食事時間 午前12時から午後1時</li> </ul> <p>○食事の形態 主食：ご飯・おにぎり・おかゆ・おかゆミキサー 副食：常食・刻み食・超刻み食・ミキサー食・ミキサーとろみ食</p> <p>心身の状況に応じて食べにくいものがありましたら代替え食をご用意いたします。(パン・めん類・炊き込みご飯・丼物等)</p>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な方法により必要な支援または援助を行います。</li> </ul> <p>○入浴の形態 一般浴・特殊浴・チェア浴</p>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心身の状況に応じて適切な方法により、必要な支援または援助を行います。</li> </ul>
清潔等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容や着替えが行われるよう支援または援助を行います。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用日に健康チェック（検温、血圧測定等）を行います。</li> </ul> <p>病状の変化が見られた際は、本人・家族・かかりつけ医と相談の上、本人に最善と思われる方法がとれるよう支援または援助いたします。</p>
相談援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談援助を行います。</li> </ul>
送迎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心身の状況に応じ適切な方法により、リフトつき送迎車等での送迎を行います。</li> </ul> <p>○迎え 午前8時30分から午前9時30分ころ ○送り 午後4時15分から午後5時15分ころ</p>
介護予防選択的サービス	
アクティビティ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成された計画に基づき、アクティビティ(集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練)を実施します。</li> </ul>
口腔機能向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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て、歯科衛生士等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施します。</li> </ul>
介護選択的サービス	
個別機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員、介護職員等が共同して利用者の個別機能訓練計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施します。</li> </ul>
栄養 マネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対して、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施します。</li> </ul>
口腔機能向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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て、歯科衛生士等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、これに基づく適切なサービスを実施します。</li> </ul>

## 6 利用料金（平成21年4月1日現在）

本事業所が提供するサービスの利用料金は次表のとおりになります。

なお、下記の(1)の基本料金は、大規模型通所介護費Ⅰ（前年度の1月当たりの平均利用延べ数が751～900人）での構成となっております。

### (1) 通所介護事業

介護保険給付1日あたりの基本料金			自己負担額	
所要時間	3時間以上 4時間未満	要介護1	3,750円	375円
		要介護2	4,300円	430円
		要介護3	4,850円	485円
		要介護4	5,400円	540円
		要介護5	5,950円	595円
	4時間以上 6時間未満	要介護1	4,990円	499円
		要介護2	5,780円	578円
		要介護3	6,570円	657円
		要介護4	7,350円	735円
		要介護5	8,140円	814円
	6時間以上 8時間未満	要介護1	6,650円	665円
		要介護2	7,760円	776円
		要介護3	8,860円	886円
		要介護4	9,960円	996円
		要介護5	11,060円	1,106円
＊やむを得ない事情による理由にての2時間以上3時間未満の利用の場合は、3時間以上4時間未満の基本料金の70%の料金となります。 ＊通常の事業実施地域(旧吉田町)を越えてサービスを提供する場合、所定の基本料金に5%を加算した料金となります。				
サービス提供体制強化加算			自己負担額	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (職員のうち30%が介護福祉士資格を保有している場合に該当) 1日につき		120円	12円	
サービス別加算料金			自己負担額	
入浴介助	1日につき	500円	50円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)	1回につき	270円	27円	
口腔機能向上加算	1回につき	1,500円	150円	
栄養改善加算	1回につき	1,500円	150円	

(2) 介護予防通所介護事業

介護保険給付 1 月あたりの基本料金		自己負担額
要支援 1	22,260円	2,226円
要支援 2	43,530円	4,353円
*通常の事業実施地域(旧吉田町)を越えてサービスを提供する場合、所定の基本料金に5%を加算した料金となります。		
サービス別加算料金		自己負担額
サービス提供体制強化加算 (I) 1月につき	要支援 1	480円
	要支援 2	960円
アクティビティ実施	1月につき	530円
口腔機能向上加算	1月につき	1,500円

(3) 介護保険給付外サービス

種類	内容	利用料金
食費	・身体状況に配慮した管理栄養士の献立による食事を提供します。	昼食 530円 (おやつ代含む)
日用品	・トイレットペーパー、シャンプー、石鹸など	無料
教養娯楽費	・行事、余暇材料費等	

●上記のほか日常生活において通常必要となるものにかかる費用においては自己負担していただきます。

(4) 社会福祉法人等による利用者負担減免対象者については、社会福祉法人等利用者負担減免確認書を確認の上、減免を実施いたします。

(5) 利用料金は、現金、銀行口座振込、または預金口座振替により指定期日までにお支払いください。

7 建物、設備の概要

(1) 敷地および建物

建物	構造	鉄筋コンクリート造2階建(耐火建築)
	延べ床面積	995.47㎡
	利用定員	38名(災害その他やむを得ない事情のある場合を除く)

(2) 主な設備

部屋の種類	室定員	室数	面積	備考
食堂兼機能訓練室	38名	1	126.17㎡	
休養スペース(ベッドスペース)		1	41.96㎡	
休養スペース(畳スペース)		1	30.33㎡	
相談室		1	9.84㎡	居宅介護支援事業所と共用
事務所		1	36.25㎡	
浴室、脱衣室		1	77.28㎡	
便所		2	34.80㎡	

## 8 職員体制（主たる職員）

通所介護事業所(1日あたり)

従業者の職種	員数	常勤換算後の員数	事業者の指定基準	保有資格
管理者	1名	1名	1名	社会福祉士 主任介護支援専門員
生活相談員	1名以上	1名以上	1名以上	社会福祉主事
介護職員	6名以上	6名以上	6名以上	介護福祉士・ヘルパー2級等
看護職員	1名以上	1名以上	1名以上	看護師・准看護師
機能訓練指導員（看護職員兼務）	1名	1名	1名	看護師・准看護師
歯科衛生士	1名	0.3名		歯科衛生士(非常勤)
管理栄養士	1名			管理栄養士(非常勤)

## 9 職員の勤務体制（主たる職員）

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（午前8時30分から午後6時）常勤で勤務
生活相談員	正規の勤務時間帯（午前8時30分から午後6時）常勤で勤務
介護職員	正規の勤務時間帯（午前8時30分から午後6時）常勤で勤務
看護職員	正規の勤務時間帯（午前8時30分から午後6時）常勤で勤務
歯科衛生士	正規の勤務時間帯（午前12時から午後4時）非常勤で勤務
管理栄養士	非常勤で勤務

## 10 苦情等がある場合

提供した介護サービスに利用者からの苦情に敏速かつ適切に対応するために、苦情を受け付ける相談窓口を設置しております。また、利用者からの苦情に関して市町村・国保連が行う調査に協力し、これからの指導助言を受けた場合にはこれに従って必要な改善を行います。

当施設内 苦情申立窓口	苦情受付担当	横田 恵理子 皆川 豊
	ご利用時間	午前8時30分から午後6時
当施設内 苦情申立窓口	ご利用方法	電話 0256-92-0751 (代)
		意見箱 事務室入口に設置
		面接 相談室等
	苦情解決責任者	荒川 秀子
	第三者委員	泉谷 善二 燕市吉田浜首 0256-93-2715 小林 正 新潟市巻甲 0256-72-4434 滝澤 泉 燕市吉田旭町 0256-92-6138
燕市役所燕庁舎 健康福祉部 福祉課 介護保険係	平日（月～金） 午前8時30分から午後5時30分 電話 0256-63-4131 (代)	
新潟県 国民健康保険 団体連合会	平日（月～金） 午前8時30分から午後5時15分 電話 025-285-3072 (代)	

## 1.1 非常災害時の対策

非常時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、別途定める「ひまわりの園消防計画」にて対応を行います。</li> <li>・年2回以上避難訓練を実施し、災害時に備えます。</li> <li>・サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難等適切な措置を講じます。</li> </ul>			
防災設備	避難口(非常口)	自動火災報知設備	非常通報装置	非常警報設備
	避難器具	非常電源設備	防火カーテン	誘導灯・誘導標識
防火管理者	荒川 秀子			

## 1.2 安全管理体制の確保及び緊急時における対応方法

サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアルを作成し、職員に周知徹底を図るとともに、速やかに主治医への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めておくこととします。

サービスの提供にあたり、事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めることとします。

サービスの提供を行っているときにおいても、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとします。

## 1.3 事故発生時の対応方法

社会福祉法人吉田福祉会「業務マニュアル」に従って、すみやかに管理責任者に報告し対応します。また、保険者への連絡が必要な場合もすみやかに対応します。

事業者の責任により利用者に生じた損害についてはその損害を賠償します。ただし、その損害の発生について利用者の故意または重大な過失が認められる場合には事業者の賠償を減じる場合があります。

## 1.4 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

医療処置のある方	・必要な薬、処置道具はご持参ください。
健康チェック	・サービスの利用に先立って行う健康チェックの結果により、サービスの提供を見合わせる場合があります。
所持品の管理	・利用の際には衣類、所持品に名前の記入をお願いします。
物品の持込	<ul style="list-style-type: none"> <li>・貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。紛失した場合は、当方は責任を負いかねます。</li> <li>・危険物の持込はお断りします。</li> </ul>
喫煙	・喫煙は決められた場所以外ではお断りします。

設備・器具の利用	・施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反してのご利用によって破損等が発生した場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	・他の利用者に迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教活動・政治活動	・施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物持込	・施設内へのペットの持ち込みはお断りします。
紙おむつ等使用の方	・紙おむつ等使用の方は利用時に必要となる枚数をご用意ください。

サービスの提供に先立って、上記のとおり重要事項について説明します。

平成 年 月 日

事業者

所在地 新潟県燕市吉田大保町 25 番 15 号  
 事業者名 デイサービスセンターひまわりの園  
 代表者名 社会福祉法人吉田福祉会  
 理事長 細 貝 好 美 印

私は、上記の重要事項について説明を受け同意しました。また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

上記契約の証として、本契約書を 2 部作成し、利用者および事業者、記名・押印の上、それぞれ 1 部ずつを保有します。

(利用者)

ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

(利用者の代理人)

ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

ご関係 \_\_\_\_\_