

デイサービスセンター太陽の園

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 法人概要

事業者の名称	社会福祉法人 吉田福祉会
事業者の所在地	〒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)

2 ご利用施設の概要

施設の名称	デイサービスセンター太陽の園		
事業の種類	指定介護予防通所介護・指定通所介護		
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	1571300415
定員	30人		
施設の所在地	〒959-0214 新潟県燕市吉田法花堂740番地		
管理者名	中野 秀仁		
電話番号	0256-92-3339 (代)		
F A X	0256-93-5300		

3 事業の目的と基本・運営の方針

(1) 事業の目的

デイサービスセンター太陽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切な介護予防通所介護サービス、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サービス及び通所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また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 建物、設備の概要

(1) 敷地および建物

敷	地	6, 615. 30㎡	
建	構	造	鉄筋コンクリート造2階建(耐火建築)
	延	べ床面積	3, 157. 39㎡
	利	用定員	30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	30名	1	106㎡	
静養室		1	57.6㎡	
相談室		1	27㎡	特養と共用
事務所他		1	39.6㎡	
浴室、脱衣室		1	135㎡	特養と共用
便所		2	21㎡	

5 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	常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
管理者	1名	1名	1名	社会福祉主事
生活相談	1名以上	1名以上	1名以上	社会福祉主事
介護職員	4名以上	4名以上	4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	0.9名		あんま・マッサージ指圧師 看護師・准看護師
歯科衛生	1名	0.2名		歯科衛生士（非常勤）
管理栄養	1名			管理栄養士（非常勤）

6 職員の勤務体制

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15分から午後5時45分）常勤で勤務
生活相談	正規の勤務時間帯（午前8時15分から午後5時45分）常勤で勤務
介護職員	正規の勤務時間帯（午前8時15分から午後5時45分）常勤で勤務
看護職員	正規の勤務時間帯（午前8時15分から午後5時45分）常勤で勤務
栄養士	正規の勤務時間帯（午前8時15分から午後5時45分）常勤で勤務

延長サービス対応により、午前7時15分からと午後7時までの勤務もあります。

7 営業日および営業時間

事業実施区域	燕市（旧吉田町）
営業日	年中無休
営業時間	午前7時30分から午後7時まで
サービス提供時間	午前9時45分から午後4時15分 *ご要望により延長サービスご利用が可能です。

8 提供サービスの概要

共通サービス	
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・身体状況に配慮した管理栄養士により作成した献立の食事を提供します。 ・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。 ・食事時間 午前12時から午後1時 ・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 ・利用者が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 <p>*食費は介護保険給付対象外となります。</p>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な方法により入浴していただきます。 ・入浴の形態は一般浴・シャワー浴・チェアー浴・特殊浴があります。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・心身の状況に応じて適切な方法により、必要な援助を行います。
清 潔 等	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・利用日に健康チェック（検温、血圧測定）を行います。 ・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取れるよう支援または援助いたします。
相談援助	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> ・心身の状況に応じて適切な方法により、リフト付きの送迎車等での送迎を行います。 迎え : 午前8時30分から午前9時30時ごろ 送り : 午後4時15分から午後5時15分ごろ ・延長サービスについても、送迎は可能となっております。
介護予防選択的サービス	
アクティビティ	<ul style="list-style-type: none"> ・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く適切なサービスを実施します。
口腔機能向上	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

介護選択的サービス	
個別機能訓練	・あんま・マッサージ師、看護職員、介護職員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。
栄養改善	・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。
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。

9 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。

(1) 通所介護事業

介護保険給付1日あたりの基本料金			介護保険適用時の自己負担額(1割負担)	
所要時間	3時間以上 4時間未満	要介護1	3,810円	381円
		要介護2	4,370円	437円
		要介護3	4,930円	493円
		要介護4	5,490円	549円
		要介護5	6,050円	605円
	4時間以上 6時間未満	要介護1	5,080円	508円
		要介護2	5,880円	588円
		要介護3	6,680円	668円
		要介護4	7,480円	748円
		要介護5	8,280円	828円
	6時間以上 8時間未満	要介護1	6,770円	677円
		要介護2	7,890円	789円
		要介護3	9,010円	901円
		要介護4	10,130円	1,013円
		要介護5	11,250円	1,125円
	6時間以上8時間未満 のサービス提供の前 後に、日常生活上の世 話を行う場合	8時間以上 9時間未満	500円	50円
		9時間以上 10時間未満	1,000円	100円

※ やむをえない事情により2時間以上3時間未満の場合、上記の表の3時間以上4時間未満の70%の料金となります。

※ 通常の事業の実施区域（旧吉田町）を越えてサービス提供する場合、所定単位数の5%を加算した料金となります。

サービス別加算料金		介護保険適用時の1日あたりの自己負担額（1割負担）
入浴介助	1日につき	500円
サービス体制強化加算（I）	1回につき	120円
個別機能訓練加算（I）	1回につき	270円
口腔機能向上加算	1回につき	1,500円
栄養改善加算	1回につき	1,500円

（2）介護予防通所介護事業

介護保険給付1日あたりの基本料金		介護保険適用時の自己負担額（1割負担）
要支援1	22,260円	2,226円
要支援2	43,530円	4,353円

※通常の事業の実施区域（旧吉田町）を越えてサービス提供する場合、所定単位数の5%を加算した料金となります。

サービス別加算料金		介護保険適用時の自己負担額（1割負担）
サービス体制強化加算（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

内 容		利 用 料
食 費	・食材料費及び食事に係る調理費等に相当する費用 ・延長サービスご利用で、食事を希望された場合	朝食 480円 昼食 530円 (おやつ代含む) 夕食 530円
延長サービス料	・延長サービスで10時間以上のご利用部分について	1時間につき 500円
日 用 品	・トイレットペーパー、シャンプー、せっけんなど	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。
- 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。

(4) 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。

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	苦情受付担当者	田中 元 廣河 宗隆 皆川 豊
	ご利用時間	午前8時15分～午後5時45分
	ご利用方法	電話 0256(92)3339(代) 意見箱 事務室前に設置 面接 相談室等 管理者 中野 秀仁
	苦情解決責任者 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 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)

11 非常災害時の対策

非常時の対応	・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「太陽の園消防計画」に基づいて対応を行います。夜間など防災上、必要な人員を満たし地域防災協力員を委嘱し、非常時には対応が受けられる体制にあります。随時、避難訓練を実施し災害時に備えます。			
防災設備	非難口(非常口)	自動火災報知設備	非常通報装置	室内消火栓
	非常電源設備	防火カーテン	誘導灯	防火戸
	非常階段	スプリンクラー		
防火管理者	中野 弘行			

1.2 緊急時における対応方法

- ・サービス利用中に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた場合は、すみやかに主治医もしくは協力医療機関に連絡し、適切な処置を行います。

1.3 事故発生時の対応方法

- ・社会福祉法人吉田福社会「業務マニュアル」に従って、速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速やかに対応します。
- ・事業者の責任により利用者に生じた損害については速やかに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損害賠償責任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

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。 名前の記入が無く所持品が紛失した場合は、当方は責任を負いかねます。
医療処置のある方	・必要な薬、処置道具はご持参ください。 不足の場合は家族で持参していただくことになります。
現金・貴重品等	・現金、貴重品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。
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。 これに反した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。
動物飼育	・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 新潟県燕市吉田法花堂740番地

事業者名 デイサービスセンター太陽の園

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、本契約書を二通作成し、利用者および事業者、記名・押印の上、それぞれ一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