

重要事項説明書

予防型通所介護
ミニデイ型通所介護
運動型通所介護

デイサービスセンターひまわり園

あなたに、予防型通所介護サービス、ミニデイ型通所介護サービス、運動型通所介護サービス（以下「予防型通所介護等サービス」という。）を提供するに際し、事業者として、指定予防型通所介護等サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）第107条で準用する第8条第1項の規定及び鹿児島市長が定める基準等に基づき、サービス等の内容及び手続きの説明・同意に関する重要事項を次のとおり説明します。

1. 事業の目的と運営方針

要支援者又は事業対象者に対し、適正な予防型通所介護等サービスを提供することにより心身機能の維持・改善を目的とし、もって生活機能の維持又は向上を目指します。そのために目標を設定し計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、社会的孤独感の解消等や家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めます。

2. 事業者の内容

(1) 事業者・ご利用の事業所及び提供できるサービスの地域

事業者の名称	中江報徳園
事業者の所在地	鹿児島市犬迫町5407番地2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	長友 医継
電話番号	099-238-2140

事業所名	デイサービスセンターひまわり園
指定番号	鹿児島県 No4670100686
指定年月日	平成18年 4月 1日
所在地	鹿児島市犬迫町5407番地2
管理者の氏名	池田 喜代子
電話番号	099-238-5741
FAX番号	099-238-0084
サービスを提供する地域	鹿児島市一円並びに日置市伊集院町の地域

(2) 事業所の従事者体制

	業務の内容	
管理者	業務の一元的な管理	1名
生活相談員	生活相談及び助言・指導	1名以上
看護師又は准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	1名以上
介護職員	日常生活上の必要な援助、入浴、食事等の援助など	11名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名以上
管理栄養士	食事の献立作成・栄養計算・栄養指導等	1名（兼務）
調理員	献立表に基づいた調理全般	1名以上

○ 事業所の従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（バイタルチェック等を除く）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 設備の概要

○ 食堂 1室

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○ 機能訓練室 1室

利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○ その他の設備 設備として、その他に、静養室、相談室、事務室、浴室等を設けます。

(4) 定員及び営業日・時間帯等

○定員—75名

○営業日—月曜日から日曜日（年末年始等特別に定める日を除く。）

但し、運動型通所介護は火・金の営業とする。

○営業時間帯—8：00～17：00

○サービス提供時間

予防型通所介護—9時30分から14時30分まで

運動型通所介護—①1単位目 10時から12時まで ②2単位目 13時から15時まで

ミニデイ型通所介護—13時から15時30分まで

○電話により24時間連絡が可能な体制をとります。

3. サービスの内容

① 運動機能向上（日常生活上の機能訓練）

② 口腔機能向上

③ 栄養状態改善

④ 日常生活上の相談・援助

⑤ 健康状態の確認

⑥ 給食サービス

⑦ 入浴サービス

⑧ アクティビティ（レクリエーション、趣味活動）*送迎サービス利用等は、ご相談ください。

⑨ 記録 事業者は、サービスの提供記録を、サービス計画におけるサービス提供の完結の日から5年間保管し、利用者の書面による求めに応じて閲覧、又は複写物を交付します。

⑩ 地域包括支援事業所との連携

4. サービス利用に当たっての留意事項

① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には、事業所の従業員にご一報ください。

② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。

③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりはご遠慮ください。

④ 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしはお受けできません。

⑤ お弁当の持ち込みはご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面、及びこれに関わる事故、食中毒等につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

5. 非常災害対策

事業者は、非常災害時等の対策については立地環境を考慮の上、個別に行動手順等を計画作成した社会福祉法人中江報徳園の防災管理要綱（火災・地震・風水害等）を適用するものとし、法人関係職員全体で対処するものとする。また、あらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従事者等の訓練を行います。

6. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

7. 利用料金

下記は原則として1割負担で表記してありますが、各個人の介護保険負担割合証に記載されているとおりとなります。

□介護報酬告示額

(1) 予防型通所介護サービス費 (1か月につき)

	(単位数)	(1割負担)
要支援1、事業対象者	1,798	1,798円
要支援1、事業対象者 日割		円
要支援2、事業対象者	3,621	3,621円
要支援2、事業対象者 日割		円

加算料金等

口腔機能向上加算Ⅰ	150	150円
口腔機能向上加算Ⅱ	160	160円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	20円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	5円
栄養アセスメント加算	50	50円
栄養改善加算	200	200円
事業所評価加算	120	120円
一体的サービス提供加算	480	480円
生活機能向上連携加算Ⅰ	100	100円
科学的介護推進体制加算	40	40円
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)		
要支援1、事業対象者	88	88円
要支援2、事業対象者	176	176円
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	サービス合計単位×0.092 (少数点は四捨五入)	

(2) ミニデイ型通所介護サービス費 (1か月につき)

	(単位数)	(1割負担)
要支援1、事業対象者	1,315	1,315円
要支援2、事業対象者	2,630	2,630円

加算料金等

介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	サービス合計単位×0.092 (少数点は四捨五入)	
----------------	---------------------------	--

(3) 運動型通所介護サービス費 (1回につき)

	(単位数)	(1割負担)
要支援1、要支援2、事業対象者	343	343円

*介護報酬告示額に地域加算 (1単位=10円) をかけて計算した1か月当たりの金額です。

※尚、対象とならない加算もあります。

□その他費用

(1) 食事の提供に要する費用	520円
(2) おむつ代、日常生活費	実費

1か月当たりの利用料金 (目安) _____ 円

受付時間 9:00～16:00 (土日、祝日、年末・年始を除く。)

鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課

所在地 鹿児島市鴨池新町6-6 鴨池南国ビル内 〒890-0064

電話番号 099-213-5122

FAX番号 099-213-0817

受付時間 9:00～17:00 (土日、祝日、年末・年始を除く。)

③ 苦情処理第三者委員

公平中立な立場で、苦情を受け付け、相談にのっていただける外部委員を委嘱し、事業所内に掲示しています。

13. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

・名称 医療法人玉水会 玉水会病院

・住所 鹿児島市下伊敷1丁目1番5号

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

15. 第三者評価の実施状況 (有・無)

(実施年月日)

(評価機関)

(評価結果)

(開示状況)

16. 衛生管理等

① 衛生管理について

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

② 感染症予防及びまん延防止について

ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底しています。従業者への衛生管理に関する研修を年2回行っています。

多数の方が利用される在宅サービスのため、場合によっては影響を受ける可能性があることをご承知おき下さい。利用中もしくは利用予定前に、本人・ご家族様の体調によっては、利用を中断しお迎えをお願いする場合がございます。

③ 他関係機関との連携について

事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

また、利用者の急変時、救急車を要請し、当法人の職員が同乗して救急搬送した場合、当該職員が当園へ帰園するための交通費（実費）をご負担いただきます。

かかりつけ医	医療機関名：
	主治医：
	連絡先：

私は、本書面に基づいて事業所の職員（職名 _____ 氏名 _____）から、上記事項について説明を受け、これに同意し、本書面を1部受け取りました。

年 月 日

〈利用者〉

住 所

氏 名

〈利用者代理人（選任した場合）〉

住 所

氏 名 (続柄 _____)

〈家族代表〉

住 所

氏 名 (続柄 _____)