

デイサービスセンターなのはな苑ふくおか  
【通所介護・予防専門型通所介護】  
重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 明 翠 会

# 重要事項説明書

(通所介護・予防専門型通所サービス)

当事業所は、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

## 1 事業者

事業所の名称	社会福祉法人 明 翠 会
法人所在地	岡崎市福岡町字四反田 2 6 番地
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 太 田 健 介
電話番号	( 0 5 6 4 ) 5 7 - 8 1 5 0
FAX 番号	( 0 5 6 4 ) 5 1 - 0 2 0 1

## 2 事業所の概要

事業所の種類	通所介護・予防専門型通所
介護保険事業所番号	第 2 3 7 2 1 0 0 6 5 7 号 (平成 1 2 年 2 月 2 9 日) 第 2 3 7 2 1 0 0 6 5 7 号 (平成 1 8 年 4 月 1 日)
事業の目的	予防専門型・通所介護の適正な運営を維持する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員及び介護員(以下「生活相談員等」という。)が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。
事業所の名称	デイサービスセンター なのはな苑 ふくおか
事業所の住所	岡崎市福岡町字四反田 2 6 番地
電話番号	( 0 5 6 4 ) 5 7 - 8 0 8 6
管理者	猪口 てる美
事業所の運営方針	別紙パンフレットをご参照ください。
開設年月日	平成 1 1 年 8 月 1 日
通常の事業の実施地域	岡崎市・額田郡幸田町
休業日及び営業時間	日曜日 年末年始 ( 1 2 月 3 1 日 ~ 1 月 3 日 ) 受付時間 8 時 3 0 分 ~ 1 7 時 1 5 分 サービス提供時間 9 時 2 0 分 ~ 1 6 時 3 0 分
利用定員	4 0 人

### 3 職員の配置状況

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しております。

職 種	サービス提供時間中の職員	指定基準
管理者	1名（兼務）	1名
生活相談員	2名以上（兼任）	1名
介護職員	6名以上（専従・兼務）	下記※参照
看護職員	2名以上（兼任）	1名
機能訓練指導員	1名以上（兼任）	1名
栄養士	1名（兼務）	1名

※ 介護職員の配置基準は、利用者様15名まで職員1名、20名まで2名、25人まで3名、30名まで4名、35名まで5名、40名まで6名となっております。

### 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	
生活相談員	勤務時間	7時45分～18時00分
介護職員（常勤職員）	早番	7時15分～17時30分
看護職員（常勤職員）	日勤①	7時45分～18時00分
	日勤②	8時15分～17時15分
	半日勤務	7時45分～12時00分
	半日勤務	13時45分～18時00分
介護職員（非常勤職員）	勤務時間	8時00分～17時15分
看護職員（非常勤職員）	1日勤務	9時00分～16時30分
	半日勤務	9時00分～13時00分
	半日勤務	12時30分～16時30分

### 4 当事業所が提供するサービスと利用料金

#### （1）介護保険給付サービス

種別	内容	利用料
食事	<p>管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者様の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供するため、上下膳の介助、個別の食事介助・見守りを行います。（ただし、食材費・調理費用は対象外です。）</p> <p>（食事時間）                      昼食 12時00分～13時00分</p>	<p>介護報酬の告示の額</p> <p>（その利用料の額は、介護報酬告示上の額もしくは岡崎市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業に要する費用の額の算定に関する基準要綱別表2に記載された額とし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、利用者の介護</p>

排泄	利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。	保険負担割合証に記載された割合に応じた額とする。）
入浴	一般浴・安心浴・機械浴を設置し、利用者様に適した方法で入浴を行います。（清拭の場合、入浴加算はいただきません。）	
機能訓練	機能訓練指導員により、利用者様の心身の状態に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。 （当施設の保有する器具） 歩行器 車椅子 平行棒 肋木 階段 自転車漕ぎ イージーウォーク	
送迎	ご自宅まで送迎サービスを行います。	

## （２）介護保険給付外サービス

種類	内容	利用料
食費	食材費及び調理費として申し受けます。	590円
事業実施区域外の送迎費用	通常の事業実施区域外の地域にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと事業所間の送迎費用をご負担いただきます。	片道10km未満の地域200円 片道10km以上の地域400円 実費をご負担いただきます。
レクリエーション	利用者様の希望によりレクリエーションやクラブ活動にご参加いただけます。	事業所内で実施するレクリエーションの材料費は基本的に無料ですが、内容によって実費負担をいただく場合があります。
おむつ代	当事業所のおむつ又はパッドをご使用の場合は実費相当額をいただきます。 ご持参の場合は無料です。	おむつ 150円 リハビリパンツ 150円 パッド 50円

※ 法令の改正、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由があるときは相当な額に変更することがあります。その場合変更する内容と事由について変更の1ヶ月前（原則として）までにご説明します。

※ お支払い方法は、次のとおりです。

- （１）ご請求 ご利用月末日締め切り翌月15日までに請求書を送付いたします。
- （２）お支払 ご利用月の翌月25日に口座振替または口座振込みにてお支払いいただきます。

※ 利用料金は別紙の利用料金表参照。

※ ご利用の中止、変更、追加

ご利用予定日の前に、利用者様の都合により、通所介護・予防専門型通所サービスの利用を中止または変更できます。変更等の場合は、担当ケアマネージャーにご確認ください。

## 5 緊急時の対応

利用者様の状態急変、その他緊急事態が生じた場合は、ご家族様または緊急連絡先にご連絡をするとともに主治医への連絡または救急搬送等の措置を速やかに行います。また、事故が発生した場合はご家族様、行政に対しての報告を行うなど必要な措置を行い、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

## 6 苦情申立先

事業者は、利用者様からの相談、苦情等に対し下記の通り窓口を設置し、通所介護・予防専門型通所介護に関する利用者様の要望、苦情等に、迅速に対応します。

苦情解決責任者 苑長 丸本 健二  
窓口担当者 生活相談員 猪口てる美  
第三者委員 監事 杉山直人 評議員 小野 敏幸  
御利用時間 毎日 午前8時30分～午後5時15分  
御利用方法 電話 (0564) 57-8086  
面接 随時  
意見箱 1階エントランスに設置

苦情解決手順 ①窓口担当者による苦情の受付 ⇒ ②苦情解決責任者への苦情内容報告及び第三者委員（利用者様から拒否のある場合を除く）へ苦情内容の報告 ⇒ ③利用者様の立場を配慮し慎重に事実内容の確認 ⇒ ④事実確認後、解決責任者と解決策の検討、対応策の決定 ⇒ ⑤利用者様に対応方法を含めた結果内容の報告 ⇒ ⑥必要に応じてその他苦情受付機関の紹介

行政機関その他苦情受付機関

○ なのはな苑 地域包括支援センター

〒444-0825 岡崎市福岡町字四反田26番地

TEL (0564) 57-8087 FAX (0564) 57-8099

○ 岡崎市役所 介護保険課

〒444-8601 岡崎市十王町2丁目9番地（福祉会館1階）

TEL (0564) 23-6682 FAX (0564) 23-6520

○ 愛知県国民健康保険団体連合会

愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情調査係

〒461-8532 名古屋市名東区泉1丁目6番地5号

TEL (052) 971-4165 FAX (052) 962-8870

第三者評価の実施

実施の有無	あり ・ なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

7 非常災害時の対策

災害発生に備え定期的な防災訓練を実施します。災害発生時は事業所の災害時対応マニュアルに沿って対応します。万が一のため災害時用の非常食及び飲料水を3日分備蓄しています。

8 高齢者虐待防止・身体拘束廃止の為の措置

(1) 虐待防止

利用者様の人権擁護・虐待防止のために下記の通り必要な措置を講じます。

- ① 研修・勉強会を通じ、職員の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。
- ② 個別の通所介護・予防専門型通所介護計画を作成し、適切な支援を行います。
- ③ 職員により虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合、速やかに市へ報告します。
- ④ 職員が悩みや苦勞を相談できる体制等、働きやすい職場環境の整備を行います。

(2) 身体拘束

利用者様に対し身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、利用者様の生命又は身体に危険がある場合等緊急やむを得ない場合は、次の通り対応します。

- ① 緊急やむを得ない場合に該当するのか、スタッフ会議及びリスクマネジメント委員会で検討します。
- ② 緊急やむを得ないと判断した場合は、家族等へその内容、目的、理由、拘束の期間等を詳細に説明し、同意を得たうえで行います。
- ③ 拘束の期間は、利用者様の日々の心身状態を観察し、記録します。
- ④ 拘束の期間が終了したときやその要件に該当しなくなった場合は、速やかにスタッフ会議・リスクマネジメント委員会で検討し、身体拘束等を解除します。

私は、本書面に基づいて社会福祉法人明翠会デイサービスセンターなのはな苑ふくおかの職員(職名 生活相談員 氏名 猪口てる美 )から上記説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

署名代行者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

本人との間柄 \_\_\_\_\_

私は、下記の理由により利用者に代わり前記署名をいたしました。

私は、本人の意思を確認しました。

署名を代行した理由

2024年6月24日改定