

通所介護および第1号通所事業重要事項説明書

社会福祉法人新潟市社会事業協会

老人デイサービスセンター有明園

通所介護および介護予防通所介護相当サービス重要事項説明書

〈令和6年4月1日現在〉

1 通所介護・介護予防通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人新潟市社会事業協会
代表者名	理事長 高橋 秀松
所在地・連絡先	(住所) 新潟市西区西有明町1番3号 (電話) 025-231-0196 (代) (FAX) 025-231-0198

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	老人デイサービスセンター有明園
所在地・連絡先	(住所) 新潟市西区西有明町1番20号 (電話) 025-231-0371 (FAX) 025-231-0539
通所介護事業所番号	新潟県指定 第1570100436号
通所介護指定年月日	平成12年 4月 1日
介護予防通所介護事業所番号	新潟県指定 第1570100436号
介護予防通所介護指定年月日	平成18年 4月 1日
センター長	真壁恒雄
開設年月日	平成 4年 4月 1日
利用定員	25人(通所介護および介護予防通所介護相当サービスの総数)

(2) 事業所の職員・勤務体制（兼務含む）

従業員の職種	人数（人）	区分	
		常勤（人）	非常勤（人）
センター長	1	1	
生活相談員	5（兼務4）	5	
介護職員	10	8	2
看護職員	3	3	
機能訓練指導員	3	3	

「従業員の研修」

従業員の資質向上の為研修の機会をつぎのとおり設けるものとし、業務体制を整備します。

- (1) 採用時研修 (2) 継続研修 (3) 管理者研修

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	西区、中央区
---------	--------

*上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

営業日	月曜日～土曜日（日曜日休み）
-----	----------------

*ただし、センター長が必要と認めたときは、休業させていただく場合があります。

(5) 営業時間

営業時間	8：30～17：15（サービス提供時間 8：45～16：15）
------	---------------------------------

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービスの内容

種 類	内 容
食 事	管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 年数回の季節に応じた行事食を希望された場合は、300円が追加されます。
入 浴	入浴を提供します。 座位が取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な支援を行います。(オムツ使用の方はオムツをご持参下さい)
機能訓練	利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
口腔ケア	利用者の状況に適した口腔ケアを行い、口腔機能の低下を防止するよう努めます。
クラブ活動	毎日複数の活動を用意し選択して頂きます。 園外行楽、保育園児との交流会等、様々な年間行事を行います。
健康チェック	血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。
生活相談	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅からセンターまでの送迎を行います。

- ① ご利用時間 8：45～16：15（それ以降の延長もしくは短縮については随時ご相談ください。また多少の時間誤差をご考慮ください。）
- ② ご利用設備
- 食堂 88.13㎡
 - 機能訓練室 51.89㎡
 - 浴室（一般浴槽・特殊浴槽2種・個浴）
 - 休養室（ベッド8台、畳9畳）
 - 送迎車4台

「衛生管理」

- 1, 指定通所介護サービスを提供する施設、食器その他の設備及び備品又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- 2, 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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。
- 3, 事業所において感染症が発生し又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね2月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的実施する。

イ 費用

別紙 「通所介護および介護予防通所介護相当サービス利用料金表」記載のとおり

(2) その他の費用

種 類	内 容	料 金
理 美 容	予約制になっております。 (毎月第3週の月～土曜日)	実費をご負担いただきます。
ク ラ ブ 活 動	陶芸・生け花等個人で制作し、お持ち 帰りいただくもののみです。 参加は任意です。	実費をご負担いただきます。

※その他サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係
わる費用であって、利用者に負担していただくことが適当と認められる費用は利用者の負担
となります。

(3) 利用料金支払方法

サービスを利用した月ごとにまとめた上で、サービスを利用した月の翌々月の20日以降か
らお支払いいただきます。

利用者は当月の料金の合計額を下記の方法にてお支払いください。

- ①口座振替（第四北越銀行、郵便局のみ。手数料は事業所が負担します。）
- ②銀行振込（手数料は利用者の負担となります。）

※利用料金等の領収書は入金確認後にお渡しいたします。

※利用者負担金について詳しくご確認したい時は、センター長にご相談ください。

4 サービス内容に関するご相談・ご要望・苦情等窓口

老人デイサービスセンター 有明園	相談受付担当者 生活相談主任 北上 晶子 相談受付責任者 センター長 真壁 恒雄 (電話) 025-231-0371 (受付時間 8:30～17:15) (FAX) 025-231-0539 ご意見箱 カウンターに設置しています。
---------------------	--

「市町村の相談窓口」

新潟市介護保険課	(電話) 025-226-1273 (FAX) 025-224-5531 相談受付 月曜日～金曜日
各 区 役 所	最寄りの区役所へご相談下さい。

「公的団体の相談窓口」

新潟県国民健康保険 団体連合会介護保険課	(電話) 025-285-3022 (FAX) 025-285-3350 相談受付 月曜日～金曜日
新潟県福祉サービス 運営適正化委員会	(電話) 025-281-5609 (FAX) 025-285-0303 相談受付 月曜日～金曜日

5 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート・嗜好調査	① あり	実施日	年末
		結果の開示	① あり 2 なし
2 なし			
意見箱の設置	① あり	実施日	随時（カウンターへ設置）
		結果の開示	① あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
③ なし			

「虐待の防止について」

1、事業所は利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針の整備。
- (3) 従業者に対して、虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修の実施。

2、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（甲の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します

6 非常災害対策

非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき対応についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、利用者及び従業者等の訓練を行います。

「業務継続計画の策定等」

- 1、感染症や非常災害の発生時において、甲に対する継続的なサービス提供の実施や中断時における早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務計画に従って必要な措置を講じます。
- 2、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 3、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

7 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 施設内の設備や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り破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (2) 園内禁煙となっております。喫煙はご遠慮ください。
- (3) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (4) 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- (5) 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (6) 体調の悪いときや人にうつる病気（皮膚疾患含む）が確認されたときは、利用を中止させていただきます。

「ハラスメント対策」(禁止行為)

○意に添わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為。(セクシャルハラスメント)

○身体的な力を使って危害を及ぼす行為。(身体的暴力)

○個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、貶めたりする行為。(精神的暴力)

*上記のようなハラスメント行為は固くお断りします。ハラスメント等によりサービスの中断や契約を解除する場合があります。

サービスの提供に先立って、上記の通り説明します。

令和 年 月 日

(事業所) 所在地 新潟市西区西有明町1番20号

事業所名 社会福祉法人新潟市社会事業協会
老人デイサービスセンター有明園
(新潟県指定介護保険事業所番号 1570100436)

代表者職・氏名 センター長 _____ 印

説明者職・氏名 _____ 印

上記の内容について説明を受け同意しました。又、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。

上記契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業所が署名捺印の上、各1通ずつ保有するものとします。

(利用者) ご住所 _____

お名前 _____ 印

(身元引受人) ご住所 _____

(連帯保証人)

お名前 _____ 印