

重要事項説明書

ひまわり健康倶楽部・ひまわり健康倶楽部サテライト事業所

デイサービスセンター新篠津つむぎの家

指定通所介護・当別町介護予防通所サービス・新篠津村通所サービス

<令和6年4月1日現在>

サービス提供の開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は以下のとおりです。

1. 事業所の概要

運営主体	社会医療法人 豊生会
事業所名	ひまわり健康倶楽部
所在地	〒061-0232 石狩郡当別町春日町 97-1 TEL 0133-25-2800 FAX 0133-25-2102
管理者氏名	水谷 桂吾
開設年月日	平成 17 年 12 月 1 日
事業所番号	0171000565

運営主体	社会医療法人 豊生会
事業所名	ひまわり健康倶楽部サテライト事業所 デイサービスセンター新篠津つむぎの家
所在地	〒068-1100 新篠津村第 47 線北 51 番地 TEL 0126-35-1441 FAX 0126-35-1442
管理者氏名	水谷 桂吾
開設年月日	平成 28 年 4 月 1 日
事業所番号	0171000565

2. 事業の目的と運営方針

要介護（要支援）状態にある方に対し、適正な通所介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし目標を設定し計画的にサービスを提供致します。

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、総合的なサービス提供に努めます。

3. 事業所の従業者体制

ひまわり健康倶楽部 兼

ひまわり健康倶楽部サテライト事業所 デイサービスセンター新篠津つむぎの家

職種	職務の内容	常勤	非常勤	員数
管理者	業務の一元的な管理	1名（兼務1名）		1名
生活相談員	生活相談及び指導	3名（兼務3名）		3名
介護職員	介護業務	9名（兼務3名）	4名	13名
看護職員	心身の健康管理	1名	1名	2名
機能訓練指導員	身体機能向上・指導	2名（兼務1名）	3名	5名

4. 事業の実施地域

石狩郡当別町内全域及び新篠津村全域（ひまわり健康倶楽部）

石狩郡新篠津村全域及び当別町全域（ひまわり健康倶楽部サテライト事業所 デイサービスセンター新篠津つむぎの家）

5. 設備の概要

①食堂兼機能訓練室

利用者の全員が利用できる十分な広さを備えており、全員が利用できるテーブル・椅子・箸や食器など備品類を備えます。また、目的に応じた機能訓練器具を備えております。

②浴室

浴槽を備え、脱衣室を設けております。

③その他の設備

設備としてその他に、静養室・相談室・事務所を設けております。

6. 定員及び営業時間

ひまわり健康倶楽部

営業日	定員	営業時間	サービス提供時間
月曜～土曜	50名	8:30～17:30	9:30～16:45

ひまわり健康倶楽部サテライト事業所 デイサービスセンター新篠津つむぎの家

営業日	定員	営業時間	サービス提供時間
月曜～土曜	10名	8:30～17:30	9:30～16:45

7. サービスの内容

(1) 送迎

送迎車により、事業所とご自宅との間を行います。

(2) 食事

利用者にあった食事を提供します。

(3) 入浴

見守りや直接介助により、入浴を提供します。

(4) 機能訓練

計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び防止にと努めます。

(5) 生活相談

介護サービスや福祉サービスの利用に関する事項など、生活に関する相談を受け付けます。

(6) レクリエーション

余暇活動やゲームなどのレクリエーションプログラムがあります。内容によっては、別途参加料がかかるものがあります。

(7) 日常生活における介助

通所介護の利用中に必要となる介助を行います。

8. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該通所介護計画が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

ひまわり健康倶楽部

(1) 通所介護 基本料金

ひまわり健康倶楽部・ひまわり健康倶楽部サテライト事業所 デイサービスセンター新篠津つむぎの家

7 時間以上 8 時間未満	単位数	利用者負担金額 (1 割負担の場合)	利用者負担金額 (2 割負担の場合)	利用者負担金額 (3 割負担の場合)
要介護 1	658 単位	658 円	1,316 円	1,974 円
要介護 2	777 単位	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護 3	900 単位	900 円	1,800 円	2,700 円
要介護 4	1,023 単位	1,023 円	2,046 円	3,069 円
要介護 5	1,148 単位	1,148 円	2,296 円	3,444 円

※ 延長対応可（要事前相談）

通所介護 基本料金（1日あたり） 短時間コース（3時間以上4時間未満）

ひまわり健康倶楽部

3 時間以上 4 時間未満	単位数	利用者負担金額 (1 割負担の場合)	利用者負担金額 (2 割負担の場合)	利用者負担金額 (3 割負担の場合)
要介護 1	370 単位	370 円	740 円	1,110 円
要介護 2	423 単位	423 円	846 円	1,269 円
要介護 3	479 単位	479 円	958 円	1,437 円
要介護 4	533 単位	533 円	1,066 円	1,599 円
要介護 5	588 単位	588 円	1,176 円	1,764 円

(2) 通所介護 加算料金（1回あたり概算）

ひまわり健康倶楽部

ひまわり健康倶楽部サテライト事業所 デイサービスセンター新篠津つむぎの家

	単位数	利用者負担金額 (1 割負担の場合)	利用者負担金額 (2 割負担の場合)	利用者負担金額 (3 割負担の場合)
入浴加算（Ⅰ）	40 単位／回	40 円	80 円	120 円
入浴加算（Ⅱ）	55 単位／回	55 円	110 円	165 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位／回	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位／回	76 円	152 円	228 円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位／月	20 円	40 円	60 円
送迎減算	47 単位／回	▲47 円	▲94 円	▲141 円
口腔・栄養スクリーニング 加算（Ⅰ）	20 単位／回	20 円	40 円	60 円

口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位／回	150 円	300 円	450 円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位／回	160 円	320 円	480 円
若年性認知症受入加算	60 単位／日	60 円	120 円	180 円
A D L維持加算（Ⅰ）	30 単位／月	30 円	60 円	90 円
A D L維持加算（Ⅱ）	60 単位／月	60 円	120 円	180 円
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	40 円	80 円	120 円
サービス提供体制加算（Ⅰ）	22 単位／回	22 円	44 円	88 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月の所定合計単位数×5.9%			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	1ヶ月の所定合計単位数×1.0%			
ベースアップ等支援加算	1ヶ月の所定合計単位数×1.1%			

（３）当別町介護予防通所サービス・新篠津村通所サービス 基本料金（1ヶ月あたり概算）
各コース共通

	単位数 (1ヶ月)	利用者負担金額 (1割負担の場合)	利用者負担金額 (2割負担の場合)	利用者負担金額 (3割負担の場合)
要支援1	1,798 単位	1,823 円	3,646 円	5,469 円
要支援2	3,621 単位	3,672 円	7,344 円	11,016 円

（４）当別町介護予防通所サービス・新篠津村通所サービス 加算料金（1ヶ月あたり概算）
各コース共通

	単位数	利用者負担金額 (1割負担の場合)	利用者負担金額 (2割負担の場合)	利用者負担金額 (3割負担の場合)
若年性認知症利用者受入加算	240 単位	243 円	486 円	720 円
送迎減算	47 単位／回	▲47 単位	▲94 円	▲141 円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 単位	150 円	300 円	450 円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位	160 円	320 円	480 円
口腔・栄養スクリーニング 加算（Ⅰ）	20 単位／回	20 円	40 円	60 円
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	40 円	80 円	120 円
サービス提供体制加算（Ⅰ） （支援1）	88 単位	88 円	176 円	264 円
サービス提供体制加算（Ⅰ） （支援2）	176 単位	176 円	264 円	528 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月の所定合計単位数×5.9%			
介護職員等特定処遇改善 加算（Ⅱ）	1ヶ月の所定合計単位数×1.0%			

ベースアップ等支援加算	1ヶ月の所定合計単位数×1.1%
-------------	------------------

(5) その他の費用（介護保険外費用）

- ① 食事の提供に要する費用 500 円
- ② おやつ 50 円
- ③ 日常生活費 実費
- ④ おむつ パット 1 枚・50 円、リハパン 1 枚・150 円
- ⑤ キャンセル料 300 円

※ 前日の午後 5 時以降の利用中止については、キャンセル料を申し受けます。

9. サービス利用にあたっての留意事項

- 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御一報ください。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけて下さい。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやり取りは、健康管理・事故防止上禁止しております。
(ご遠慮ください)
- ④ 事業所内へ不要な金銭や貴重品の持ち込みは、ご遠慮願います。
- ⑤ 従業員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お断りいたします。(御受けできません。)
- ⑥ 宗教活動の勧誘行為はトラブルの原因となることから禁止しております。
- ⑦ 感染症（インフルエンザや感染性胃腸炎等）に罹患された場合は、集団感染防止の為一時利用を中止していただくことがあるので、ご留意下さい。
- ⑧ 利用料のお支払が滞っている場合には、利用の制限・中止をさせていただく場合があります。
- ⑨ 利用者が、事業者の職員又は他の利用者に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合は、利用の制限・中止をさせて頂く場合があります。

※ ひまわり健康倶楽部・ひまわり健康倶楽部サテライト事業所 新篠津つむぎの家では、その方の有した能力を活用し、その人らしい生活を送っていただくことを念頭に、あらゆる活動場面・協力を呼び掛けております。

場合によっては、転倒等の様々な予期せぬでき事が発生することが予想されます。迅速な対応を心がけて参りますが、当施設をご利用するにあたり、この方針にご理解・ご協力下さいますようお願い致します。

10. 非常災害対策

- ① 事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を設けるとともに、常に関係機関との連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき年 4 回の訓練を行います。
- ② 災害が発生した場合であっても必要な介護サービスが継続的提供できる体制の構築を図る観点から、訓練等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施をしていきます。

11. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機

関への連絡など必要な措置を講じます。

1 2. 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、関係機関等へ連絡を行うなどの必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置などについて記録し、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。また、事業者は、事故の再発防止のために必要な措置を講じるものとします。

1 3. 守秘義務に関する対策

サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を使用することが必要な場合については、あらかじめ、利用者にもその利用目的を説明し、その使用について文書で同意を得ることとします。利用者の家族の個人情報に関しても、同様に当該家族に同意を得ることとします。事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者の雇用契約内容としています。

1 4. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のためのマニュアルを作成し、従業者教育を行います。

1 5. 身体拘束の禁止

- ① サービスの提供にあたり、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ② 緊急やむを得ない理由により拘束せざるをえない場合には、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- ③ 身体的拘束等を行う場合には、事前に当該利用者又はその家族等に、身体的拘束等の対応等を説明します。ただし、やむを得ない事情により、事前に当該説明をすることが困難な場合は、この限りではありません。
- ④ 前項の規定により、事前に説明を行わなかった場合には、当該身体的拘束等を行った後、速やかに当該利用者又はその家族等に、身体的拘束等の対応等を説明します。

1 6. 虐待の防止

- ① 事業所は虐待の発生又はその再発を防止する観点から、虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。また、委員会において、虐待の防止のための指針を整備し、虐待防止の基本的な考え方、事業所内の組織、研修に関する基本方針、万が一虐待が発生した場合の対応方法を明確にしていけます。従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施し、これらの措置を適切に実施するための担当者を配置します。
- ② 利用者及びその苦情解決の体制整備、その他、虐待防止のために必要な措置を講じます。サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）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、速やかに市町村へ通報します。また、必要に応じて、成年後見人制度の利用支援を行います。

17. 苦情解決窓口

- ①苦情相談窓口を設け、通所介護・介護予防通所介護・当別町介護予防通所サービスに対する要望又は苦情について、担当相談員に申し出ることができます。備え付けのご意見箱に、管理者宛てに投函して申し出る事もできます。
- ②申し出のあった苦情に関して、管理者が内容を確認し、苦情対応委員会を開催致します。協議・検討後には、申し立て者に対し報告致します。また苦情処理簿へ記録（保管）し、再発防止に努めていきます。

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ひまわり健康倶楽部

窓口担当	生活相談員 村上 安希子・遠藤 幸治
受付時間	月曜～土曜 9：00 ～ 17：00
連絡先	常時事業所にて受付 0133-25-2800

ひまわり健康倶楽部サテライト事業所 デイサービスセンター新篠津つむぎの家

窓口担当	生活相談員 村上 安希子・遠藤 幸治
受付時間	月曜～土曜 9：00 ～ 17：00
連絡先	常時事業所にて受付 0126-35-1441

※ 公的機関においても次の機関において苦情の申し立てができます。

北海道国民健康保険団体連合会：総務部介護保険課企画・苦情係	TEL 231-5175
北海道社会福祉協議会運営適正化委員会	TEL 204-6310
当別町役場 福祉課	TEL 23-3019
新篠津村役場 住民課福祉課	TEL 57-2111

18. 医療機関との連携

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、ご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：当別あんしんクリニック

○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。

19. 損害賠償について

当施設において、施設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。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、利用者その家族の故意または過失が認められた場合には、利用者のおかれた状況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。

20. 金銭・貴重品等の管理

当施設では、不要な金銭や貴重品の持ち込みはご遠慮願っていますが、レクレーションや行事等に使われる個人の金銭・貴重品についても管理は行いません。従って、紛失等についても一切の責任を負いません。ご自身で管理できる方に限り、必要最小限として頂きます様、お願い致します。

尚、若干ではありますが、貴重品庫を準備させて頂いておりますので、ご利用の方はお申し下さい。その他、諸事情がある場合は別途ご相談下さい。

21. 貴重品庫（金庫）の管理について

金銭や貴重品の自己管理に際し、ご不安がある方へ貴重品庫のご利用をお勧め致します。

ご希望の方は、職員へお申し出頂き、鍵をお受け取りの上ご利用下さい。

尚、鍵はご利用者様自身で管理をお願いします。又、鍵を紛失・破損された場合は、実費負担をして頂きますので、ご承知くださいます様、お願い致します。

(当施設に設置している金庫については、希望者のみに貸し出し致します。金庫の鍵の管理については、当施設では行いません。従って、紛失等についても一切の責任を負いません。ご自身で管理をお願いします。)

22. 利用中の受診

サービス利用中は制度上医療機関の受診は出来ません。ただし、緊急時等必要な場合においては、その時点でサービスを終了し、必要な措置を講じます。

23. 第三者評価の実施の有無について

現在、当事業所においては実施しておりません。

当事業所は、通所介護サービス（介護予防通所介護）・当別町介護予防通所サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

事業所名（法人） 社会医療法人 豊生会

ひまわり健康倶楽部

管理者名 水谷 桂吾

説明者 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービス（指定介護予防通所介護）・介護予防通所サービスについて重要事項説明を受け同意致しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

電話 () _____

氏名 _____

利用者代理人 住所 _____
(選出した場合)

電話 () _____

続柄
() 氏名 _____

当事業所は、通所介護サービス（介護予防通所介護）・新篠津村介護予防通所サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

事業所名（法人） 社会医療法人 豊生会
ひまわり健康倶楽部 サテライト事業所
デイサービスセンター 新篠津つむぎの家
管理者名 水谷 桂吾
説明者 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービス（指定介護予防通所介護）・介護予防通所サービスについて重要事項説明を受け同意致しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

電話 () _____

氏名 _____

利用者代理人 住所 _____
(選出した場合)

電話 () _____

続柄
() 氏名 _____