

重要事項説明書

ファミリー園デイサービスセンター

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(秋田県指定 第 0570106294 号)

1. 事業者

設置者の名称	社会福祉法人 蹊仁会
運営者の名称	社会福祉法人 蹊仁会
運営代表者名	理事長 高清水 一善 (管理者 高清水 直子)
所在地	秋田県秋田市桜一丁目 4 番 21 号
他の主な事業	軽費老人ホームケアハウス事業 (ケアハウスファミリー園) 居宅介護支援事業 (ファミリー園居宅介護支援事業所) 訪問介護事業 (ファミリー園訪問介護事業所) 地域交流センター (ふれあいプラザ)

2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的

当事業所の事業は、利用者が可能な限り居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能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ることを目的とする。

事業所の運営方針

当事業所においては、提供するサービスは、介護保険法並びに厚生省令の趣旨及び内容に沿って行うものとする。

- (1) 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- (2) 利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。
- (3) 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- (4) 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
- (5) 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った通所介護を提供する。

3. 利用事業所の概要

事業所の名称	ファミリー園デイサービスセンター
事業所種別	指定通所介護
管理者	高清水 直子
開設年月日	平成 12 年 11 月 21 日
所在地・電話	秋田県秋田市桜一丁目 4 番 21 号

交通の便	秋田駅よりバス 10 分
敷地概要	4,025.70 m ² 蹊仁会所有
建物概要	鉄骨コンクリート 2 階建て 延床面積全体 2,387 m ² デイサービスセンター延床面積 360 m ² 事業者所有・竣工年月日 平成 12 年 11 月 6 日
利用定員	1 日 25 人

(1) 主な共用設備

- 1) 玄関ホール
- 2) 事務室
- 3) 機能回復訓練室
- 4) 食堂
- 5) 相談室
- 6) 浴室
- 7) トイレ

(2) その他

全トイレにナースコール設備を設置

4. サービスの内容

(1) 営業日及び営業時間

- 1) 営業日：月曜日～土曜日
但し、12月31日～1月3日までは休業致します。
- 2) 営業時間：午前8時15分～午後5時15分
- 3) サービス提供時間：午前9時15分～午後4時15分

(2) 介護保険給付サービス

介護度に応じたサービス計画を作成し、利用者の承諾のもと計画に応じた介護サービス（食事・排泄・機能訓練・移送・相談・日常生活上の援助等）を提供します。

種 類	内 容
日常生活上の援助	利用者の心身の状況に応じ、心身の機能の維持を図るよう、必要な介護を適切な介護技術をもって行う。(排泄、移動、休養等)
健康状態の確認	利用時におけるバイタルサインチェック、その他必要な処置。
機能訓練	日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、並びに利用者の活性化を図るための訓練を行う。
移送サービス	障害の程度、地理的条件等により送迎を必要とする利用者については専用車両により送迎を行う。また、必要に応じ移動時の介助を行う。
入浴サービス	居宅における入浴が困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを行う。また、必要に応じ、衣類の着脱、洗髪、洗身の介助を行う。
相談・援助	必要に応じ、利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。

5. 利用料

※別紙の通り

6. 利用の中止・変更・追加

- ・ 利用予定日の前に、都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加する場合はサービスの実施日前日までに事業者申し出下さい。
- ・ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として各介護報酬の告示上の額の 10%をいただく場合があります。但し、介護予防通所介護のご利用者の場合や、利用される方の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- ・ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合は、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

7. 運営の事業実施地域

秋田県秋田市

8. 協力医療機関と医療

(1) 医療機関の名称 高清水医院

院長名 高清水 一善

所在地 秋田市中通六丁目 1 5—6

電話番号 0 1 8—8 3 2—7 1 2 2

診療科目 内科・胃腸科

入院設備 なし

救急指定の有無 なし

協力契約の内容 ①利用者が急変した場合の緊急対応措置

②利用者が入院加療が必要となった場合の入院及び医療機関の紹介

(2) 利用者の医療 1) 病気やけがの場合は、利用者が選択する医療機関又は協力医療機関で受けていただくことになります。

医療費は、加入する医療保険制度の定めにより給付され、利用者の負担があります。

2) 医療機関への受診時の送迎、付き添いは、緊急時以外はいたしません。

9. 職員の配置と勤務体制

職 種	職 員 数	備 考 (資格など)
管 理 者	1 人 (兼務)	
事 務 員	1 人 (兼務)	
生活相談員	2 人 (常勤)、1 人 (常勤兼務)	社会福祉主事任用、介護福祉士
看護職員	3 人 (内常勤 2 人)	看護師、准看護師
介護職員	2 人 (常勤)、1 人 (常勤兼務) 5 人 (パート)	介護福祉士 6 人、ヘルパー 2 人
調理員	1 人 (兼務)	栄養士

機能訓練指導員	3人（兼務：看護職員）	看護師、准看護師
運 転 手	2人	ヘルパー2人
合 計	17人	

勤務体制

○常勤 [管理者] 8:30～17:30

[生活相談員・看護職員・介護職員]

8:15～17:15、8:30～17:30、8:45～17:45

○パート [介護職員] 8:15～12:30、13:00～17:15

[運転手] 8:15～10:15、15:45～17:45

※調理員は別体制となっている。

10. 非常防災時の対策

- ①非常時の対応 別に定める「ファミリー園デイサービスセンター消防計画」等により対応します。
- ②非常通報の体制 非常火災通報体制は、所轄消防署への通報及び施設職員への連絡体制を確保しています。
- ③近隣との協力関係
- ④平常時の訓練と防災設備 別に定める「ファミリー園デイサービスセンター消防計画」により通報、消火訓練及び避難訓練を利用者の方も参加して実施します。
- ⑤防災設備の概要 消防法及び建築基準法に定められた火災報知機（全室及び廊下）、消火器、避難誘導等、非常照明、他担架等

11. 事業所利用の留意事項

- ①事故保証 介護サービスの提供中に、不可抗力により生じた損害、事故については、利用者、事業所双方で協議することとします。
- ②事業所設備・器具の使用 事業所の設備、器具の利用は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反し、故意又は過失により損害を与え、無断で備品等の形状を著しく損なったときは、その損害を賠償し、又は原状回復の費用を負担していただきます。
- ③喫煙・飲酒 指定場所にて喫煙していただきます。
- ④迷惑行為等 利用者が他の利用者に対し著しい迷惑になる行為があり、話し合いにより改善される見通しが無い場合は、家族と事業者双方で協議し、今後の処置を決めます。
- ⑤所持品の管理 所持品は必要最小限とし、その預かりについては、原則行わない。
- ⑥現金等の管理 原則としてお断りいたします。
- ⑦宗教・政治活動 利用者の方々に安心してご利用していただくため、一切その活動はお断りします。
- ⑧動物飼育等 ペット等の持ち込みはできません。

12. サービス利用等

利用者は、契約書、運営規程、（管理規程）等に基づき開始されます。また、運営規程上の項目の他に次に該当する場合は利用できません。

- ① 利用料の滞納があるとき
- ② 伝染病疾患の罹患、及び入院治療等が必要なとき
- ③ 他の利用者への影響が大きいとき
- ④ 介護認定の更新により自立と認定されたとき

13. 苦情解決体制

社会福祉法に基づき、利用者からの苦情に適切に対応するため受け入れ体制等を整えています。その詳細は施設内に提示するとともに、受付担当者を定めておりますのでお気軽にお申し出下さい。

① 体制

苦情解決責任者 高清水 直子 (ファミリー園施設長)

苦情受付担当者 保科 智 (ファミリー園生活相談員)

第三者機関による相談・苦情の窓口は次の通りです。

秋田県国民健康保険団体連合会 862-6864

秋田市介護保険課 866-8780

② 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより随時受け付けます。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

④ 秋田県運営適正化委員会

当施設で解決できない苦情は、秋田県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し出ることができます。

指定通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

ファミリー園デイサービスセンター

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は本書面により事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供の開始に同意致します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____