

# 重要事項説明書

(通所介護・予防専門型通所サービス)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人名古屋ライトハウス
法人所在地	名古屋市昭和区川名本町1-2
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 山本 保
電話番号	(052) 751-1268

## 2 利用施設

施設の名称	瀬古マザー園 デイサービスセンター
施設の所在地	名古屋市守山区瀬古二丁目301番地
施設長名	園長 近藤 健弘
電話番号	(052) 792-5556
FAX番号	(052) 792-5648

## 3 利用施設があわせて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業所指定		利用定員	名古屋市基準該当
		指定年月日	事業番号		
施設	特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	2371300118	60人	該当
居宅	通所介護(一般型)	平成12年4月1日	2371300381	30人	〃
	介護予防通所介護	平成18年4月1日	2371300381	30人	〃
	短期入所生活介護	平成12年4月1日	2371300399	4人	〃
	介護予防短期入所生活介護	平成18年4月1日	2371300399	4人	〃
居宅介護支援事業		平成12年1月28日	2371300209	—	—
盲養護老人ホーム		—	—	50人	—

## 4 事業の目的と運営の方針

### 事業の目的

利用者が要介護状態等又は要支援状態となった場合においても、可能な限り居宅において、その有する能力時応じ自立した日常生活を営むことができるよう、適正な通所介護及び介護予防通所介護サービスを提供するものとする。

## 運営の方針

利用者的人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努め、地域との結び付きを重視し、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療、又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

## 5 施設の概要

### (1) 施設および建物

敷 地 面 積	5, 770. 06m <sup>2</sup>
建 物	構 造 鉄筋コンクリート造4階建
	延 面 積 3, 896. 345m <sup>2</sup>
	利 用 定 員 30人

### (2) 主な設備

設備の種類	数	面積	備考
食 堂	1室	192. 147m <sup>2</sup>	
機能訓練室	1室	46. 079m <sup>2</sup>	
一 般 浴 室	1室	47. 226m <sup>2</sup>	
機 械 浴 室	1室	36. 750m <sup>2</sup>	特殊浴槽2台
相 談 室	1室	18. 762m <sup>2</sup>	
休 養 室	1室	89. 373m <sup>2</sup>	

(注) 各部屋の配置ならびに構造については別添のパンフレットをご参照ください。

## 6 職員体制（主たる職員）

職員の種類	員数	区 分				事業者の 指定基準	保有資格		
		常勤		非常勤					
		専従	兼務	専従	兼務				
施設長	1		1			1	社会福祉主事		
生活相談員	7	1	2		4	2	介護福祉士		
介護職員	7	0	2	2	3	4	介護福祉士・ヘルパー2級		
看護職員	3				3	2	看護師		
機能訓練指導員	3				3	1	看護師		

## 7 職員の勤務体制

職員の職種	勤 務 体 制	休 暇
施設長	正規の勤務時間帯(8:50~17:30)常勤で勤務	4週7休
生活相談員	正規の勤務時間帯(8:25~17:15)常勤で勤務	4週7休
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯(8:25~17:15)常勤で勤務	4週7休
介護職員	正規の勤務時間帯(8:25~17:15)常勤で勤務	4週7休
看護職員	正規の勤務時間帯(8:55~16:55)常勤で勤務 サービス提供時間帯には必ず1名は勤務します	4週7休

## 8 営業日および営業時間

営業日	月、火、水、木、金、土曜日
営業時間	午前 8:30～午後 5:20
サービス提供時間	午前 9:20～午後 4:30
休業日	日曜日及び年末年始(12/30～1/3)

## 9 通常の事業の実施区域

通所の事業の実施区域は、守山区、北区、春日井市の区域とする

## 10 施設サービスの概要

### (1) 納付サービス(通所介護・予防介護通所介護・予防専門型サービス共通)

種類	内容	利用料
食事の介助	栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。 (食事時間) 12:00～13:00	介護報酬の告示上の額(法定代理受領の場合は居宅介護サービス基準額の法に定める利用者負担割合による利用料、法定代理受領でない場合は、居宅介護サービス基準相当額です。)ただし、食材費は、給付対象外です。
排泄の介助	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援助します。	
健康管理	利用者の体温、血圧、脈拍等を測定し、健康管理に努めます。体調に急変が生じたときは、速やかに主治医または協力医療機関と連絡を取る等必要な措置を講じます。	
相談および援助	当施設は、利用者およびその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員 稲澤 江利子	
送迎	身体状況等一定の基準に該当する方で、自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で送迎を行います。	

### (通所介護のみ)

入浴の介助	身体上に障害があり一般浴槽では、入浴できない方には、特殊浴槽を用いての入浴も行います。	上記に同じ
個別機能訓練Ⅰ (イ)	機能訓練指導員(所有資格:看護師)による利用者の自立支援と日常生活の充実を目指し、心身の状況に応じた機能訓練を行います。	

### (介護予防通所介護のみ)

運動器機能向上	個々の身体状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえて作成された計画に基づき、日常生活上の課題に応じ行います	上記に同じ
---------	--	-------

(2) 利用料

利用料の詳細については別紙添付

(サービスコード表 1-1) (利用料表 1-2)

(3) 給付外サービス

サービスの種類	内 容	利用料
特別な送迎	当施設の事業実施区域外の方について、送迎を希望の方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。	事業実施区外から片道1kmについて40円
食事の提供	栄養士による食材の検収により、新鮮で安価な食材を提供します。	1日600円
オムツ等	オムツが必要な方は、当施設にてオムツを提供します。(ご持参いただいても良いです。)	紙パソツ1枚150円 尿取りパッド1枚30円
日常生活用品	日常生活において、通常必要となるものにかかる用品は、基本的に提供します。	実費
レクリエーション行事	当施設では、別添記載の施設行事に沿ってレクリエーション行事を企画します。	施設外レクリエーションについて実費(交通費、入場料等)

11 キャンセル料

キャンセル日	キャンセル料
利用期間中	実費相当額
利用開始当日	実費相当額
利用開始2日前から前日まで	実費相当額

12 苦情受付窓口

苦情申立窓口	窓口担当者 生活相談員 稲澤 江利子 利用時間 每日午前9時～午後5時 利用方法 電 話 (052) 792-5556 ファックス (052) 792-5648 郵送、もしくは1階デイサービス前のご意見箱に 投書していただいても結構です
苦情申立機関	愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課 介護サービス相談室 電話 (052) 971-4165 健康福祉局 介護保険課 東桜分室 電話 (052) 959-3087
第三者委員	社福)名古屋市社会福祉協議会 福祉サービス苦情相談センター 利用時間 月曜日から金曜日 9時～12時・13時～17時(祝日・年末年始除く) 電話 (052) 910-7976/ファックス (052) 910-7977

### 13 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「瀬古マザー園消防計画」にのっとり対応します。
平常時の訓練等	別途定める「瀬古マザー園消防計画」にのっとり年3回夜間および昼間を想定した避難訓練を瀬古マザー園として実施、デイサービス利用者の方も参加して実施してます。
防災設備	スプリンクラー、非常階段、自動火災報知器、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉、屋内消火栓、漏電火災報知器、非常用電源等設備しています。カーテン、布団等は、防炎性能のあるものを使用しております。
消防計画等	消防署への届出日 令和2年3月31日 防火管理者 事務員 鈴木 知之

### 14 当施設利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	施設内の居室や設備は本来の用法にしたがって利用してください。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲食	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持金等の管理	原則として利用者本人で管理してください。お手伝いはします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動についてはご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みはお断りします。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 生活相談員 氏名 稲澤 江利子）から上記重要事項の説明を受け、また、内容について同意いたします。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

代筆 氏 名

家族代表 住 所

氏 名

続 柄