

重要事項説明書

厚生省令第37号第8条に基づき利用者に説明を行うべき重要事項については次のとおりです。

1 事業者

事業者名称	なかまの家
法人所在地	名古屋市北区大杉三丁目20-18
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 服部 紀 仔 子
電話番号	052-910-3501

2 ご利用施設

利用施設名称	なかまの家大杉
所在地	名古屋市北区大杉三丁目20-18
施設長氏名	服部 紀仔子
電話番号	052-910-3501
FAX番号	052-910-3502

3 ご利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業者指定			名古屋市基準
		指定年月日	指定番号	利用定数	該当サービス
施設	通所介護	12年 1月28日	愛知県2370300341号	25名	該当
	予防専門型通所サービス	28年 4月1日	同上		
居宅介護支援事業		12年 1月28日	愛知県2370300341号	40名	該当

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的と 施設運営の方針	<p>多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的としています。</p> <p>社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、その提供する福祉サービスの質の向上並びに事業経営の透明性の確保を図ります。</p>
-----------------------	---

5 施設の概要 通所介護施設

敷 地		317.00㎡
建 物	構造	鉄筋コンクリート造2階建（1部3階の耐火建築）
	延べ床面積	418.39㎡
	利用定員	25名

設備

設備の種類	室数	面 積	利用者 1 人あたりの面積	備 考
食堂	1 室	8 4 . 1 5 m ²	1 3 8 . 8 7 m ² ／25 (1人あたり約5.55㎡)	
機能訓練室	1 室	5 4 . 7 2 m ²		
相談室	1 室	1 0 . 2 0 m ²		
介護者教育室	1 室	1 3 . 7 4 m ²		
一般入浴室	1 室	2 0 . 4 0 m ²		床暖房設置
機械浴室	1 室	2 4 . 0 0 m ²		
厨房	1 室	4 7 . 6 0 m ²		
健常者用便所	6 箇所			
身障者用便所	2 箇所			

6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	人数	常 勤		非 常 勤		事業者の 指定基準	保有資格
		専従	兼務	専従	兼務		
生活相談員	1名以上		2		1	1	介護福祉士2名
介護職員	5名	2	2	3		3	介護福祉士2名
看護職員	4名			4		1	看護師 4名

7 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	休 暇
施設長	勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で1名	土・日
生活相談員	勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で1名以上勤務	土・日
介護職員	勤務時間（8:30～17:30）常勤換算で3名以上	土・日
看護職員	サービス提供時間内を、非常勤（1名）で勤務します。	土・日

8 通所介護サービスの概要

1 法定給付サービス

サービス種別	内 容
入 浴	・利用者の状態に応じて、一般浴・特別浴（椅子浴、リフト浴を含む）より入浴サービスを提供します。（入浴加算あり）
食 事	・献立表を作成し、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を計画的に提供します。・食事時間は、原則として12:00～13:00です。
送 迎	・利用者の希望により、自宅から施設までリフト付きの専用車等で送迎を行います。 ※但し、利用者の自宅が当施設の定める事業区域外である場合には、原則として利用者または家族で行っていただくことになります。
排 泄	・利用者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。 ・おむつを使用する方に対しては適切な回数の交換を行います。その場合おむつ代金は別途申し受けます。
着替え整容等	・入浴の際など着替えの援助が必要な場合は、適切に援助を行います。 ・入浴後には、適宜、髭そり、つめ切り等の整容を行います。
機能訓練	・生活リハビリの観点から、各種機能訓練、レクリエーション等を通じて身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理と緊急時の対応	・看護師が入浴前に血圧、体温、脈拍等健康状態をチェックします。 ・サービス提供中に、事故等が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡するとともに、病院への搬送、救急車の手配等を行います。
相談及び援助	・当施設は利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持ってこれに応じ、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1名

2 法定給付外サービス

サービス種別	内 容
送迎（通常の事業実施区域外の送迎）	・当施設が送迎可能と判断した場合には、当施設の送迎サービスをご利用いただけます。 但し、送迎に要する費用は利用者にご負担いただきます。
食事の提供	・施設で提供させていただく給食については、実費を申し受けます。
おむつの提供	・おむつが必要な方には実費で申し受けます。

9 利用料

1 法定給付サービス

区分	利 用 料
法定代理受領の場合	厚労省告示（平成12年2月10日第20号）に基づいて算定した通所介護にかかる介護報酬額の1割～3割（各種加算がある場合は加算後の額）※1円未満の端数は切り捨て
法定代理受領でない場合	厚労省告示（平成12年2月10日第20号）に基づいて算定した通所介護にかかる介護報酬額（各種加算がある場合は加算後の額）

2 法定給付外サービス

区分	利 用 料
食材の提供	・ 1食 790円
おむつの提供	・ 当施設で用意したものをご利用いただく場合、1枚80円程度いただきます ・ 特別な銘柄をご指定の場合は、当施設では対応しかねますので、あらかじめご用意下さい。

* 別紙料金表を参照してください。

10 キャンセル料

当日利用をキャンセルした場合は	790円（昼食費等）を申し受ける場合があります。
-----------------	--------------------------

11 苦情申し立て先

当施設のご利用者相談	・ 窓口担当者 阿部 裕子（相談員） ・ ご利用時間 開所日の8:30より17:30
------------	---

窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用方法 担当者まで直接または電話でご相談ください。 ※匿名を希望される方は、上記担当者あて封書等でお寄せください。 なお公の苦情相談窓口は ・愛知県社会福祉協議会 TEL 052-202-0167 FAX 052-202-0168 ・愛知県国民健康保険組合連合会 TEL 052-971-4165 ・名古屋市介護保険課 TEL 052-959-3087 以上のところで相談できます。
----	---

1.2 非常災害時対策

非常災害対策	別途定める「デイサービスセンターなかまの家大杉消防計画」に則り、日頃から防火教育、避難訓練等に取り組むとともに、災害発生時には防火管理者の指示の下、迅速かつ適切に対応を図ります。			
近隣との協力関係	大杉学区（大杉消防団）と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束します。			
平常時の訓練等	<ul style="list-style-type: none"> ・別途定める「デイサービスセンターなかまの家消防計画」に則り、年 2 回（ 6 月と 10 月）、利用者の方も参加して避難訓練を行います。 ・また、年 2 回（ 4 月と 11 月）職員の防災教育を実施します。 			
防災設備の概要	設 備 名 称	個数等	設 備 名 称	個数等
	非常灯	18	誘導灯	4
	自動火災報知設備	15	火災報知設備受信盤	1
	消火器	8		
消防計画等	消防署への届出日： 27年 6月 防火管理者：（ 原 義博 ）			

1.3 当施設ご利用にあたっての留意事項

1 喫煙	・喫煙については、決められた場所で行ってください。
2 外出	<ul style="list-style-type: none"> ・一旦施設に来所いただいた場合、ご自分で外出されるのはご遠慮ください。 ・徘徊癖のある方は、事前に施設にその旨お知らせください。
3 所持品の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ご自分のものは原則としてご自分で管理願います。 ・ご自分で管理出来ない方は、その旨を施設にお知らせ戴くとともに、必ず所持品にお名前を記載してください。

4 リハビリ器具の使用	・利用にあたっては、施設の職員に声をかけるようにしてください。 まちがった使用法では危険な場合もあります。
5 施設内共用設備の使用	・多くの利用者の共用されるものでありますので、きれいに利用するよう心掛けてください。 ・不注意な使用により破損等が生じた場合には、損害を賠償していただく場合もあります。
6 宗教あるいは政治活動	・施設内での宗教あるいは政治活動は、絶対にご遠慮ください。ご利用を見合わせていただくこともあります。
7 伝染性疾患等の情報提供	・利用者が他に感染の恐れのある病気に罹患した場合には、速やかにその旨を施設迄ご連絡ねがいます。

1.4 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日 ただし、12月29日～1月3日を除く
営業時間	午前8時30分から午後5時30分

私は、本書面により乙の職員（相談員・氏名 阿部 裕子）から上記重要事項の説明を受けたことをここに確認します。

令和 年 月 日

甲（利用者）署名欄

住所

氏名

⑩

甲の家族（署名代理人）署名欄

住所

氏名

⑩

続柄（関係）