

重要事項説明書

(通所介護サービス利用契約書)

あなたに対する通所介護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	社会福祉法人葆光会
法人所在地	名古屋市千種区鍋屋上野町字北山3515番地
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	加藤良三
電話番号	052-722-2232

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 藤美苑
施設の所在地	名古屋市千種区鍋屋上野町字北山3515番地
施設長名	小塚 敬貴
電話番号	052-722-2232
ファクシミリ番号	052-722-2239

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成 7年8月 1日	愛知県 2370100147	82人
居宅	通所介護	平成12年2月29日	愛知県 2370100360	10人
	介護予防通所介護	平成18年7月1日		
	短期入所生活介護	平成12年2月29日	愛知県 2370100147	18人
	介護予防短期入所生活介護	平成18年7月1日		
居宅介護支援事業		平成11年9月28日	愛知県 2370100113	

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、要介護状態にある高齢者に対し、適切な通所介護サービスを提供するため、指定通所介護事業を運営するものです。
施設運営の方針	当施設にあっては、要介護者となった場合においても、可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持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指します。

5 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷地	3,762.11 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造陸屋根4階建
	述べ床面積	3,623.52 m ²
	利用定員	82名

設備

設備の種類	数	面積	一人あたりの面積
食堂 機能訓練室	1室	87.16 m ²	8.716 m ²
相談室	1室	30.1 m ²	
一般浴室	1室	43.1 m ²	
健全者用便所	2箇所		
身障者用便所	1箇所		

6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	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	
生活相談員	2		2			1	介護福祉士 2
介護職員	3		2		1	1	介護福祉士 2 正看護師 1
看護職員	0					0	
機能訓練指導員	1				1	1	正看護師

* 非常勤は常勤換算しています。

2023年4月1日現在

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（9：00—17：30）常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30—17：00）常勤で勤務	
介護職員	正規の勤務時間帯（9：00—17：30）常勤で勤務	
看護職員	正規の勤務時間帯（9：45—17：00）非常勤で勤務	
機能訓練指導員	看護職員が兼務	

8 施設サービスの概要

介護保険給付サービス

種類	内容
食 事	・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バラエティに富んだ食事を計画的に提供します。
入 浴	・利用者の状態に応じて一般浴により入浴サービスを提供します。
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、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、適切な整容が行われるよう援助をします。
機能訓練	・機能訓練指導員（所有資格 准看護師）による利用者の状況に適合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。 また、生活リハビリの観点から、各種リクリエーション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	・看護職員が血圧、体温の計測を行い、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共に、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、利用者およびそのご家族からの相談について誠意をもって応じ、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 富永 年男
送迎（通常の事業実施区域内）	・ご希望により、送迎をいたします。

保険給付外サービス

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。
食事の提供	・施設で提供させていただく給食については、食材料費、調

	理費を頂きます。
おむつの提供	・おむつが必要な方には実費で提供します。

9 営業日および営業時間

営業日	営業時間
月曜—金曜 (ただし12月31日から1月3日を 除く)	午前8時30分—午後5時30分 (サービス提供時間は午前9時45分—午 後5時00分)

10 利用料

法定給付サービス

区 分	利 用 料
法定代理受領の 場合	厚生省告示に基づいて算定した通所介護にかかる介護報酬額によ り算定する額 (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	厚生省告示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) ※1円未満の端数は切り捨て

法定給付外サービス

区 分	利 用 料
送迎サービス (通常の事業実 施区域外)	・実施区域を越えてから片道5kmまでは、片道200円 ・実施区域を越えてから片道5km以上は、片道500円
食事の提供	・1食 550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 100円 ・特別な銘柄をご指定の場合、施設では対応しかねますので、あ らかじめご用意ください。

11 キャンセル料

当日利用をキャン セルした場合	・食材費相当額280円を申し受けます。
--------------------	---------------------

12 苦情等申立先

苦情受付担当者	富永 年男 ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時00分 ご利用方法 電話 052-722-2232 または面接 ご意見箱 (玄関ホールに設置)
---------	--

苦情解決責任者	小塚 敬貴 苑長
苦情調停員	水野正信 弁護士 事務所 052-232-1077 窓口担当者へ申出てください。
その他受付先	<ul style="list-style-type: none"> ・愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会 052-202-0167 (FAX 052-202-0168) ・愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課内 苦情相談室 052-971-4165 (FAX 052-962-8870) ・名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課指導係 052-959-3087 (FAX 052-959-4155)

1.3 協力医療機関

医療機関の名称	国家公務員等共済組合連合会 東海病院
所在地	名古屋市千種区千代田橋一丁目1番1号
電話番号	052-711-6131
診療科	内科、外科
救急指定の有無	有り

医療機関の名称	医療法人 吉田病院
所在地	名古屋市千種区大久手町5-19
電話番号	052-741-4187
診療科	内科、外科 他
救急指定の有無	有り

医療機関の名称	名古屋市東部医療センター
所在地	名古屋市千種区若水1-2-23
電話番号	052-721-7171
診療科	内科、外科 他
救急指定の有無	有り

1.4 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「藤美苑防火管理規程」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	別途定める「藤美苑防火管理規程」にのっとり年2回、夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個所
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	5個所
	非難階段	3個所	補助散水栓	10個所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	54個所	非常用電源	あり

	ガス漏れ報知機	あり		
	カーテン布団等は防災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：平成 24 年 5 月 1 日 防火管理者：小塚 敬貴			

1.5 当施設ご利用の際に留意いただく事項

喫煙・飲酒	・原則としてできません。
外出	・一旦施設に来所頂いた場合、ご自分で外出されるのはご遠慮下さい。 ・徘徊癖のある方の場合は、事前に施設にその旨をお知らせ下さい。
所持品の管理	・ご自分のものは原則としてご自分で管理願います。 ・ご自分で管理できない方の場合は、その旨を施設にお知らせ頂くとともに、必ず所持品にお名前を記載して下さい。
リハビリ器具の使用	・職員の指示による以外には使用しないで下さい。
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すので、きれいに利用するよう心掛けて下さい。 ・不注意な使用により破損等が生じた場合には、損害を賠償して頂く場合もあります。
宗教あるいは政治活動	・施設内での宗教活動あるいは政治活動は、絶対にご遠慮下さい。ご利用を見合わせて頂くこともあります。
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までご連絡願います。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 生活相談員 氏名 富永 年男 ）から上記重要事項の説明を受け同意致します。

令和____年____月____日

(甲) ご利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(甲 ‘) 署名代理者 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____