

地域密着型通所介護・介護予防通所介護サービス重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 徳和会
- (2) 所在地 福岡県福岡市南区和田四丁目16番1号
- (3) 電話番号 (092) 512-0668
- (4) 代表者氏名 理事長 村松 和彦
- (5) 設立年月 平成 3年10月18日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域密着型通所介護・介護予防通所介護
福岡市指定4071104519号
- (2) 事業所名称 ムーンシャドウ デイサービスセンター
- (3) 事業所所在地 福岡県福岡市南区柳瀬一丁目15番1号
- (4) 電話番号 (092) 558-2033
- (5) 管理者氏名 施設長 上 志 羽 憲
- (6) 当事業所の基本方針
お客様の人権とプライバシーを尊重した、福祉サービスの提供と質の向上に努める。
地域ニーズにあった選ばれる施設として、安心して快適な生活を提供する。
福祉の拠点として教育研修も出来る、質の高い人材育成を目指す。
- (7) 利用定員 月曜日から金曜日 15名（地域密着型通所介護）

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の営業地域 福岡市（南区・博多区）
- (2) 営業日及び営業時間

営 業 日	カッコ内以外は全て営業 《年末年始12月31日～1月3日休業》
受 付 時 間	月曜日～金曜日 8時30分～17時30分
サービス提供時間	月曜日～金曜日 9時30分～16時45分

4. 職員の配置状況

- (1) 当事業所では、利用者に対して指定通所介護及び指定介護予防通所介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		管理栄養士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤	1	1	1	0	1	3	0	0	0	0
非常勤	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0

(2) 職務内容

- 生活相談員 ～ 利用者の日常生活上の相談に応じ、支援を行っていきます。
- 看護職員 ～ その日1日の健康チェックから始まり、日常の健康管理を行っていきます。口腔ケアも行います。
- 介護職員 ～ 送迎・入浴・食事・排泄・レクリエーション等を業務として行います。
- 機能訓練指導員 ～ リハビリを中心に行っています。

5. サービスの概要

(1) 共通サービス

- 食事介助 ～ 食事の準備、介助を行います。また、当事業所では、栄養士（管理栄養士）の作成する献立により、栄養並びにご利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- 入浴 ～ 入浴または清拭を行います。機械浴を使用して入浴ができます。
- 排泄 ～ ご利用者の排泄介助を行います。
- 送迎 ～ ご利用者の希望に近い時間で、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。
 - ・ 原則として、玄関までのお迎え、お送りをいたします。身体的・環境的諸事情がある場合は、ご利用者、ご家族様と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
 - ・ 送迎時間につきましては、交通事情等で予定の迎えより15分以上到着が遅れる場合がございます。その際は、事業所より電話連絡いたします。
 - ・ ご利用者の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することができません。ご利用者、ご家族様のご協力をお願いいたします。
 - ・ 乗車中は、安全のために全席シートベルトの着用をお願いしております。

6. 地域密着型通所介護・介護予防通所介護利用料金

(厚生労働大臣の定める基準によるもの)

- 地域密着型通所介護及び介護予防通所介護の利用料金については、別紙を参照下さい。

7. 非常災害時対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練 及び 防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設 備 名 称	個数等	設 備 名 称	個数等
	スプリンクラー	あ り	屋内消火栓	あ り
	避難階段	3 か所	非常電源設備 漏電火災報知機	あ り
	自動火災報知機	あ り	非常通報装置	あ り
	誘導等	68 か所		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	福岡市消防署への届出日 平成26年 2月17日 防火管理責任者 上野 壽宏			

8. 相談窓口・苦情対応（契約書第18条参照）

- （1）当施設における苦情やご相談は以下の窓口で対応いたします。また、直接スタッフには伝えにくいという場合は、施設内にご意見箱を設置しております。匿名でも受け付けておりますのでご利用下さい。また、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

受付時間：毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

当施設のお客様相談窓口	氏名：相談（苦情）解決責任者 施設長 上志羽 憲 相談（苦情）受付担当者 石井 祐司 林田 和幸
	所在地：福岡市南区柳瀬一丁目15番1号 電話番号：（092）558－2033
第三者委員	氏名：廣田 一幸（老人ホーム施設長） 電話番号：（092）861－3111
	氏名：草場 猛 電話番号：（092）861－8788
相談（苦情）箱設置場所	・1階受付横

- （2）公的機関においても、相談（苦情）申出等ができます。

該 当 地 域	福岡市	南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	（092）559－5125
		博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課	（092）419－1081
	福岡県国民健康保険団体連合会		（092）642－7859

9. 虐待に関する相談窓口

- （1）養介護施設における虐待に関する行政の相談窓口

福岡市保健福祉局高齢社会部事業者指導課

所在地 福岡市中央区天神一丁目8－1

（092）711－4257

- （2）福岡市の在宅高齢者への虐待に関する窓口

○ 区役所地域保健福祉課（権利擁護等担当）

南区 電話（092）559－5132

○ 最寄りの「いきいきセンターふくおか」

（福岡市地域包括支援センター）

10. 緊急時の対応（契約書第7条参照）

（1）サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、緊急機関、居宅介護支援事業者・市町村に連絡します。

かかつけ医 医療機関等	病 院 名	
	主 治 医	
	電 話 番 号	() —
救急搬送先	病 院 名	☐ 同上
	電 話 番 号	() —
緊 急 時 連絡先①	氏 名	【続柄 】
	住 所	
	電 話 番 号	() —
緊 急 時 連絡先②	氏 名	【続柄 】
	住 所	
	電 話 番 号	() —

（2）緊急を要した時、家族または上記の機関に連絡が取れなかった場合は、以下の協力病院に連絡を行い対応させていただきます。

医療機関	病 院 名 :	福岡徳洲会病院
	所 在 地 :	福岡県春日市須玖北四丁目5番地
	電 話 番 号 :	(0 9 2) 5 7 3 - 6 6 2 2

11. 利用契約における個人情報使用について（第9条参照）

1 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に基づき私に行う通所介護サービスを円滑に実施するため、担当者会議において、または私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に、使用します。

2 使用にあたっての条件

- （１）個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲内で、必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。
- （２）事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録します。

3 個人情報の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービスを提供するために必要最小限の利用者や家族個人に関する情報
- ・ その他の情報

4 広報誌等への写真掲載

- ・ 当デイサービスの活動を毎月の広報誌にて紹介しておりますが、利用者の個人のお顔を掲載することがあります。不可の場合はお知らせください。

12. サービスの利用にあたっての留意事項

- ・ 利用者が、迎え時に病気や怪我等の影響で体調が思わしくない場合、事業者が、当事業所での受け入れ不可と判断し、介護サービスの提供を中止することがあります。
- ・ デイサービスご利用時間内に、当事業所の看護職員等により医療機関においての診察及び治療等が必要であると判断した場合は、原則利用者のご家族等によって医療機関への受診をお願いいたします。緊急時はこの限りではありません。
- ・ 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、利用中に体調が悪くなった場合は、ご家族に連絡の上、サービス内容の変更または提供を中止することがあります。また、必要に応じてご家族と共同して主治医に連絡をとる等、必要な措置を講じます。

※ 介護サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんので、ご了承ください。

13. 運営推進会議について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

14. その他

- (1) 本契約書・重要事項説明書及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者・事業所の協議により定めます。
- (2) 本契約書は、介護保険法に基づくサービス及び同一種類の介護保険外サービス（利用限度額を超えるサービス）を対象としたものであるため、利用者がこれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

15. 第三者評価の実施状況について

第三者による評価の実地状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

事業者は、利用者及び代筆者（代理人）に対して、サービス内容説明書・重要事項説明書及び契約書に基づいて、通所介護サービス・介護予防通所介護サービスの内容及び重要事項についてご説明しました。

なお、契約を証するため、本書2通を作成し、利用者（代理人）及び事業者が署名・捺印の上、各1通ずつ保有するものとします。

<事業者>

住 所 福岡市南区柳瀬一丁目15番1号

法 人 名 社会福祉法人 徳 和 会

事 業 所 名 ムーンシャドウ デイサービスセンター

事 業 所 番 号 福岡市指定 第407110451号

代 表 者 名 理 事 長 村 松 和 彦 印

<説明者> 職 名 _____

氏 名 _____ 印 _____

私は、通所介護サービスを利用するにあたり、サービス内容説明書・重要事項説明書及び契約書の説明を受け、これらを十分理解した上でその内容に同意し、契約を締結します。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

※ 利用者代理人による代筆の場合、代理人の住所・氏名を併記すること。

<代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____