

# 通所介護サービス重要事項説明書

## ふく満デイサービスセンター (生きがい活動支援通所事業)

<平成27年4月1日から適用>

居宅介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第105条に基づいて、当事業者が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 福寿会
事業者の所在地	富山県南砺市松原678-1
代表者名	理事長 田中 幹夫
電話番号	(0763) 23-2910

### 2 利用施設（指定通所介護事業所）

富山県指定	平成15年4月1日指定 第1672100193号
私設の名称及び所在地等	ふく満デイサービスセンター 0763-53-0055 富山県南砺市福光1045番地
管理者	富田 満理子

### 3 施設概要

#### 1) 建物

	定員	敷地面積	延面積
ふく満デイサービスセンター	40名	4.044 m <sup>2</sup>	978.91 m <sup>2</sup>
ふく満生きがい事業	5名	共有	共有

#### 2) 居室・設備

##### ◎ふく満デイサービスセンター

居室・設備の種類	室数	備考
食堂兼機能訓練室	1室	255.92 m <sup>2</sup>
相談室	2室	
浴室	2室	特殊浴室、一般浴室

## 4 職員の配置

当事業所では、通所介護サービス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。（職員数には兼務を含み、又、指定基準を遵守しています。）

職 種	職務の内容	人員
管理者	業務の一元的管理	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名以上
介護職員	介護業務	8名以上
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	1名以上
栄養士（委託）	栄養の指導、食事計画、食事管理	
調理員（委託）	昼食・おやつの調理	
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持の為の指導	1名以上
運転手	送迎バスの運転	

## 5 職員の勤務体制

職 種	通 所 介 護
介護職員	勤務時間： 8：00～16：45
看護職員	勤務時間： 8：00～16：45
機能訓練指導員	随時

## 6 営業日

	通 所 介 護
営 業 日	月曜日～土曜日 但し、祝日及び12月29日～1月3日までの年末年始を除く
受付時間	8時00分 ～ 16時45分
サービス提供時間帯	8時15分 ～ 16時00分

## 7 当施設が提供するサービス

サービス利用料金	南砺市負担額	利用者負担額
4,608 円	3,507 円	1,101 円

○別途 食費 600円

○当事業所で定めている通常実施地域（南砺市の旧福光町区域）を越えてサービスを提供する場合に、所定単位の5%を加算した料金を頂きます。

## 8 サービス利用料金の支払い

- (1) 利用者は、サービス利用料金から南砺市負担額を差し引いた差額分を事業者に支払うものとします。
- (2) 前項の他、利用者は食費等の諸費用実費を事業者に支払うものとします。
- (3) サービスに関する利用料金は、原則として翌月 27 日（金融機関が休日の場合はその翌日）に指定の口座から自動口座引き落としを行います。

## 9 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合によりサービスの利用を中止又は変更は、相談に応じます。この場合、利用予定日の前日までに事業者申し出てください。

○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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	600円

## 10 通常の事業の実施地域

南砺市の旧福光町区域

## 1 1 苦情の受付

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

#### ○ 苦情受付窓口（担当者）

管 理 者 富田 満理子  
ふく満生活相談員 成瀬 春夫 市川 佳美

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

南砺市地域包括・ 医療ケア局 地域包括課 長寿介護係	所在地（〒939-1898）南砺市蛇喰 1009 電話番号 23-2034・ FAX 64-2550 受付時間 平日 8：30～17：15
----------------------------------	---

## 1 2 非常災害対策

管理者は、非常その他急迫の事態に備え、とるべき措置について予め対策をたて少なくとも年2回以上の利用者及び職員による防火及び避難訓練を行います。

## 1 3 緊急時における対応方法

利用者の病状に急変が生じた場合は、速やかに利用者の家族、主治医若しくは協力医療機関に連絡をとり、指示を得て対処するものとします。

## 1 4 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって対応し、損害賠償を行うものとします。

注 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

利用者 甲	所	〒		
	氏名			
	電話番号	( ) -	FAX	( ) -
	私は、本人に代り、上記名を行いました。 私は、本人の意を確認しました。			
	本人との関係		名を代行した理由	
	所	〒		
	氏名			
	電話番号	( ) -	FAX	( ) -

事業者 乙	当事業者は、指定通所介護事業者としての申を受し、この重要事項説明書に定める通所介護サービスを誠実に を持って行います。			
	所在地	〒939-1518 富山県南砺市松原678番地の1		
	名称	社会福祉法人 福寿会		
	代表者名	理事長 田中 幹夫		
	電話番号	(0763)23-2910	FAX	(0763)23-2911