指定通所介護事業所
介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）
デイサービスセンターおのえ荘
重要事項説明書

R08.08.01 改訂

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（青森県指定第0271000150号）

当事業所はご契約者に対して通所介護サービスを提供いたします。事業所の概要
提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業者の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. サービス内容に関する苦情の受付について

1. 事業者

（1）法　人　名　　社会福祉法人　柏友会
（2）法人所在地　　青森県つがる市柏桑野木田若宮255番地1
（3）電話番号　　0173－25－2115
（4）代表者氏名　　理事長　成田　房子
（5）設立年月日　　平成5年7月15日

2. 事業所の概要

（1）事業所の種類
地域密着型通所介護事業所　平成25年4月1日指定　青森県第0271000150号

（2）事業所の目的
社会福祉法人柏友会の開設する指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所（以下「事業所」という。）が実施する指定通所介護事業並びに介護予防日常生活支援総合事業（通所型サービス）（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び看護師、准看護師等の「看護職員」、介護職員、機能訓練指導員（以下「通所介護等従事者」という。）が要介　護状態又は要支援状態等にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、適正な通所介護を提供することを目的とする。
（3）事業所の名称　　地域密着型　デイサービスセンターおのえ荘
（4）事業所の所在地　　青森県平川市猿賀池上100番地1
（5）電話番号　　0172－57－3135
（6）事業所長（管理者）氏名　　長尾　奈緒美

(7)運営方針
事業所の通所介護等従事者は、要支援、又は要介護状態等の心身の特性を踏まえて、その利用者が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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
(8)開設(サービス開始)年月　　通所介護　　平成25年4月1日

3. 事業実施地域及び営業時間

(1)通常の事業の実施区域　　平川市
(2)営業日及び営業時間

営　業　日	月～金 (12／31～1／2を除く日)
受　付　時　間	8:00 ～ 17:00
サービス提供時間帯	9:00 ～ 16:15

(3)利用定員(1日)　　15名

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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。
＜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。

職　　名	資格の有無	常　勤	非常勤	兼務状況	業務内容
所長(管理者)	介護支援専門員	(1)	―	生活相談員	職員及び業務の管理等
生活相談員	介護福祉士	(1)	―	介護員	利用者等の相談援助等
栄養士	栄養士	(1)	―	特養栄養士	栄養マネジメント・献立
介護職員	介護福祉士	3	―		介護・介助並びに健康保持のための助言等 介護全般に関する援助
	ヘルパー2級	1	―		
	認知症介護基礎	―	―		
		1	1		
看護職員	正看護師	(1)	―		健康管理・助言等
	准看護師	―	―		
機能訓練指導員	正看護師資格 准看護師資格	(1) ―	―	看護職員	身体・体力に応じ訓練

※( )内は兼務

＜主な職員の勤務体制＞
介護職員　　原則として、職員1名あたり利用者5名のお世話をいたします。
看護職員　　原則として、常時1名の看護師がおります。
勤務時間　　営業時間帯(8:00～17:00)

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。
提供するサービスについては
(1)利用料金が介護保険から給付される場合
(2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
があります。
(1)介護保険の給付の対象となるサービス
以下のサービスについては、利用料の大部分が介護保険から給付されます。
＜サービスの概要＞

① 通所計画書立案　利用者の方の個別の援助計画を立て、内容をご本人・ご家族に説明し同意のもと交付し、それに基づきケアを致します。
② 昼　食　　栄養士が献立を立て季節感のある食事を提供致します。
③ 介　護　　家庭生活の自立に向けた介護を提供します。
④ 生活相談　　生活相談員等が生活内のご相談に応じます。
⑤ 入　浴　　身体状況に応じて普通浴槽、特殊浴槽を利用頂けます。
⑥ 個別機能訓練　　ご希望により身体状況・体力に応じた機能訓練を致します。
⑦ 健康管理　　利用毎に血圧・体温・脈拍を測定させて頂きます。
⑧ レクレーション等　　楽しみながらできるレクレーションを企画実施致します。
⑪ 送　迎　　ご自宅玄関と施設の間の送迎をさせて頂きます。

○サービス利用料金（1日）

1.契約者の要介護度と　サービス利用料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	7,530	8,900	10,320	11,720	13,120
2.うち介護保険から給付される金額	6,777	8,010	9,288	10,548	11,808
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	753	890	1,032	1,172	1,312

入浴介助加算（Ⅰ） （普通浴槽、特殊浴槽）	40	1日	個々の身体状況に合わせ、洗髪、洗身等の介助のサービス提供を行った場合に加算
サービス提供体制強化加算 （Ⅰ）	22	1日	介護従事者の専門性等のキャリアに着目した加算 （介護福祉士が40%以上または勤続7年以上の職員が30%以上）
新介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）			上記サービス費の合計に加算率（11.7%）を乗じた額を加算
送迎を行わない場合	減算	片道	利用者に対して送迎を行わない場合、片道47円を減算する
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40		介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る観点から、利用者のデータの提出、フィードバックに基づくケアプランや計画への反映などを評価する科学的介護推進体制加算

○介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防通所介護相当のサービス（月額定額）

利用者の要介護度	単位（注※）
要支援1・事業対象者　（1月につき　※月3回以上利用の場合）	1，798
要支援2　　（1月につき　※月7回以上利用の場合）	3，621

各種加算

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	支援1/支援2 88/176	1月	介護従事者の専門性等のキャリアに着目した加算 （介護福祉士が40%以上または勤続7年以上の職員が30%以上）
介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）			生産性向上や協働化に取り組む介護従事者に対する上乗せ 上記サービス費の合計に加算率（11.7%）を乗じた額を加算
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	1月	介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る観点から、利用者のデータの提出、フィードバックに基づくケアプランや計画への反映などを評価する科学的介護推進体制加算

注意：上記の利用料は介護保険1割負担分であり、介護保険負担割合証により給付率が2割または3割と判定された期間の場合、利用料は2割または3割負担となります。

(2)介護保険の給付の対象外となるサービス(実費)

①食材料費及び調理に係る費用　　一日　500円

②レクリェーションやクラブ活動において、本人の希望によるもの。
材料代等の実費をいただくことがあります。

③日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。
＜内容＞
おむつ代　130円　　尿パット　30円

④通常の事業実施区域以外への送迎
通常の事業実施区域以外の区域にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。
・10㎞未満　200円　・10㎞以上　400円

⑤利用者個人の嗜好による特別な日用品は実費となります

(3)利用料金のお支払い方法

サービス利用日(終了時)にその都度支払う、または、月単位でまとめてお支払いいただく2つの方法があります。都合のよい方を選択出来ます。現金を持参くだるか、口座に振り込み(手数料自己負担)、口座振替の3通りから選べます。

支払い方法

ア. デイサービスセンター及び桑寿園の窓口へ直接支払う。(現金の場合)
イ. 口座振り込みの場合
みちのく銀行　木造支店　普通預金　口座番号5115825
社会福祉法人　柏友会
理事長　成田　房子
ウ. 口座自動振替依頼書に記入して頂き、請求金額(毎月10日)を郵送でお知らせし、指定日(21日)に自動的に口座からその金額が引き落とされます。

(4)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、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者に申し出てください。

○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、取り消し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な事由がある場合は、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のなかった場合	当日の利用料金の50%(自己負担額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所及び通所介護稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能期間、また　は日時を利用者に提示して協議いたします。

○天災や災害、また施設整備の修理・調整等において、適切なサービスを提供することが困難だと判断された場合には、その日のサービスを中止とさせていただく場合がございます。

○朝の送迎時において、利用者本人の状態(感染症の疑い・心身状態の不安定・他利用者への危害や影響が予測される場合)によっては、サービスの提供を中止させていただく場合がございます。

○上記記載事項以外にも、突発的な理由により適切な介護サービスが提供出来ないと判断された場合には、その日のサービスを中止とさせていただくことがございます。
(5)守秘義務等の厳守について
1　当該事業者及びサービス従事者は、通所介護サービスを提供する上で知り得た利用者またはその家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務はサービス提供が終了した後も継続いたします。
2　当該事業所の従業者であった者は、通所介護サービスを提供した上で知り得た利用者またはその家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。
3　事業所は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に心身等の情報を提供できることとします。
4　前3項に係わらず、利用者に係わる他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者及びその家族等の個人情報を用いることができることとします。
5　前3項並びに第4項については、本重要事項説明書別紙【個人情報利用についての同意書】への署名により、個人情報の使用に同意したことといたします。

(6)事故発生時の対応
　当事業所のサービス提供時間内において事故が発生した場合には、利用者に対しての応急処置、医療機関への運搬等の措置を講じると共に、速やかにご家族や居宅介護支援事業所、市町村等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、発生原因を解明し再発防止の対策を講じます。なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償をいたします。(　当事業所は、あいおい損害保険　株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。)

(7)虐待の防止について
事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
(1)虐待防止に関する担当者を選定しています。
　虐待防止に関する担当者　管理者　長尾　奈緒美
(2)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
(3)虐待防止のための指針の整備をしています。
(4)従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
(5)サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・　親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

(8)身体拘束について
事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。
(1)緊急性・・・・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
(2)非代替性・・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
(3)一時性・・・・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます

(9)損害賠償(事業者の義務違反)

事業者は、居宅介護支援の実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合にも同様とします。但し、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(10) 衛生管理等

食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

1．事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底していきます。

2．事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

3．従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

(11) 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

2　事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に（年１回以上）実施します。

3　事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

(12) 非常災害対策

事業者は、非常災害時においては、利用者の安全第一を優先し、迅速適切な対応に努めます。

2　非常災害その他緊急の事態に備えて、防災及び避難に関する計画を作成し、災害時における関係機関への通報及び連携体制を整備し、利用者及び従業者に対し周知徹底を図るため、年２回以上避難、その他必要な訓練等を実施します。

3　事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民、消防関係者の参加が得られるよう連携に努めます。

6. 苦情の受付について

(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)
デイサービスセンターおのえ荘　生活相談員　野呂　悦子

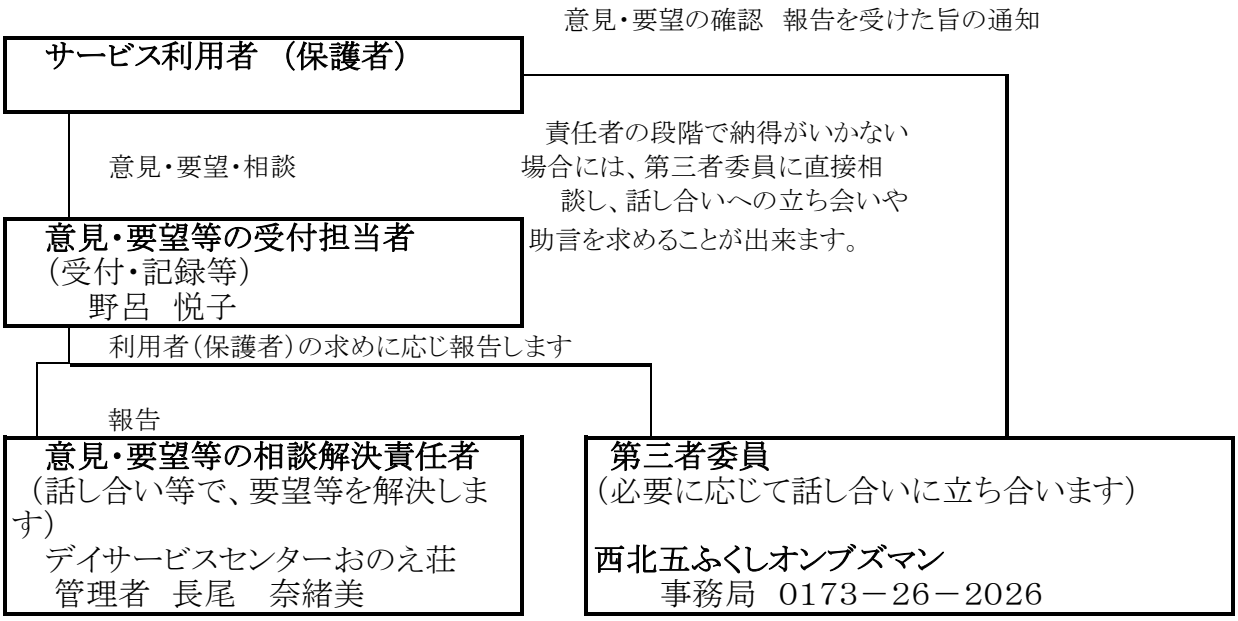
◎苦情解決責任者
デイサービスセンターおのえ荘　管理者　　長尾　奈緒美

◎第三者委員

◎受付時間　　毎週月曜日～金曜日
AM8:00～PM5:00

また、苦情受付ボックスを、当事業所の玄関に設置しています。

ご意見・ご要望に対する解決の仕組みについて



相談解決の結果（改善事項）は、口頭もしくは文書で責任者よりご報告申し上げます。

以上の仕組みで解決できないご意見・ご要望については、
青森県社会福祉協議会に設置されている青森県運営適正化委員会『福祉サービス相談センター』または国保連合会『苦情処理委員会』に申し立てることも出来ます。

（2）行政機関その他苦情受付機関

平川市役所　介護保険係
所在地　青森県平川市柏木町藤山25番地6
電話番号　0172－44－1111
ＦＡＸ　0172－44－8619
受付時間　8:30～16:45

国民健康保険団体連合会
所在地　青森市新町2丁目4－1　青森県共同ビル4F
電話番号　017－723－1336
ＦＡＸ　017－723－1088
受付時間　8:30～16:45

青森県社会福祉協議会
所在地　青森市中央 3-20-30 県民福祉プラザ2F
電話番号　017－723－3039
ＦＡＸ　017－723－3098
受付時間　8:30～16:45

御利用者様　　令和　　年　　月　　日

地域密着型通所介護　デイサービスセンターおのえ荘の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明をおこないました。

社会福祉法人　柏友会

説明者　デイサービスセンターおのえ荘　管理者　長尾　奈緒美

地域密着型通所介護　デイサービスセンターおのえ荘を利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意いたします。

（本人が記入の場合）

利用者住所

利用者氏名

（代理者が記入）

氏　　名　　続柄・関係

利用者氏名

事業所控　　令和　　年　　月　　日

地域密着型通所介護　デイサービスセンターおのえ荘を利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意いたします。

社会福祉法人　柏友会

説明者　デイサービスセンターおのえ荘　管理者　長尾　奈緒美

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護デイサービスセンターおのえ荘の提供開始に同意しました。

（本人が記入の場合）
利用者住所

利用者氏名

（代理者が記入）
氏　　名　　続柄・関係

利用者氏名

お願い

緊急時においての連絡等を速やかに行うため、お手数ではございますが

緊急連絡先をご記入下さい。

＜連絡先＞

住　　所

氏　　名　　自宅電話

携帯電話

＜主治医＞

住　　所

病 院 名

主 治 医　　電話

個人情報の使用及び取得に関する同意書

私(及び私の家族)の個人情報については、下記により必要最小限の範囲で使用及び取得することに同意いたします。

1. 使用目的

(1)貴事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行う居宅介護支援業務において必要な場合

(2)介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、私の状態家族の状況等を把握するために必要な場合

(3)上記(2)の外、介護支援専門員または介護サービス事業所、県及び各市町村担当窓口、その他各種関係機関等との連絡調整・連携により、心身の健康の保持及び生活の安全のために必要な援助を行う場合

(4)入院・通院時の医療機関への情報提供や情報取得が必要な場合

2. 個人情報を利用(提供及び取得)する事業者等の範囲

(1)居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所、介護保険外サービス事業所の担当者

(2)主治医や医療機関の担当者等(体調を崩し又はケガ等で診療、入院することとなった場合)

(3)県及び市町村担当窓口、その他民生委員などの各種関係機関の担当者

3. 個人情報を使用する期間

この契約が締結された日から、居宅介護支援の契約が解約される日まで

4. 使用する条件

(1)個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし個人情報の提供にあたっては、関係者以外の者に洩れることがないよう注意を払うこと。

(2) 個人情報を使用及び取得した会議、相手方、内容等の経過を記録する

令和　　年　　月　　日

デイサービスセンター　おのえ荘　殿

(利用者)住　所

氏　名

(家族)住　所

氏　名