

指定通所介護  
重要事項説明書  
(R6.6.1～)

# 指定通所介護 重要事項説明書

## 1 事業者

事業者名	社会福祉法人 弘前豊徳会
所在地	青森県弘前市大字大川字中桜川18番地10
電話番号	0172-99-1255
FAX番号	0172-99-1256
Eメールアドレス	santa-h@chive.ocn.ne.jp
代表者氏名	理事長 下山保則
設立年月日	平成8年10月7日

## 2 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンター サンタハウス弘前公園
所在地	青森県弘前市大字元大工町26番地1
電話番号	0172-88-7707
FAX番号	0172-88-7727
Eメールアドレス	santa-kouen@gaea.ocn.ne.jp
事業所管理者	阿保英樹
指定年月日	令和元年5月1日
事業所番号	0270204126
通常の事業実施地域	弘前市

## 3 設備の概要

定員	1単位目：20名		2単位目：20名	
機能訓練室	249.1m <sup>2</sup>	静養室		5.00m <sup>2</sup>
浴室1	9.30m <sup>2</sup>	浴室2		10.99m <sup>2</sup>
相談室	7.41m <sup>2</sup>	その他		128.75m <sup>2</sup>

## 4 事業の目的及び運営の方針

### 【事業の目的】

当事業所は、利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限り居宅において、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的とします。

### 【運営方針】

- ① 通所介護計画に基づき、機能訓練及び日常生活上の必要な援助を行います。
- ② 自らその提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ③ サービスの提供は、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し

サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。

- ④ 常に利用者の心身の状況を的確に把握し、相談援助等の生活指導、機能訓練、その他必要なサービスを利用者の意向に沿って適切に提供します。
- ⑤ 介護技術の進歩に対応した適切な介護技術をもってサービスを提供します。

## 5 サービスの具体的な内容

通所介護計画に基づき必要なサービスを実施します。

### (1) 送迎

利用者の居宅と事業所間の送迎をします。

- ・送迎時間は調整の上、利用開始前に利用者又は家族に連絡します。
- ・送迎中の事故防止のため、送迎車両の点検は毎日実施します。
- ・見守りを要する利用者の送迎時は、運転手の他に従業員を同乗させ安全に配慮します。
- ・不慮の事故に備え自動車保険に加入します。

### (2) 健康状態の確認

来所後、従業員が体温、血圧、脈拍の測定と健康状態の確認を行います。体調不良等があればサービスの利用を中止することもあります。

### (3) 機能訓練

マシントレーニングやストレッチ、リハビリ体操、バランスボールやバンド、ヨガマット等を用いた訓練等を行います。利用者の意向を尊重し、生活意欲の増進に繋がるよう計画に沿って実施します。

### (4) 身体介助

移動・移乗介助、排泄介助等、利用者の身体機能に応じ必要な援助を行います。

### (5) 生活相談

利用者の心身・環境等の状況把握に努め、利用者又はその家族に対して適切な相談対応、情報提供等の援助を行います。

### (6) その他必要なサービス

## 6 営業日時

営業日	営業時間	サービス提供時間
月曜日、水曜日 (祝日含む)	8:10～17:00	1単位目 8:40～12:00 2単位目 13:00～16:20
休業日	火曜日、木曜日、金曜日、土曜日、日曜日、 1月1日～1月3日	

## 7 従業員の体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	訪問介護員養成研修2級課程	1名	0名	あり	1名	従業員及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	社会福祉士	1名	0名	なし	1名	利用申込みに係る調整、利用者の相談対応及び心身の状況等に応じた適

	社会福祉主事	1名	0名	あり	1名	切なサービス提供ができるよう行政その他事業所等との連絡調整や通所介護計画の作成等を行う。
介護職員	介護福祉士	2名	0名	なし	1名	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
				あり	1名	
	訪問介護員養成研修2級課程	1名	0名	あり	1名	
介護職員補助		1名	0名	あり	1名	利用者の日常生活全般にわたる介護業務の補助を行う。
看護職員	看護師	0名	1名	あり	1名	主治医及び協力医療機関と連携し、利用者の心身の情報を収集し、健康状態の観察及び看護業務を行う。
	准看護師	0名	1名	あり	1名	
機能訓練指導員	看護師	0名	1名	あり	1名	他職種と協働して機能訓練計画を作成し、日常生活上で必要な機能を改善する訓練やその減退を防止するための訓練を行う。
	准看護師	0名	1名	あり	1名	
送迎職員		1名	0名	あり	1名	利用者の居宅と事業所間の送迎とそれに関連する業務を行う。

## 8 利用料金

### (1) 料金表

#### ①-1 通所介護【通常規模型通所介護費：サービス提供時間3時間～4時間】

区分	1日あたりの料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	3,700円	370円	740円	1,110円
要介護2	4,230円	423円	846円	1,269円
要介護3	4,790円	479円	958円	1,437円
要介護4	5,330円	533円	1,066円	1,599円
要介護5	5,880円	588円	1,176円	1,764円

#### ①-2 通所介護【通常規模型通所介護費：サービス提供時間2時間～3時間】

区分	1日あたりの料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	2,720円	272円	544円	816円
要介護2	3,110円	311円	622円	933円
要介護3	3,510円	351円	702円	1,053円
要介護4	3,920円	392円	784円	1,176円
要介護5	4,320円	432円	864円	1,296円

#### ①-3 付加サービスの利用料

加算	算定単位	基本料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
通所介護同一建物減算	1日につき	-940円	-94円	-188円	-282円
通所介護送迎減算	片道につき	-470円	-47円	-94円	-141円
サービス提供体制加算I	1回につき	220円	22円	44円	66円
通所介護科学的介護推進体制加算	1月につき	400円	40円	80円	120円
介護職等処遇改善加算(I)	1月につき	利用料の合計額に9.2%を乗じた金額の1割～3割の該当分(小数点以下は四捨五入)			

※生活保護受給者は、利用料の支払いはなく実費負担分のみ必要時に徴収。

② 交通費

通常の事業の実施地域以外の送迎料として、片道1kmつき100円徴収します。

③ その他

当事業所の排泄用品を使用した場合、1枚につき下記の金額を徴収します。

- ・リハビリパンツ (L) 120円
- ・リハビリパンツ (M) 110円
- ・おむつ 60円
- ・尿取りパット 30円

- ④ その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用については実費を徴収します。なお、その場合は利用者又は家族に対して事前に説明し、支払いへの同意を得てから徴収します。

## (2) 利用料の支払い方法

サービスの対価として、料金表に基づく利用料をお支払いいただきます。事前に利用料の金額を説明した上で、毎月10日頃に事業所から利用者宛に前月1ヶ月分の利用料の請求書を発行します。なお、支払い方法は下記の通りです。

① 口座振替

毎月20日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に振替。

② 銀行振込

請求書確認後、末日までに振り込み。

③ 現金払い

請求書確認後、末日までに事業所窓口にて現金払い。

なお、口座振替、銀行振り込みにかかる手数料は利用者負担となります。

## 9 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスを利用するにあたり利用者には以下の内容に留意していただきます。

- (1) 体調不良等で利用を休むにあたり、事前に休むことが決まっている場合は前日17:00まで、当日急遽休む場合は1単位目の利用者は当日8:30までに、2単位目の利用者は12:30までに事業所へご連絡ください。
- (2) 事業所の設備、備品等の使用時には、従業員の指示に従うようお願いします。
- (3) 事業所内において、他者の迷惑になるような行動はご遠慮ください。
- (4) その他事業所の秩序維持のため必要なことへのご協力をお願いします。

## 10 緊急時の対応方法

指定通所介護の提供中に事故や急変等により利用者に緊急事態が生じた場合は、速やかに下記の家族等及び主治医へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。

<家族等の緊急連絡先>

氏 名	
本人との続柄	
住 所	
電 話 番 号 (連絡がとりやすい番号)	

<医 療 機 関>

医 療 機 関	(主治医)
住 所	
電 話 番 号	

## 11 事故発生時の対応

指定通所介護の提供により事故等が発生した場合には、速やかに緊急連絡先の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また利用者に対するサービス提供により、利用者又はその家族等に賠償すべき事故等が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

## 12 苦情申立機関

### (1) 当事業所の窓口

苦情解決責任者	阿 保 英 樹 (管理者)
受付担当者	葛 西 萌 (生活相談員)
	西 沢 麗 美 (生活相談員兼介護職員)
電 話 番 号	0 1 7 2 - 8 8 - 7 7 0 7
F A X	0 1 7 2 - 8 8 - 7 7 2 7
Eメールアドレス	santa-kouen@gaea.ocn.ne.jp
受 付 日	月曜日～金曜日 (1月1日～1月3日を除く)
受 付 時 間	8 : 1 0 ~ 1 7 : 0 0

### (2) 第三者委員

山 崎 智 藤 田 雅 俊	<p>第三者委員に対し、直接苦情を伝えることができます。</p> <p>①電話による直接の申し出 (藤田委員が受付担当/080-4517-2881)</p> <p>②第三者委員宛「意見箱 (事業所内に設置)」への投函</p> <p>③弘前豊徳会ホームページ内にある第三者委員宛のメールフォームへの入力</p>
------------------	--

### (3) 苦情処理の流れ

別紙2 (苦情解決対応フローチャート) 参照

#### (4) 行政等の窓口

当事業所以外に、下記窓口へ苦情を伝えることができます。

青森県運営適正化委員会	017-731-3039 (代表)
青森県国民健康保険団体連合会	017-723-1301 (直通)
弘前市役所	0172-35-1111 (代表)

### 13 損害賠償

当事業所は損害保険ジャパン日本興亜株式会社の損害賠償保険に加入しています。

### 14 非常災害対策

非常災害時の対応	利用者の避難誘導、安全確保とともに通報装置で消防署への連絡を行います。
防災設備	誘導灯、消火器、自動火災報知設備、火災通報装置、スプリンクラー等を設置しています。
防災訓練	年2回避難訓練を実施します。
防火管理者	阿保 英樹

### 15 従業員の資質向上に向けた研修実施

従業員への研修の実施	①採用時研修 採用後1ヶ月以内に実施 ②認知症介護基礎研修 無資格者に対し採用後1年以内に実施 ③その他研修 随時法人内外で開催する研修に参加
------------	--

### 16 虐待防止に関する取り組み

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又は再発を防止するために下記の取り組みを行っています。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会の設置、定期的な委員会の開催
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止のための定期的な研修の実施
- (4) (1)～(3)の取り組みを適切に実施するための担当者の設置

### 17 感染対策に関する取り組み

当事業所は、感染症の発生や感染拡大を防止するために、下記の取り組みを行っています。

- (1) 感染対策委員会の設置、定期的な委員会の開催
- (2) 感染対策のための指針の整備

(3) 感染対策のための定期的な研修と訓練の実施

## 18 業務継続計画に関する取り組み

当事業所は、感染症や災害等の発生時において、利用者に対するサービス提供の継続的な実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、下記の取り組みを行っています。

- (1) 業務継続計画（BCP）の策定
- (2) 業務継続計画（BCP）について、定期的な研修と訓練の実施
- (3) 業務継続計画（BCP）の見直し

## 19 個人情報の使用

個人情報については、別紙1（個人情報使用同意書）に定める必要最低限の範囲内で利用者の同意を得た上で使用します。



年 月 日

(事業者)

当事業所は、利用者に対する指定通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者名      デイサービスセンター      サンタハウス弘前公園      印

住 所      青森県弘前市大字元大工町26番地1

説 明 者      職 種 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者)

私は、本書面に基づき、事業者から重要事項の説明を受けました。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代 筆)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄) 印

# 個人情報使用同意書

私及び家族等の個人情報について下記のとおり使用することに同意します。

## 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたり、介護支援専門員と介護サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議等、利用者、家族等の状態を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の他、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、医療機関又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 当事業所の管理運營業務上必要な場合。
- (4) 事業所において行われる生徒・学生・地域住民等の学習、ボランティア等の受け入れ・実施に伴い必要な場合。
- (5) 事業所内外にて行われる事例研究等で必要な場合（氏名をイニシャル表記にする等、個人が特定されない対応をする）。

## 2 個人情報の提供先

- (1) 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、その他サービス提供において連携の必要がある介護サービス事業所。
- (2) 医療機関（体調の急変や怪我等で急遽受診や搬送等が必要になった場合）
- (3) 保険者、審査支払機関
- (4) その他地域住民等（学習、ボランティア等の受け入れ・実施時に限る）

## 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

## 4 使用する条件

必要最低限の範囲で使用し、個人情報の提供については関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。

各項目についていずれかに○をご記入ください。	同意する	同意しない
写真撮影		
広報媒体への写真の掲載		
広報媒体への氏名の掲載		

### 【利用者】

住 所	
氏 名	

### 【代 筆】

住 所	
氏 名	

### 苦情解決対応フローチャート

