

指定通所介護、指定介護予防通所介護事業所 重要事項説明書

1 デイサービスセンターあゆみの里の概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	デイサービスセンター あゆみの里
所在地	青森県上北郡おいらせ町東下谷地 618
電話番号	0178-50-1186
FAX番号	0178-50-1808
事業所番号	0272501396
その他の居宅サービス	短期入所生活介護 指定事業所番号 0272500273
	訪問介護 指定事業所番号 0272500265
	訪問入浴介護 指定事業所番号 0272500505
	認知症対応型共同生活介護 指定事業所番号 0272500844
サービスを提供できる地域	おいらせ町・六戸町・八戸市北部（市川地区）・三沢市（三川目地区）

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	社会福祉士	1名			1名	介護従事者及び業務の管理
生活相談員	介護福祉士 ヘルパー2級	1名	1名	・介護職員兼務1名	2名	利用者の生活指導及び相談、直接処遇職員の業務の調整
看護・介護職員	看護師 准看護師		1名 2名	・機能訓練指導員兼務 ・DSたんぽぽ看護職員兼務2名 ・訪問入浴たんぽぽ看護職員兼務2名	3名	利用者の介護、生活援助等利用者の日常生活の維持向上につながる処遇の業務に従事する。看護職員は機能訓練指導員を兼務する。
	介護福祉士	1名	1名		2名	
	ヘルパー2級	3名		・DSたんぽぽ介護職員兼務3名	3名	
機能訓練指導員	看護師 准看護師		1名 2名	看護職員と兼務	3名	利用者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練に従事する。

(3) 当事業所の設備の概要

定員	18人	静養室	13.25㎡
食堂兼機能訓練室	82.81㎡	相談室兼ボランティア室	13.25㎡
浴室	22.77㎡	その他	

(4) サービスの提供時間帯

	営業時間
月、水、金	午前 8 時 4 5 分～午後 4 時 1 5 分
祝日	午前 8 時 4 5 分～午後 4 時 1 5 分

(5) サービスの営業時間

	営業時間
月、水、金	午前 8 時～午後 5 時
祝日	午前 8 時～午後 5 時

2 当事業所のデイサービスセンターの特徴等

(1) 運営の方針

在宅においていろいろなニーズに対して、デイサービスを通じ、自立した生活への助長と社会的孤立感の解消を図り、心身機能の維持向上、及び家族介護者の心身両面の負担を軽減することを目的としてサービスを提供する。

(2) サービス利用のために

事項	備 考
男性従業員	0 名
従業員への研修の実施	年 3 回以上 研修を実施しています。
サービスマニュアル	事業計画書に添った適切なサービスを提供します。
その他	

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

①利用の中止・変更・追加について

- ・ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護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。この場合にはサービスの実施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理由がある場合は、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なかった場合 当日の利用料金の 1 割
(自己負担相当額)

- ・ サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の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できない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

②施設・設備の使用上の注意

- ・ 施設・設備・敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・ 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、

汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

- ・ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ・ 喫煙については、事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

3 サービスの内容

- ①送迎 当事業所までの往復の送迎をおこないます。
- ②食事 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- 食事提供時間 12:00～13:00
- ③入浴 入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ④機能訓練 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑤生活相談 日常に関することなどについての相談

4 利用料金

要介護者の場合

(1) 利用料（要介護者の場合） 地域密着型通所介護費

① （サービス提供時間 2時間～3時間）

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	2割負担
要介護1	3,050円	305円	610円	915円
要介護2	3,510円	351円	702円	1,053円
要介護3	3,960円	396円	792円	1,188円
要介護4	4,400円	440円	880円	1,320円
要介護5	4,870円	487円	974円	1,461円

(サービス提供時間 3時間～4時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	2割負担
要介護1	4,160円	416円	832円	1,248円
要介護2	4,780円	478円	956円	1,434円
要介護3	5,400円	540円	1,080円	1,620円
要介護4	6,000円	600円	1,200円	1,800円
要介護5	6,630円	663円	1,326円	1,989円

(サービス提供時間 4時間～5時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	2割負担
要介護1	4,360円	436円	872円	1,308円
要介護2	5,010円	501円	1,002円	1,503円
要介護3	5,660円	566円	1,132円	1,698円
要介護4	6,290円	629円	1,258円	1,887円
要介護5	6,950円	695円	1,390円	2,085円

(サービス提供時間 5時間～6時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	2割負担
要介護1	6,570円	657円	1,314円	1,971円
要介護2	7,760円	776円	1,552円	2,328円
要介護3	8,960円	896円	1,792円	2,688円
要介護4	10,130円	1,013円	2,026円	3,039円
要介護5	11,340円	1,134円	2,268円	3,402円

(サービス提供時間 6時間～7時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,780円	678円	1,356円	2,034円
要介護2	8,010円	801円	1,602円	2,403円
要介護3	9,250円	925円	1,850円	2,775円
要介護4	10,490円	1,049円	2,098円	3,147円
要介護5	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円

(サービス提供時間 7時間～8時間)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	2割負担
要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護2	8,900円	890円	1,780円	2,670円
要介護3	10,320円	1,032円	2,064円	3,096円
要介護4	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
要介護5	13,120円	1,312円	2,624円	3,936円

②付加サービスの利用料（※施設の体制、利用者の状態等により付加サービスは変更があります。）

	1日当たりの 利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算	400円	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円	22円	44円	66円
科学的介護推進体制加算	400円（月額）	40円（月額）	80円（月額）	120円（月額）
口腔・栄養スクリーニング加算 （6月に1回を限度）	200円	20円（月額）	40円（月額）	60円（月額）
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560円	56円	112円	168円
若年性認知症利用者受入加算	600円	60円	120円	180円
利用者に対して、送迎を行わなかった場合		片道につき 47円減額	片道につき 94円減額	片道につき 141円減額
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：1ヶ月の介護保険利用料金の9.2%の金額となります。				

○介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額を変更します。

○食費

当デイサービスセンターの食事をご利用される場合は、食事提供にかかる費用（食材費及び調理費相当分）として、500円をご負担していただくことになります。

○交通費

上1の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、送迎のための交通費をご負担していただくことになります。通常の事業の実施地域を超えたところから、1km毎に27円とする。

○時間外サービス

お客様の選択・希望により、通常時間をこえて提供した場合は、以下の料金をご負担していただくことになります。

介護保険対象外	延長利用料
時間外延長サービス 1時間	1,000円

（サービス提供時間 8時間～9時間）

	1日当たりの利用 料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	7,830円	783円	1,566円	2,349円
要介護2	9,250円	925円	1,850円	2,775円
要介護3	10,720円	1,072円	2,144円	3,216円
要介護4	12,200円	1,220円	2,440円	3,660円
要介護5	13,650円	1,365円	2,730円	4,095円

時間延長加算	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
9時間～10時間	500円	50円	100円	150円
10時間～11時間	1,000円	100円	200円	300円

○その他の費用

おむつ代	実費	
日常生活費	レクリエーション費用	実費
	クラブ活動費	実費
	散髪代	一回につき1,000円

○利用料金の支払い方法

サービス利用料金は、1ヶ月ごとに計算し、当月末締めにてご請求します。

お支払い方法は、自動口座引落とし、銀行振込、現金支払いの3通りの中から自由によります。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する1週間前までに申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入居した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ お客様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は即座にサービスを終了できます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または、お客様やご家族などが当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情

① 事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者	受付担当 野村 明美
電 話	0178-50-1186
受付日	年中（12月29日～1月3日を除く）
受付時間	午前8時～午後5時

② 苦情解決責任者

担当者	管理者 吉田 長一
電 話	0178-50-1055
受付日	年中（12月29日～1月3日を除く）
受付時間	午前8時～午後5時

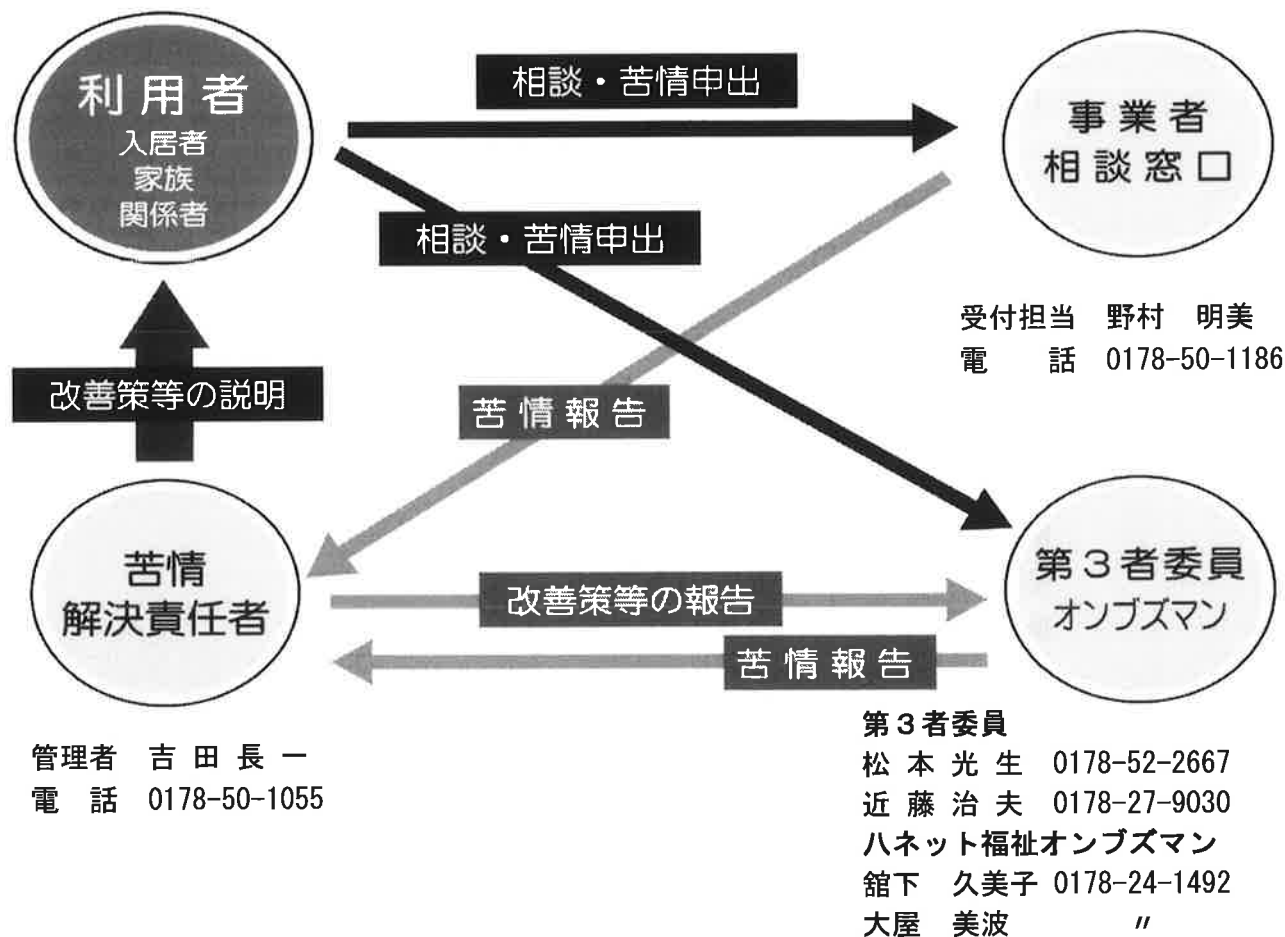
③ その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険連合会・市町村介護保険課の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・ 青森県国民健康保険連合会連絡先
TEL 017-723-1301
- ・ おいらせ町介護福祉課連絡先
TEL 0178-56-4705

④ 苦情解決方法

苦情受付担当者、第三者委員、オンブズマンが苦情の直接受付、苦情内容の報告聴取、話し合いの立会いなどを行い解決する。苦情受付の流れは、以下のようになります。



7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・ご家族・介護支援専門員へ連絡いたします。

主治医	氏名	
	連絡先	電話番号
ご家族	氏名	
	連絡先	電話番号

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、早急な病院受診等の必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は社会福祉法人全国社会福祉協議会と損害賠償保険契約を結んでおります。

9 非常災害対策

防災時の対応	地域における災害協力隊を結成し、年2回以上の防災訓練を実施する。
防災設備	非常災害整備は常に有効に保持するよう努める。
防災訓練	防火教育及び基本訓練（消火・通報・非難）・・・年1回以上 利用者を含めた総合訓練・・・・・・・・・・年1回以上 非常災害用設備の徹底・・・・・・・・・・・・・随時
防火管理責任者	事業所管理者をあてる。

10 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	介護主任 松林 晴香
-------------	------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (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、当該施設従業者又は養護者（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入所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。

11 その他

- ・従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- ・お客様やご家族の個人情報を用いる場合には、あらかじめ文書による同意を得てから行います。
- ・従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、従業者でなくなった後においてもこれらの者の秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とするものである。
- ・サービス担当者会議・緊急時などは、最低限の情報提供をする場合があります。
- ・事業所に対する質問・要望等については、事業所として適切に対応いたします。

12 施設サービス利用中に起こりうる危険について

当施設ではご利用者が快適な生活を送っていただけるよう、安全、安楽な環境づくりに配慮します。しかし、ご利用者の身体的な状況や病気、その他の様々な理由によって事故や、体調不良による急変が伴うことを十分にご理解ください。

なお、施設サービス利用中に起こりうる危険については、自宅での生活においても十分に起こりうるものであると考えます。

- (1) 骨折、外傷、頭蓋内損傷、内出血、皮膚剥離などの受傷

（外傷につながる例）

- ・歩行時の転倒による受傷。
- ・ベッド、車いす、椅子などからの転落による受傷。

高齢者は、骨や血管、皮膚が弱く少しの衝撃であっても重症となってしまうことがあります。また、施設介護において身体拘束は原則的に禁止事項となっており、基本的には身体拘束や行動の制限は行いません。

(2) 病気の急な悪化や、新たな病気の発症

(病気の急な悪化や、新たな病気の発症の例)

- ・持病や新たな疾患を原因とした急変により、脳や心臓、全身などに症状が現れ、重大な症状を引き起こす事や、死に至る可能性。(脳血管系疾患、心疾患、糖尿病など)
- ・加齢や障害による嚥下能力の低下によって引き起こされる、食事や急な嘔吐による誤嚥、誤飲、窒息。

高齢者は、体力の低下もあり急な病変に対して体が対応しきれず重症化したり、最悪の場合は死に至ることがあります。全身状態が悪化した場合、当施設の判断で救急搬送を行うことがあります。

(3) 物品の損壊、紛失など

ご利用者が日常生活を営まれるために欠かすことのできない、補聴器、眼鏡、または少額の金銭については、認知力の低下により損壊や紛失される可能性があります。ご利用者本人が管理される物につきましては、自己責任でお願いします。また、装飾品や時計などにおいても同様の取り扱いといたします。

(4) 施設からの離脱

認知症などにより危険予測等の判断能力が低下したことが原因で、施設から出てしまわれる(以下、離脱とします。)可能性があります。離脱防止のため、細心の注意を払っていきませんが、捜索中に重大な事故につながる可能性があります。また、施設から離脱されたと判断された場合、警察への通報を行う事があります。

令和 年 月 日

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いて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 上北郡おいらせ町東下谷地 618

名 称 デイサービスセンター あゆみの里

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。（個人情報の使用について当書面にて包括的に同意を取る場合には、その旨の同意も必要）

利用者 住所

氏名

印

（代理人） 住所

氏名

印

