デイ 365　重要事項説明書

令和５年 12 月１日

１　事業所の概要

（１）提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	デイ　３６５
所在地	弘前市大字独狐字松ヶ沢３８－２
電話番号	０１７２－９９－１２１２
ＦＡＸ番号	０１７２－９９－１３１３
事業所番号	０２７０２０１１２２
サービスを提供できる地域※	弘前市

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

（２）当事業所の職員体制

職　　名	人数	業務内容
管理者	１名	施設の業務を統括管理する
生活相談員	１名	生活指導その他相談業務
介護職員	３名	介護業務全般
運転手	２名	運転業務、施設整備

（３）　当事業所の設備の概要

定員	２０名	相談室	１室　２５．４４㎡
食堂	１０７．１０㎡	静養室	２室　６９．３０㎡
機能訓練室		送迎車	４台
浴室	一般浴室　２０．２５㎡		
	特殊浴室　２１．６２㎡		

（４）サービスの提供時間帯と休業日

提供時間：８：３０～１５：４０

休業日：なし

２　当事業所の通所介護の特徴等

（１）運営の方針

①利用者の状態によった目標を設定し、適切な援助を計画的に行います。

②当事業所は、自ら提供する介護の質の向上に努め、その改善を図ります。

③サービスを懇切丁寧に行い、利用者・家族が理解しやすいように説明します。

④利用者の身体の状況と要望を把握した適切なサービスに努めます。

（２）サービスの資質向上に向けて

事　　項	備　　考
従業員の研修実施	毎年マニュアルに対応した研修を実施しております

（3）サービス利用に当たっての留意事項

送迎時間変更の連絡	前日までにご連絡ください。
体調確認	看護職員により毎日実施します。
体調不良等による サービスの中止・変更	体調確認の結果で変更などあります。
利用時間等変更	相談に応じます。
設備・器具の利用	職員に申し出てください。
飲酒・喫煙	事業所内では飲酒しないこと、館内及び敷地内は禁煙です。

3　サービスの内容

①送迎　　マイクロバス等
②食事　　昼食
③入浴　　一般入浴、特別入浴
④機能訓練　　歩行訓練、物理療法など
⑤生活相談　　日常生活指導など
⑥介護方法の指導　　居宅における介護指導
⑦介護サービス　　レクリエーション活動、回想法によるプログラムなど
⑧健康状態の確認　　血圧測定、脈拍、観察など

4　利用料金

（1）料金表参照

（2）料金の支払方法

原則、口座振替又は振込でお願いします。それ以外の支払方法を希望される方は相談に応じます。

5　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、電話等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

ア　利用者のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の１週間前までにお申し出ください。

イ　当事業所のやむを得ない事情によって、サービスの提供を終了させていただく場合は、終了１か月前までに文書で通知します。

ウ　利用者が介護保険施設に入所した場合

エ　利用者が亡くなられた場合

オ　利用者やご家族などが、当施設及びサービス従事者に対して、あるいは他の利用者に対して、サービス提供上支障があり、注意しても改善がみられない場合。

6　サービス内容に関する苦情

（1）当事業所のお客様相談・苦情窓口

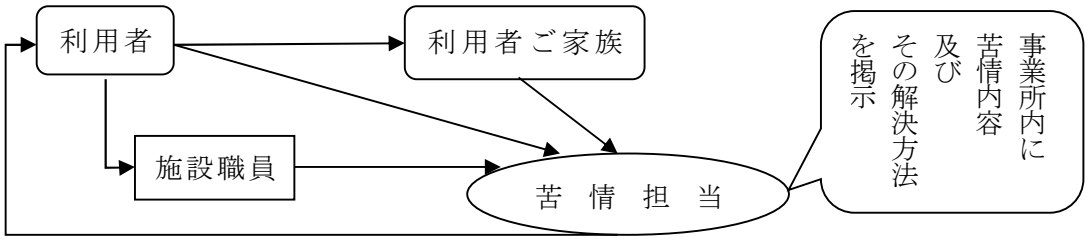
担当者　　小山内　友利恵

電　話　　０１７２－９９－１２１２、ＦＡＸ　　０１７２－９９－１３１３

受付日　　月～金曜日午前８時３０分から午後４時

（2）苦情処理体制

苦情処理の流れ



（3）ご意見箱

当事業所内に「ご意見箱」を設置しておりますので、苦情等御座いましたら、投函をお願いします。

（4）アンケート・意見交換会

毎年 11 月にアンケートを実施しており、サービスに反映させていただいております。

また、意見交換会も随時受付しております。

（5）外部機関の相談・苦情窓口

当事業所以外に、お住まいの市町村や関係機関に苦情を伝えることができます。

ア　弘前市役所介護福祉課（介護事業係）　　０１７２－４０－７０９９

イ　青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）　　０１７－７２３－１３３６

ウ　運営適正化委員会（青森県社会福祉協議会内）　　０１７－７３１－３０３９

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、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

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、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者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を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

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は速やかに損害賠償いたします。

9　非常災害対策

防災時の対応	初期消火と消防署への通報、避難の実施など
防災設備	火災報知器、粉末消火器の設置
防災訓練	年２回以上の避難訓練、火災通報・消火訓練など
防火責任者	蒔苗俊二

10　秘密の保持について

(1)　当該事業所の従業者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

(2)　当該事業所の従業者であった者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

(3)　事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

11　写真・映像の使用

行事等ご本人の施設での様子を記録する場合がございますが、その記録を下記項目に限定して使用させていただきます。

・施設新聞及びホームページ・ブログ等への掲載　　(□掲載不可)

・伸康会施設内掲示板への掲載　　(□掲載不可)

（同意・交付日）　　令和　　年　　月　　日

サービス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　弘前市大字独狐字松ヶ沢３８－２
名　称　デイ　365

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面により事業者からサービスについての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

令和　　年　　月　　日

管理者　殿

利用者本人	住所	
	氏名	印
ご家族(代理人) 1	住所	
	氏名	印　(続柄)
	電話１	電話２
ご家族(代理人) 2	住所	
	氏名	印　(続柄)
	電話１	電話２

※ 緊急時等には、上記連絡先に順番に連絡をさせていただきます。

個 人 情 報 利 用 同 意 書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

１　使用目的

⑴　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、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。

⑵　上記⑴の外、介護支援専門員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。

⑶　現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

２　個人情報を提供する事業所

⑴　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

⑵　病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

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

⑴　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、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。

⑵　個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和　　年　　月　　日

デイ　365　管理者　殿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（家族）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

情報開示について

当事業所では、利用者・ご家族様が当事業所サービスに対する理解を深め、サービス向上を図ることを目的として記録等の開示を行っています。

開示請求の手続き

請求権者が請求書に記入し、添付書類を用意したうえ、持参いただくか、郵送にしてご提出ください（同意書や委任状は任意の様式でもかまいません）。

開示請求できる方	請求に必要な書類	
本人	利用記録開示請求書	―
身元引受人		本人身分証の写し（公的機関が証明してるもの）

開示請求の流れ

①請求書提出、②開示請求回答書、③写し費用請求（利用料に合算します）

※原則として、申請書を受理した日から起算して 15 日以内に開示の可否の決定を行います。

閲覧請求について

閲覧を希望された場合、閲覧の日時、場所を調整する必要がありますので、請求後にこちらから日程調整の連絡をさせていただきます。

記録等開示請求書

年　　月　　日

デイ 365　管理者 様

請求人 〒　　ー　　住所

氏 名　　（昭･平 年　月　日生）、　電話番号　　（　　）

次のとおり、記録等の開示を請求します。

1 開示請求に係る利用者	
2 請求人と利用者との間柄	(1)本人、 (2)利用者の親族 （ 続柄:　　）
3 開示を請求する内容	(1) 開示請求する期間:　　年　月　日～　　年　月　日 (2) 記録等の種類（該当する番号又は・を○で囲んでください。） ① 利用記録、②その他（　　）
4 開示方法	(1) 閲覧　(2) 写しの交付 ※A4用紙1枚あたり10円、多色20円 (3) 閲覧及び写しの交付
5 閲覧時、同席希望の者	※（原則2名以内）原則として利用者本人が同席を同意している文書を添付
	氏名　　（利用者との関係　　）

～ 料 金 表 ～

①通所介護

●基本利用料金（1 日当りの利用料金）　（単位：円）

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
4時間以上5時間未満	426	488	552	614	678
5時間以上6時間未満	641	757	874	990	1,107
6時間以上7時間未満	662	782	903	1,023	1,144

●その他 加算料金　（単位：円）

項　目	負担額	摘　要
入浴加算	50/日	入浴介助を行った場合

※上記の他、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として、（基本利用料金+各加算料金）×5.9%×利用回数を翌月徴収させていただきます。

※同一建物から通所介護を行う場合、１日９４円の減算を行います。事業所が送迎を行わない場合、片道につき４７円の減算を行います。

※サービス提供強化加算（Ⅱ）、一回につき18円徴収させていただきます。

※個別にて訓練を行った場合、個別機能訓練加算（Ⅰ）1として、1回56円を徴収させていただきます。

※介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）1.2%を利用料金に加算させていただきます。

※生活機能向上連携加算…3月に100円（個別機能訓練加算を算定している場合　100円）

※科学的介護推進体制加算・・・１月に40円

※ADL維持等加算Ⅰ・・・1月30円

②介護予防通所介護・第一号通所事業

●基本利用料金（１月あたりの自己負担利用料金）　（単位：円）

要支援１	要支援２
1,672／月	3,428／月

●その他 加算料金　（単位：円）

項　目	負担額	摘　要
運動器機能向上加算	225／月	個別的な機能訓練を行う場合

※上記の他、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として、（基本利用料金+各加算料金）×5.9%×利用回数を翌月徴収させていただきます。

※同一建物から予防通所介護を行う場合、要支援１は３７６円、要支援２は７５２円の減算を行います。

※サービス提供強化加算（Ⅱ）、要支援1は７２円、要支援2は、118円を徴収させていただきます。

※介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）1.2%を利用料金に加算させていただきます。

※介護職員等ベースアップ等支援加算1.1%を利用料金に加算させていただきます。

※生活機能向上連携加算…3月につき　100円

※科学的介護推進体制加算・・・１月40円

③弘前市生きがい対応型デイサービス

● 料金　（単位：円）

項　目	負担額	サービス内容
利用者負担額	305/4 回迄	健康チェック、入浴、食事、日常動作訓練等

※特定地域加算（利用者の住所が対象地域である場合に算定）・・・一回につき、15 円徴収させていただきます

※月 5 回以上利用・・・1 月、1318 円徴収させていただきます

※処遇改善加算、特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算・・・市町村の決定した単位に合わせて徴収させていただきます

④その他の料金

●自己負担額　（単位：円）

項　目	負担額	摘　要
タオルセット	100	施設内タオル利用時
入浴代	500	事業対象者　等（保険外）
食事代	450／１食	食事を希望された場合
リハビリパンツ	100／１枚	原則として利用者が持参するものとする

※施設内外のイベント等開催時に参加料が発生する場合は、参加利用者から別途徴収いたします。