

指定通所介護及び第1号通所事業（介護予防通所介護相当）

重要事項説明書

1 指定通所介護及び第1号通所事業(介護予防通所介護相当)(以下通所介護等)の概要

(1) 当施設の概要

施設名	特別養護老人ホームサンシャイン		
所在地	青森県八戸市東白山台二丁目2番1		
電話番号	代表	0178-23-5050	
	デイサービスセンター	0178-23-5005	
FAX番号	0178-23-5306		
事業所番号	0270301419		

(2) 当施設の職員体制

① 管理者 1名（常勤・施設長兼務）

管理者は、従業者の管理、業務の実施状況、把握その他の管理を一元的に行います。

② 生活相談員 2名以上（内1人は介護職員と兼務）

生活相談員は、通所介護計画の作成及び説明を行うほか、通所介護等の利用の申し込みに係る調整、生活指導その他の通所介護等の提供にあたります。

③ 介護職員 6名以上

介護職員は、介護その他の通所介護等の提供にあたります。運転手は運転業務にあたります。

④ 機能訓練指導員 2名以上（内1人は看護師と兼務）

機能訓練指導員は、機能訓練指導その他の通所介護等の提供にあたります。

⑤ 看護師 1名以上

看護師は医療・保健衛生・健康管理に関する業務の提供にあたります。

⑥ 調理員 1名以上（特養と兼務）

調理員は、調理業務に従業者は、通所介護等における介護サービスを提供します。

(3) 当施設の設備の概要

定員	35人	休養室兼介護者教育室	22.95 m ²
食堂・機能訓練室	242.595 m ²	相談室	18.40 m ²
浴室	一般浴室・脱衣室 (59.3 m ²)	事務室	22.40 m ²
	特別浴槽室 (20.40 m ²)	送迎車	7台

(4) 営業日、営業時間およびサービスの提供時間は次の通りとします。

① 営業日 月曜日から土曜日・祝日

但し、年末年始は数日お休みを頂きます。

お休みを頂く場合は事前にお知らせ致します。

② 営業時間 午前8時00分から午後5時30分までとします。

電話は24時間通じますので、いつでも気兼ねなくご連絡下さい。

③ サービス提供時間 午前9時00分から午後4時00分までとします。

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

この事業所が行う通所介護等の事業は、要介護状態などとなった場合においても、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および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立の解消および心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とします。利用者が社会参加し、快適な在宅生活が送れるようにサポートします。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
従業員の研修の実施	随時、内部研修・外部研修を実施しています。
身体的拘束	一切行いません。
レクリエーション & 行 事	レクリエーションは利用者ご本人の希望を取り入れ、月単位で計画します。また、季節や伝統の行事も計画的に実施します。

(3) サービス利用にあたっての留意事項

事 項	備 考
送迎時間の連絡	連絡帳での伝達及び直接本人又は家族へ口答で説明します。 (希望は可能な限り対応します。)
体 調 確 認	来設時バイタル(血圧・体温・脈拍)のチェックを行います。又、サービス提供中に体調が著しく変化した場合にも行います。
体調不良等によるサービスの中止・変更	利用前に体調不良の訴えがあった場合、当日の7時50分までに電話にて欠席を連絡。サービス利用中に体調不良があった場合は、嘱託医・家族・管理者に連絡後、適切な処置やサービスの変更及び中止等の対応を行います。デイサービスでの対応が難しいと判断した場合は途中帰宅となる場合もあります。
食事のキャンセル	迎えの際、食事のキャンセルの意思を、口答又は連絡帳にて連絡。但し、家族又は本人から希望があった場合のみとします。
時 間 変 更	3日前までに電話にて連絡。
設備・器具の利用	設備・器具はご自由にお使いください。 但し、事故・怪我の防止のため職員に声をかけてください。

3 サービスの内容

- ①入浴(入浴介助・特別入浴介助)
- ②食事の提供(昼食12:00)
- ③機能訓練(全国行脚記録大会(歩行訓練)、健康体操、嚥下体操等、日常生活上での機能訓練を実施します。)
- ④健康管理(血圧・体温・脈拍等のチェック)
- ⑤生活相談・指導(個別により個々の相談に応じると共に相談に対する対策を決定しサービスを提供します。又、必要に応じて指導を行います。)

- ⑥レクリエーション（レクリエーションは利用者ご本人の希望を取り入れ、月単位で計画します。また、季節や伝統の行事も計画的に実施します。）
- ⑦送迎（時間帯等に希望があれば、可能な限り対応します。）
- ⑧利用時間（利用者の心身の状況及び、降雪等の急な気象状況の悪化等によりサービス提供日における所要時間がやむを得ず短くなった場合には、計画上のサービス提供時間に応じた利用料となります。計画上の所要時間よりも大きく短縮する場合には通所介護計画を変更の上、変更後の所要時間に応じた利用料となります。）

4 利用料金

(1) 利用料（別紙料金一覧表参照）

① 通所介護料金

	コース	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日当たりの利用料金	7～8時間	6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円
	6～7時間	5,840円	6,890円	7,960円	9,010円	10,080円
	5～6時間	5,700円	6,730円	7,770円	8,800円	9,840円
	4～5時間	3,880円	4,440円	5,020円	5,600円	6,170円
	3～4時間	3,700円	4,230円	4,790円	5,330円	5,880円
介護保険適用時の1日当たりの自己負担額（1割）	7～8時間	658円	777円	900円	1,023円	1,148円
	6～7時間	584円	689円	796円	901円	1,008円
	5～6時間	570円	673円	777円	880円	984円
	4～5時間	388円	444円	502円	560円	617円
	3～4時間	370円	423円	479円	533円	588円

② 付加サービス料

	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）
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560円	56円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	760円	76円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	200円	20円
入浴介助加算（Ⅰ）	400円	40円
中重度ケア体制加算	450円	45円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	220円	22円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,500円	150円（月2回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,600円	160円（月2回を限度）
通所介護送迎減算	△470円	△47円
科学的介護推進体制加算	400円	40円（月1回を限度）

※処遇改善加算（Ⅰ）は、1月当たりの総単位数×9.2%となります。

※なお、1日当たりの自己負担額は市区町村から発行される介護保険負担割合証の割合に応じた額となります。

③ 介護予防通所介護料金

	利用目安	介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額（1割）	
		1ヶ月当たり	1日当たり※1
事業対象者・要支援1	週1回程度	1,798円	59円
事業対象者・要支援2	週1回程度	1,798円	59円
事業対象者・要支援2	週2回程度	3,621円	119円

※1 月途中の利用開始及び利用終了、短期予防生活介護の提供を受けた場合等、法の定めによる日割計算となります。

④ 付加サービス料（1ヶ月）

	1ヶ月当たりの 利用料金	介護保険適用時の 1ヶ月当たりの自己負担額	
サービス提供体制強化加算（I）イ	総合事業対象者 ・要支援1 ・要支援2（週1）	880円	88円
	総合事業対象者・ 要支援2（週2）	1,760円	176円
生活向上グループ活動加算	1,000円	100円	
口腔機能向上加算（I）	1,500円	150円	
口腔機能向上加算（II）	1,600円	160円	
複数サービス実施加算	7,000円	700円	
科学的介護推進体制加算	400円	40円	

※処遇改善加算（I）は、1月当たりの総単位数×9.2%となります。

※なお、1日当たりの自己負担額は市区町村から発行される介護保険負担割合証の割合に応じた額となります。

* 通常の事業実施地域以外の地域（八戸市以外）に居住する通所介護等利用者の送迎に要した交通費は、その実費を徴収します。

⑤ 食費 615円/日（経管栄養の場合は、持参して頂ければ料金は発生しません。）

なお、昼食（お弁当）は持込みも可能ですが、食中毒等が発生した場合は利用者又は家族に責任が及ぶことをご了承願います。

⑥ おむつ代 リハビリパンツ・紙おむつ 150円/枚
尿とりパット 50円/枚

⑦ 日常生活費のうち利用者が希望し、負担することが適当と認められる次の費用

・理美容代（毎月第2月曜日） 2,000円
・コピー代（領収書等の再発行を含む） 10円/枚

(2) 料金の支払方法

月末の翌月 10 日に請求書発送、15 日以内に支払い。支払方法としては口座引き落とし、銀行振込、現金支払の中からお選びいただけます。

(口座引き落とし)

口座引き落としの場合は毎月、20 日（土日、祝日の場合は翌営業日）に前月分が引き落としとなります。引き落とし手続きが別途に必要です。

(銀行振り込み)

振込の場合は同様に 25 日までをお願いします。

尚、振り込み手数料は利用者負担となります。

(現金支払)

現金支払の場合は、お手数ですが当施設事務までお持ちください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

電話にて申し込み後、書類の作成を行います。その際書類作成のため当施設の職員がお伺いします。場合によっては当施設においでいただく事もありますのでご了承ください。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。

サービス利用前に体験利用が出来ますので、ご相談ください。(但し、昼食代として 615 円いただきます。)

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスが終了する場合

- ・利用者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日の 1 週間前までに電話、又は直接お申し出ください。
- ・当事業所の都合でサービスを終了する場合、人数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。

② 自動終了

以下の場合に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。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。
- ・利用者が亡くなられた場合。

③ その他

ア サービス料金の不払いの場合

利用者が、サービス利用料金の支払いを 1 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、7 日以内に支払わない場合、契約解除することがあります。

イ 暴言などがあった場合

利用者やご家族様などが当施設や当施設の従業者又は他の利用者に対して、暴言・暴力・セクハラ・迷惑行為などの危害を及ぼし、通常の接遇方法等ではこれを防止することができない場合は、契約を解除することがあります。尚、この場合、契約の終了後の予約は無効となります。

6 福祉サービスにおける苦情解決

(1) 施設の利用者相談・苦情窓口

サービスに関する利用者からの苦情に対して適切に解決するため、施設内に相談受付担当者を下記の通り定めております。

担当者 柿崎 詳太

電話受付 0178-23-5050 F A X 番号 0178-23-5306

受付は年中無休で対応しています。(24 時間)

(2) 第三者委員による話し合いで苦情解決の責務を明確にすることも出来ます。

(別紙参考)

(3) その他

当施設以外に、お住まいの市町村またはア) 八戸市介護保険課 0178-43-9292 (直通)、イ) 青森県国民健康保険団体連合会 017-723-1336 (苦情処理委員会) の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

7 緊急時の対応方法

サービスを提供しているときに利用者様の病状の急変等が生じた場合は速やかに、主治医、管理者、家族等へ連絡を行なうと共に、心肺蘇生法、人工呼吸など症状に応じた処置を救急法に基づき行います。

主治医	医療機関名			
	氏名		電話番号	
ご家族	住所			
	氏名		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、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。(当事業所は「AIG 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。)

9 非常災害対策

防災時の対応	非常通報装置により、全職員・地域協力体・家族会・119 番通報します。
防災設備	防火扉・消火栓により対応可能です。
防災訓練	利用者を含めた総合訓練を年 2 回以上実施し、その内利用者を含めた夜間想定避難訓練を年 1 回以上実施する。
防火責任者	専任の責任者を任命しています。

10 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11 身体拘束について

当事業所は、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、次に掲げることにより留意して、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。

また当事業所として、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します。
- (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します。
- (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。

12 守秘義務

事業所では個人情報保護法を遵守しながら従業者を常に指導し、個人情報の適切な管理・運用に努めます。

従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する為に、個人情報保護に関する契約を施設と締結して、当法人の有する利用者等の個人情報を在職中はもちろん退職後も第三者に故意又は過失により開示・提供又は漏洩したり、自ら使用しない旨の誓約内容とします。

但し、事業所を移動する際や入院の際など、移転先や居宅介護支援事業所より情報提供を求められた際は、必要に応じ情報の提供を行います。各事業所の相互の個人情報保護に関する契約の上、開示します。

13 情報開示について

当事業所では利用者の生活・精神面・健康について、口頭または記録物により報告、提示致します。但し、情報の開示についてはご本人、キーパーソン（身元引き受け人）の方に限りします。

14 サービス利用の契約・同意について

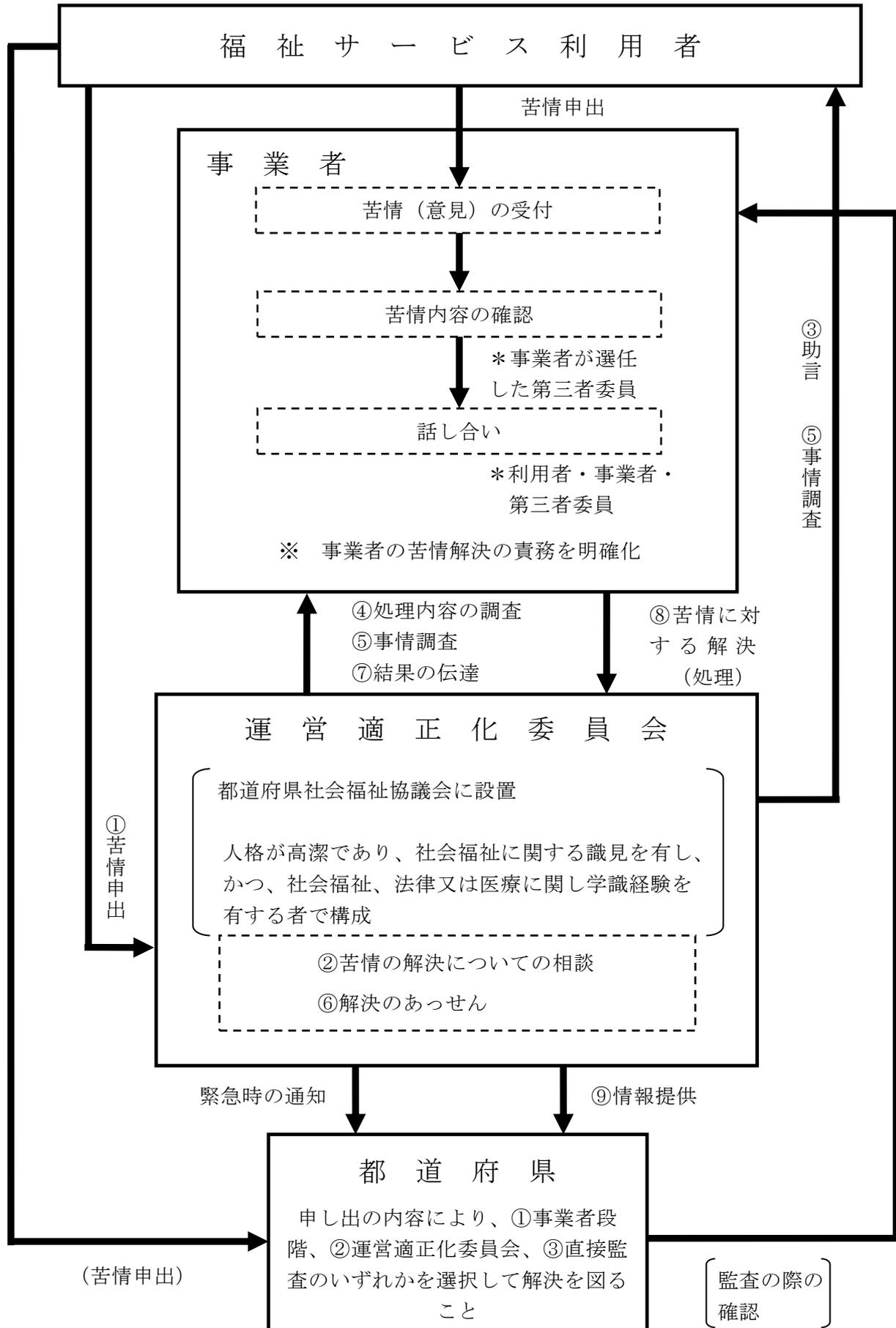
重要事項の説明、契約に当たっては利用者及び家族の同意のもとに実施します。但し、利用者の判断能力に障害がみられる場合は以下の立会いのもと契約を履行します。

*家族、身元引受人、代理人、成年後見人と交わした契約者

なお、契約・同意を求める書類等についても同様の対応でお願いします。

(個人情報利用同意書・サービス計画書・医師の意見書・申請書類等々)

福祉サービスに関する苦情解決の仕組み概要図



令和 年 月 日

本書面により、指定通所介護及び第1号通所事業（介護予防通所介護相当）の提供開始について利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明致しました。

名 称 特別養護老人ホームサンシャイン
事業所所在地 青森県八戸市東白山台二丁目2番1

説明者職氏名 生活相談員

本書面により、事業者から指定通所介護及び第1号通所事業（介護予防通所介護相当）についての重要事項の説明を受け、説明内容及びサービス提供に同意します。

住 所
利 用 者
氏 名

住 所
代 筆 者
氏 名

特別養護老人ホーム
サンシャイン
指定通所介護及び
第1号通所事業（介護予防通所介護相当）
契約書

重要事項の説明をもって契約と致します。

令和 年 月 日

利用者
住所
氏名

代筆者
住所
氏名

事業者
住所 青森県八戸市東白山台二丁目2番1
事業所名 サンシャイン デイサービスセンター
施設長 伊藤友子

個人情報利用同意書（誓約書）

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記の場合に必要な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

- (1) 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。
- (2) 上記(1)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。
- (3) 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、医師又は看護師に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することになった場合）

3 個人情報を使用する期間

介護サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件（介護サービス事業者の責務）

- (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、個人情報の提供に当たっては、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こと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等その経過を記録すること。
- (3) 利用者に対する個人情報の利用目的の変更があった場合は通知致します。

令和 年 月 日

青森県八戸市東白山台二丁目 2 番 1

サンシャイン

デイサービスセンター

施設長 伊藤 友子 殿

住所

利用者

氏名

住所

ご家族

氏名