

重要事項説明書

朝里中央デイサービスセンター

2025年5月1日

通所介護重要事項説明書

1. 事業所の名称及び所在地

- (1) 名 称 通常規模型通所介護事業所 朝里中央デイサービスセンター
- (2) 所在地 北海道小樽市新光1丁目21番5号 5階
- (3) 電話 0134-54-1720 (FAX) 0134-51-277

6

- (4) 事業所経営者 医療法人北光会 理事長 篠崎 仁史 印
- (5) 開設年月日 平成20年2月15日

2. 利用定員

通常規模型通所介護事業所・通所介護相当サービス事業所 35名

3. 営業日及び営業時間

- ①営 業 日 月曜日～土曜日

*お盆(8月15日)と年末年始(12月30日から1月3日)は休館日とします。

- ②営 業 時 間 午前8時30分から午後5時30分まで

- ③サービス提供時間 午前9時30分から午後3時45分までの提供時間とする。

- ④送 迎 地 域 小樽市内全域

4. 利用にあたっての留意事項

指定通所介護サービスの対象者は、要支援者・要介護者であって自傷他害などの行為がない方とします。

＊ 利用中止に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう必要な援助を行うように努めます。

5. 事業所における苦情の受付

（１）苦情受付窓口

○苦情受付担当者 （生活相談員） 田中 博美

○苦情解決責任者 （管理者） 伊部 将太郎

連絡先 ： 0134－54－1720

受付時間：午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分

（月曜～土曜）

○苦情相談委員会 （朝里中央病院）

事務長代理：池田 沙織

事務次長：久保 勝之

（２）苦情受付・対応の概要

苦情を受け付けた場合は、苦情解決責任者へ内容の報告をし、事実確認を致します。内

容によっては利用者・ご家族などと面談を行い詳細な聞き取りを致します。

その後、解決措置を講じる仕組みとなっております。苦情処理についての詳細は、

別紙『苦情処理の細則』にて定めるとおりとします。

○当事業所以外については市町村・国民健康保険団体連合会などの公的機関の

相談窓口で苦情の申し立てをする事ができます。

* 小樽市役所 (電話) 0 1 3 4 - 3 2 - 4 1 1 1

小樽市花園 2 丁目 12 番 1 号

* 国民健康保険団体連合会 (電話) 0 1 1 - 2 3 1 - 5 1 6 1

札幌市中央区南 2 条西 1 4 丁目国保会館

注：国民健康保険団体連合会への申し立て方法は、原則書面によりますが、

困難な場合に口頭による申し立てもできます。

6. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無し
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

7. 職員体制

- ① 管理者 1 名（常勤兼務）
- ② 生活相談員 3 名（常勤兼務 3 名）
- ③ 介護職員 9 名（常勤専従 5 名・常勤兼務 2 名・非常勤専従 2 名）
- ④ 看護職員 2 名（常勤兼務 1 名・非常勤兼務 1 名）
- ⑤ 機能訓練指導員 2 名（常勤兼務 1 名・非常勤兼務 1 名）
- ⑥ 管理栄養士 1 名（常勤兼務 1 名）

8. サービスの内容

（1）通所介護計画の立案

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）食 事

専門業者より栄養バランスを考慮した食事を提供します。

特別食（治療食など）は、その都度その内容により相談させていただきます。

（3）介 護

可能な限り自立に向けた介護を提供致します。

（4）入 浴

家庭的なお風呂をご利用頂けます。安全面を考慮し、手摺などを設置しております。身体

状況に合わせながら、可能な限り自立に向けた介助を行ないます。

(5) 機能訓練など

ご希望により身体の状態・体力に応じた機能訓練などを行ないます。

(6) 生活相談

生活相談員などが生活内のご相談に応じます。

(7) 健康管理

食欲や運動面・服薬援助・バイタル測定などの健康管理を致します。

(8) レクリエーションなど

運動を兼ねて楽しみながら参加できるレクリエーションを企画実施致します。

(9) 送 迎

ご自宅玄関と事業所間の送迎を致します。

9. サービス利用料金

(1) サービス利用料について

介護保険・日常生活支援総合事業に係る利用料は、所定単位数に10円を乗じ

た金額の1割負担（一定以上所得者は2割又は3割負担）となります。ただし、介護

保険の給付の範囲を超えたサービス利用料は全額自己負担となります。

ご利用料金表は次ページの通りです。

感染症や災害の影響により、事業所を利用される方が前年平均より5%以上減少した

場合は、介護保険制度に定める基準に則り、3か月間基本報酬に3%上乗せして請求となります。

(2) 実費について

食 費 1回660円 税込み（おやつ・飲み物代を含む）

※時間短縮利用等でおやつを食べない場合は625円となります。

キャンセル代：お休みの場合は利用日の前日（午後3時まで）に連絡願います。

当日のお食事キャンセルはお食事代のみ徴収致します。

おむつ代 *尿パット（SS・S・M）20円（L・LL）50円

 *リハビリパンツ（S-M）80円（L-LL）90円（3L）150円

おむつ代については希望があった場合とします。

(3) 支払方法

毎月15日までに前月分の請求書を郵送致しますので、末日までにお支払い下さい。

(4) サービス利用料（本人負担額）

サービスの利用料 1割負担額 又は一定以上所得者は2割又は3割負担

通常規模型通所介護（6～7時間）	通所介護相当サービス（一ヶ月あたり）
------------------	--------------------

要介護 1	5 8 4 円	要支援 1 1, 7 9 8 円
要介護 2	6 8 9 円	要支援 2 1, 7 9 8 円 ※週 1 回程度利用
要介護 3	7 9 6 円	
要介護 4	9 0 1 円	要支援 2 3, 6 2 1 円 ※週 2 回程度利用
要介護 5	1 0 0 8 円	
※入浴料金 4 0 円		

※利用料の 9 %を介護職員処遇改善費として加算させていただきます。

※加算・減算について・・・算定要件が整った場合には各加算・減算を行うとする。

・サービス提供体制強化加算（利用ごとの全利用者）

要介護者（Ⅰ）イ 6 単位／回

要支援者（Ⅰ）イ 2 4 単位／人・月 週 2 回の利用者は 4 8 単位／人・月

・中重度ケア体制加算 4 5 単位／日（要介護認定の利用者のみ算定）

・科学的介護推進体制加算 4 0 単位／月

・同一建物減算 ▲ 9 4 単位／日（あっとほーむ中央入居者のみ）

・送迎減算 ▲ 4 7 単位／片道 （当事業所が送迎を行わない場合）

10. 緊急時の対応方法

利用者に様態の変化・急変などがあった場合には、かかりつけの医師などに連絡す

るなど、必要な措置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡致します。

11. 非常災害対策

災害時には、『防災計画』などの規程に基づき利用者の安全確保に努めます。

12. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・居宅介護支援事業所・当該ご家族に連絡を行なうとともに必要な措置を講じます。又、事故状況の記録などから事故再発防止のための措置を講じます。サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。ただし、事業所の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

13. 利用者の記録や情報の管理・開示について

関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。又、利用者及びご家族の情報の使用に関してはあらかじめ別紙『個人情報使用同意書』により同意の上、使用させていただきます。

14. その他の運営についての重要事項

○事業所は、上司・同僚に限らず、利用者やその家族等からのハラスメント防止のために、ハラスメント対策についての方針を従業者に周知・啓発し、被害防止のための取組を行います。

○事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待又はその再発を防止する

ための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めるよう努めております。

○事業所は、職員などの資質向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備し

ております。

○職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後に

おいても、これらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容としております。

通所介護事業所（デイサービスセンター）利用にあたり、利用者に対し契約

書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

＜事業所＞ 年 月 日

名 称 朝里中央デイサービスセンター

説明者 職名： 管理者・生活相談員

氏 名 伊部 将太郎 印

上記内容の説明を受け、その内容を了承しました。

年 月 日

利用者氏名 印

署名代行人 印

(利用者との関係)

