つがる市社会福祉協議会デイサービスセンターいながき　重要事項説明書

（令和７年４月１日現在）

１．指定通所介護サービスを提供する事業者（法人）について

名称・法人種別	社会福祉法人つがる市社会福祉協議会
代表者役職・氏名	会　長　白戸英行
所在地	青森県つがる市木造若緑５２番地　つがる市木造地域福祉センター内
電話番号	０１７３－４２－４８８６
ＦＡＸ	０１７３－４２－４６８６
営業所数	・（総合事業）訪問介護　１ヵ所 ・（総合事業）通所介護　４ヵ所 ・（介護予防）短期入所者生活介護　２ヵ所 ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護　２ヵ所 ・地域密着型介護福祉施設　２ヵ所 ・居宅介護支援事業者　３ヵ所

２．当事業所の概要

（１）提供できるサービスの種類と地域

事業所名	つがる市社会福祉協議会デイサービスセンターいながき
所在地・連絡先	（住　所）　青森県つがる市稲垣町豊川宮川４２番地３ （電　話）　０１７３－４６－２３０５ （ＦＡＸ）　０１７３－４６－２３９４
介護保険事業所番号	通所介護（通常規模型）０２７２１００４１３
管理者	台丸谷　のり子
サービスを提供する地域※	つがる市、五所川原市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（２）事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日及び サービス提供日	月曜日～金曜日 土・日曜日及び１２月３１日から１月３日までは定休日
営業時間・ サービス提供時間	午前８時～午後５時 午前８時４５分～午後４時００分
連絡先電話番号	０１７３－４６－２３０５

（３）職員体制

職　名	資　格	専従	兼務	業務内容
管理者兼 生活相談員 介護員	介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員	０名	１名	従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている通所介護の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。また、利用の申込みに係る調整、通所介護計画の作成を行います。
主任 生活相談員	介護福祉士	１名	０名	事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う等、管理者の補助。また、利用の申込みに係る調整、通所介護計画の作成を行います。
生活相談員兼 介護員	介護福祉士	０名	２名	利用者及び家族からの相談に対する援助、利用申込みに係る調整、他の従業員に対する助言及び技術指導、居宅介護支援事業者等との連携・調整を行い、また他の従業員と協力して通所介護計画の作成等を行います。
看護職員兼 機能訓練指導員	看護師 准看護師	０名 ０名	０名 ２名	看護職員は、利用者の健康状態の確認、服薬管理、病状が急変した際の救急措置などの看護業務を通じて利用者の日常生活支援を行います。また、機能訓練指導員は、利用者にあった個別の機能訓練実施計画策定し、これに基づいてサービスの提供及び助言を行います。
機能訓練指導員	准看護師	０名	１名	機能訓練指導員は、利用者にあった個別の機能訓練実施計画策定し、これに基づいてサービスの提供及び助言を行います。
介護員	介護福祉士	２名	３名	通所介護計画に基づき、必要な日常生活の世話及び介護、機能訓練を行います。
	社会福祉士	０名	０名	
	実務者研修修了者	０名	０名	
	２級修了者	２名	０名	
	その他	０名	０名	

＊指定通所介護の事業及び第１号通所事業（通所型サービス）を提供する職員として配置しています。

（４）設備の概要

定員（第１号通所事業（通所型サービス）を含む）	40 名	静養室	22.68 ㎡
食堂兼機能訓練室	126.36 ㎡	便所	9.72 ㎡
一般浴室	28.35 ㎡	身障者用便所	3.60 ㎡
特別浴室	16.20 ㎡	厨房	16.03 ㎡
脱衣室	16.20 ㎡	送迎車	5 台

３．サービス内容

（１）相談援助などの生活指導　（２）養護、健康チェック　（３）日常動作訓練
（４）送迎　（５）食事　（６）入浴
（７）レクリエーション　等

４．利用料金

利用料金、加算及びその他の料金については、【料金表】のとおりです。

５．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

通所介護計画作成と同時に契約を結び,サービスの提供を開始します。

（２）サービスの終了

①　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週間前までに文書でお申し出ください。ただし、緊急を要した場合や、文書でお申し出できない理由があった場合は、この限りではありません。

②　当協議会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。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

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。

・利用者が介護保険施設に入所した場合
・サービスを受けていた利用者が、非該当または要支援（事業対象者含む）と認定された場合
　※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
・利用者がお亡くなりになった場合

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、利用者や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、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

・利用者が、サービス利用料金の支払を３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず１４日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して継続し難いほどの背任行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスの契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただく場合がございます。

６．当事業所の特徴と運営方針

（１）運営方針

①指定通所介護の提供にあたっては、通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及び日常生活を営むのに必要な援助を行います。

②指定通所介護の提供にあたっては、適切且つ丁重に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービス提供の方法について、理解しやすいように説明を行います。

③指定通所介護の提供にあたっては、介護技術の進歩に対し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行います。

④常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、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希望に沿って適切に提供します。

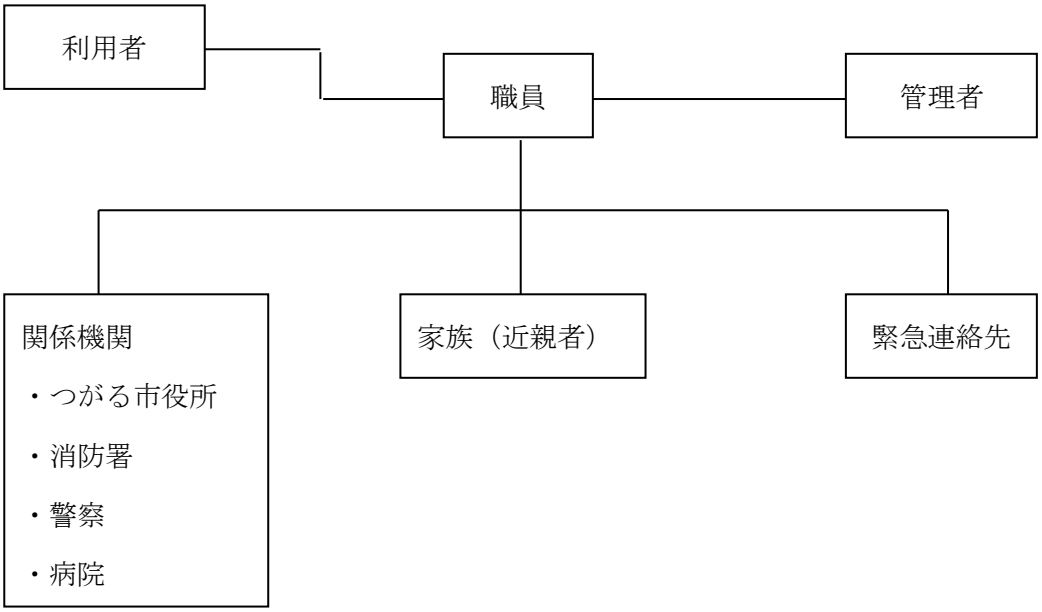
⑤指定通所介護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

（２）サービス利用に当たっての留意事項

・利用者は、連絡帳、バスタオル、洗顔タオル、着替え一式（必要な方のみ）、紙オムツ（必要な方のみ）を持参（持ち物には名前をつける）して下さい。
・利用者の健康状態等によって、利用若しくは入浴サービスを受けられない場合もあります。

７．事故発生時の対応方法

（１）サービス提供中に事故等があった場合は、速やかに関係機関（消防署・警察・病院）・家族・緊急連絡先へ連絡し、その後管理者への連絡を行います。



①事故発生時は、利用者の状況等を把握し速やかに関係機関等に連絡し利用者の状況を伝えます。
②関係機関等に連絡した際、応急処置等の支持を仰ぎ処置に努めます。
③利用者の家族・緊急連絡先への連絡をします。
④管理者へ連絡します。

（２）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本会で加入している損害保険会社の賠償責任保険でその損害を賠償します。
ただし、事業者の責任とならない場合は、賠償できないこともあります。

８．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、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

医療機関・主治医等	医療機関・診療所名			
	主治医氏名			
	連　絡　先	〒 TEL		
ご家族等氏名	氏　　名		続　柄	
	連　絡　先	〒 TEL　　/（携帯）		

９．守秘義務

当事業所の従業員は、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第三者に漏らしません。また、当事業所の従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるため、当事業所では予めその事項を従業員との雇用契約に盛り込んでおります。

但し、サービス担当者会議など利用者・家族の情報提供については、あらかじめ同意をお願い致します。

１０．非常災害対策

・防災時の対応　　非常災害が発生した場合は、消防計画に基づいて行動します。
・設 備 点 検　　年２回
・非 常 訓 練　　年１回（避難、救出、防火）
・防 火 責 任 者　　管理者　台丸谷　のり子

１１．虐待の防止について

ご利用者様等の人権の擁護・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）虐待を防止するための従業者に対する研修を定期的に実施します。
（２）対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
（３）利用者及びその家族からの苦情処理体制及び虐待防止のための指針の整備をします。
（４）その他虐待防止のために必要な措置をし、適切に実施するための担当者（責任者）を置きます。
（５）サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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ご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者　：　管 理 者　台丸谷　のり子

１２．身体拘束等の適正化の推進

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束は行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することを義務付ける。

１３．業務継続計画の策定等

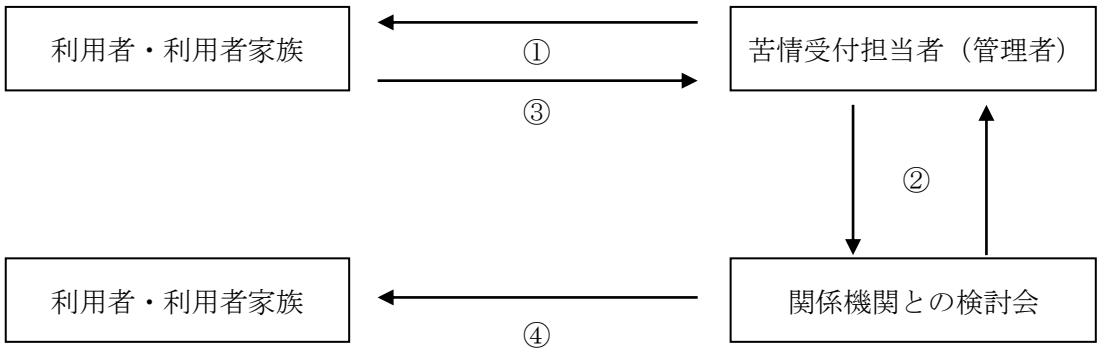
当事業所は、感染症や非常災害が発生した場合でも、業務を継続的に実施・再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に開催・見直しし、必要に応じて変更していきます。

１４．サービス内容に関する苦情（相談・要望）等の受付について

（１）当事業所における苦情（相談・要望）の受付及びサービス利用の相談窓口

苦情解決責任者：事務局長　長　内　信　行
苦情受付担当者：管 理 者　台丸谷　のり子
電　話　番　号：(0173) 46－2305
受　　付　　日:月曜日から金曜日(土･日曜日および 12 月 31 日から 1 月 3 日までを除く。)
受　付　時　間：午前 8 時から午後 5 時

円滑かつ迅速に苦情（相談・要望）処理を行うための処理体制・手順



①苦情受付担当者（管理者）が相手方と連絡をとり、直接訪問するなどして状況の把握に努めます。
②事業者が必要ありと判断した場合は、管理者を含め検討会を行います。
③検討の結果は、速やかに具体的な対応に努めます。
④記録を台帳に記録し、再発防止に努めます。

（２）その他
当事業所以外に、お住まいの市町村または下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

・つがる市役所　電話番号：（0173）42-2111
・青森県運営適正化委員会
　福祉サービス相談センター　電話番号：（017）731-3039
・青森県国民健康保険団体連合会　電話番号：（017）723-1301
・つがる市社会福祉協議会
　福祉サービス苦情解決第三者委員会　電話番号：（0173）42-4886

１５．衛生管理について
（１）指定通所介護の用に供する、施設設備及び食器その他備品等について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。
（２）指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。その他、「感染予防マニュアル」を作成し、感染予防に努めます。
（３）食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

１６．個人情報の利用
利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。また、的確な通所介護サービスを提供するために、介護支援専門員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、家族の状況などを把握するため、及びサービスの提供中に体調を崩されたり、ケガ等により病院へ行ったとき、医師等に説明する場合、必要最低限の個人情報を利用する場合がございます。そのため当事業所では、予め書面（個人情報利用同意書）による同意を得てから行います。当事業所が得た利用者の個人情報については、事業者のサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

１７．居宅介護支援事業所等との連携
（１）通所介護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
（２）サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、ご利用者様の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
（３）サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

１８．介護サービスの情報提供の開示について
利用者又はその家族からサービス提供記録の開示を求められた場合は、身分証明書等により本人又は家族であることを確認の上、提供した介護サービスの提供記録を開示いたします。

同　　意　　書

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。尚、重要事項説明を証するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、１通ずつ保有するものとします。

事業所　　青森県つがる市稲垣町豊川宮川４２番地３

つがる市社会福祉協議会

デイサービスセンターいながき

TEL　０１７３－４６－２３０５

管理者　　台丸谷　　のり子　　印

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重要事項説明を受け、サービスの提供開始に同意しします。

利用者　　住　所

氏　名　　印

電　話

（代理人等）　　住　所

氏　名　　印

続　柄

電　話

個人情報提供に関する同意書

私（及び家族）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
（１）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）現にサービスの提供を受けている場所で、体調などを崩し又はケガ等で病院へ行ったときに、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
（１）居宅サービス計画等に記載されている介護サービス事業所
（２）病院または診療所（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
（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洩れることのないよう細心の注意を払います。
（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の経過を記録します。

年　　月　　日

つがる市社会福祉協議会
デイサービスセンターいながき　管理者　殿

利用者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（家族）住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印