

デイサービスセンター「**なごみの郷**」

(介護保険事業所番号 0770103737)

重 要 事 項 説 明 書

社 会 福 祉 法 人 **なごみ**

デイサービスセンター「なごみの郷」

重要事項説明書

(令和4年10月1日現在)

1. 設置名 社会福祉法人 なごみ
2. 事業所名 デイサービスセンター なごみの郷
(通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス)
(介護保険事業所番号 0770103737)
3. 運営方針
(1) 事業の実施にあたっては、外出が困難な方々に地域住民またはその自発的な活動等との連携または協力を得て、地域との社会交流に努めるものとする。
(2) 当施設の介護職員等は、要介護者の特性をふまえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護、低栄養状態に対する栄養改善、その生活全般にわたる援助を行います。
(3) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービス提供に努めるものとします。
4. サービス内容
【1】 日常生活の援助
 利用時の見守り、援助を行います。
【2】 健康状態の確認
 看護師による利用時の様子観察、バイタルチェック等を行います。
【3】 送迎サービス
 車いすでも安心してお乗りいただける送迎車を準備しています。
【4】 入浴サービス
 身体状態に合わせた入浴が可能です。(特殊浴槽の利用も可能です)
【5】 食事サービス
 季節を取り入れた昼食を提供いたします。(アレルギー及び身体状況に合わせた提供も可能です)
【6】 機能訓練サービス
 理学療法士が居宅を訪問した上で作成した機能訓練計画に沿って、生活機能の維持、向上に資する効果的な支援を行います。
【7】 栄養改善サービス
 管理栄養士が常勤して居ります。栄養状態に不安のある方は相談できます。
【8】 趣味活動・レクリエーション
 複数のメニューから選んで頂く選択制で行います。
【9】 生活相談
 生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。

5. 利用料金

※2割・3割負担の方は1割割料金に2または3を乗じた金額となります。

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス費

要支援度	利用者負担額 (1割)	利用者負担額日割り (1割)
要支援1 事業対象者(週1回の利用)	1,672円	54円

要支援 2 事業対象者(週 2 回超の利用)	3, 4 2 8 円	1 1 1 円
---------------------------	------------	---------

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス費 加算

加算名称	1 日又は 1 回	1 割負担額	
運動機能向上加算	1 月あたり	2 2 5 円	
栄養アセスメント加算	1 月あたり	5 0 円	
栄養改善加算	1 回あたり	1 5 0 円	
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	1 回あたり	5 円	
生活向上グループ活動加算	1 月あたり	5 6 円	
若年性認知症利用者受入加算	1 月あたり	2 4 0 円	
科学的介護推進体制加算	1 月あたり	4 0 円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1 月あたり	事業対象者(1 回/W 利用) 要支援 1	8 8 円
		事業対象者(2 回/W 利用) 要支援 2	1 7 6 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 月あたり	事業対象者(1 回/W 利用) 要支援 1	7 2 円
		事業対象者(2 回/W 利用) 要支援 2	1 4 4 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 月あたり	事業対象者(1 回/W 利用) 要支援 1	2 4 円
		事業対象者(2 回/W 利用) 要支援 2	4 8 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1 回	月額算定した介護報酬総額の 5.9%	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1 回	月額算定した介護報酬総額の 1.2%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1 回	月額算定した介護報酬総額の 1.1%	

(3) 通所介護費(1 日あたり)

要介護度	利用者負担額(1 割) 7 時間以上 8 時間未満の場合
要介護 1	6 5 5 円
要介護 2	7 7 3 円
要介護 3	8 9 6 円
要介護 4	1, 0 1 8 円
要介護 5	1, 1 4 2 円

要介護度	利用者負担額(1 割) 6 時間以上 7 時間未満の場合
------	---------------------------------

要介護 1	5 8 1 円
要介護 2	6 8 6 円
要介護 3	7 9 2 円
要介護 4	8 9 7 円
要介護 5	1, 0 0 3 円

※ここに掲げる以外のサービス提供時間の場合は、別途説明し同意を得るものとします。

(4) 通所介護費 加算

加算名称	1 日又は 1 回	1 割負担額
入浴介助加算Ⅰ	1 日あたり	4 0 円
入浴介助加算Ⅱ	1 日あたり	5 5 円
栄養アセスメント加算	1 月あたり	5 0 円
栄養改善加算	1 回あたり	1 5 0 円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	1 回あたり	5 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	1 回あたり	5 6 円
個別機能訓練加算Ⅰロ	1 回あたり	8 5 円
個別機能訓練加算Ⅱ	1 月あたり	2 0 円
中重度者ケア体制加算	1 日あたり	4 5 円
認知症加算	1 日あたり	6 0 円
若年性認知症利用者受入加算	1 日あたり	1 2 0 円
A D L 維持等加算Ⅰ	1 月あたり	3 0 円
A D L 維持等加算Ⅱ	1 月あたり	6 0 円
A D L 維持等加算Ⅲ	1 月あたり	3 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1 日あたり	2 2 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 日あたり	1 8 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 日あたり	6 円
科学的介護推進体制加算	1 月あたり	4 0 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1 回	月額算定したサービス 利用料と加算の合計金 額の 5.9%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1 回	月額算定したサービス 利用料と加算の合計金 額の 1.2%
介護職員等ベースアップ等支援 加算	1 回	月額算定したサービス 利用料と加算の合計金 額の 1.1%

(3) 昼食費（おやつ代込み） 6 1 0 円

*嗜好による献立変更を希望される場合は、その実費を申し受けます。（1 品 3 0 0 円）

(4) その他の料金

- ① レクリエーション材料・行事等にかかる費用で、利用者にご負担いただくことが適当であるものにつきましては、その実費を申し受けます。

- ② 日用品は、ご持参いただくのを原則といたしますが、やむを得ず施設の物品を使用した場合は下記の実費を申し受けます。

・パット	(1枚あたり)	普通タイプ	28円	ワイドタイプ	67円
・リハビリパンツ	(1枚あたり)	Mサイズ	104円	Lサイズ	115円
・オムツ	(1枚あたり)	Mサイズ	115円	Lサイズ	127円

(5) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合は次に定めるキャンセル料をお支払いいただきます。なお、身体的に緊急やむを得ない理由の場合はこの限りではありません。

① 食費のキャンセル料

ご利用日前日17時以降のご連絡の場合・・・1日の昼食費

② サービス費のキャンセル料

ご利用日当日の8時30分以降のご連絡の場合・・・1日の通所利用料の50%の額

※ 上記以外でのキャンセルのご連絡は、全て無料。

(6) 支払い方法

* 金融機関口座からの自動引落し（金融機関により引落とし手数料が違います）

当施設で用意する手続きにて、各金融機関本支店より自動引落しが可能です。

毎月20日までに前月分の利用料請求書を送付致しますので、支払い期日前日（26日）までにご準備願います。

※介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、当該月の費用を全額お支払いいただきます。お支払いいただきますと、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を市町村の窓口へ提出しますと自己負担額（費用の1割から3割と食費）を除く金額が払い戻しされます（償還払い）。

6. 当施設の職員の構成

職員構成と職務（一部併設事業所の構成員も含みます）

職 名	職 務 内 容	人数
施設長	施設の職員および業務を管理します。	1名
事務長	施設の職員および業務の管理補佐をします。	1名
事業 管理者	事業所の職員および業務を管理します。 (特別養護老人ホーム施設長が兼務する)	1名
医 師	利用者の健康管理、療養上の指導を行います。	1名
生活 相談員	利用者の日常生活上の相談・援助等を行います。	1名以上
管理栄養 士 栄養士	利用者の栄養や身体の状態および嗜好を 考慮した献立の作成、調理指導を行います。	1名以上
事 務 員	会計、庶務等の事務処理を行います。	3名以上
看護職員	医師の指示を得て、利用者の 健康保持のための適切な措置をとります。	1名以上
機能訓練 指導員	医師の指示を得て、利用者の状況に応じて 機能訓練を行います。	1名
介護職員	上司の命を受け、利用者の生活全般の 介護、援助を行います。	5名以上

7. 利用定員 30名

8. 営業実施日及び時間

- | | |
|----------|-----------------|
| (1) 営業日 | 月曜日から土曜日（祝祭日含む） |
| (2) 営業時間 | 8時30分から17時30分 |

- (3) サービス提供時間 基本時間：9時15分～16時20分
9時～17時10分までの間で、利用希望者の心身状況等に応じて通所介護計画に位置付けます
- (4) 休業日 日曜日、年末年始（12月31日から1月3日まで）

9. 通常のサービス提供地域

福島市内全域

但し、利用者の健康を考慮し、送迎時間は概ね往復1時間の範囲を目安とします。

10. サービス内容に対する苦情の受付

- (1) 苦情は、面接、電話、手紙等により、苦情受付担当者が随時受け付けします。

苦情受付担当者 生活相談員

解決責任者 施設長 小林 康男

電話番号 024(573)8218

(受付時間 日祭日を除く 午前8時30分～午後5時30分)

また、当法人の第三者委員に直接苦情を申し出ることも出来ます。

第三者委員 羽田 トモ子

電話番号 024(545)5466

第三者委員 渡邊 直子

電話番号 024(545)3377

- (2) 苦情受付の報告と確認

苦情受付担当者が受付けた苦情は、苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。ただし、苦情を申し出た方が、第三者委員への報告を拒否した場合は、その限りではありません。第三者委員は、内容を確認し、苦情を申し出た方に対して報告を受けた旨を通知します。

- (3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情を申し出た方と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情を申し出た方は、第三者委員の助言や立会いを求めることが出来ます。なお、第三者委員立会いによる話し合いは、次により行います。

①第三者委員による苦情内容の確認

②第三者委員による解決案の調整および助言

③話し合いの結果や改善事項等の確認

- (4) 福島県運営適正化委員会の紹介

当事業者で解決できない苦情は、福島県運営適正化委員会に申し立てることが出来ます。

事務局 〒960-8141 福島市渡利字七社宮111

福島県総合社会福祉センター2階

電話番号 024(523)2943

11. 非常災害時の対応

当施設は、火災、地震、水害等の非常災害に関して具体的な対処計画を立て、それらの非常災害に備えて、定期的に避難・救出、その他の必要な訓練を行っています。

12. 緊急・事故時の対応方法

- (1) 緊急時対応

サービス提供中に利用者の心身の状況に異変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに家族及び主治医あるいは協力医療機関または救急隊へ連絡し、適切な措置を講じます。

協力医療機関

・医療法人社団敬愛会 福島西部病院

福島県福島市東中央三丁目15

電話番号 024 (533) 2121 (代)

・医療法人社団敬愛会 福島南循環器科病院
福島県福島市方木田字辻の内3-5
電話番号 024 (546) 1221 (代)

・社会福祉法人 恩賜財団済生会支部福島県済生会 済生会福島総合病院
福島県福島市大森字下原田25番地
電話番号 024 (544) 5171 (代)

・社会医療法人福島厚生会 福島第一病院
福島県福島市北沢又字成出
電話番号 024 (557) 5111 (代)

・ひがしはまクリニック
福島市東浜町10-16-1F
電話番号 024 (563) 1366

・くどう内科・糖尿病クリニック
福島市大森字館ノ内74-1
電話番号 024 (563) 1061

(2) 事故時対応

- ① 事故が発生した場合、利用者に対し応急措置、医療機関への搬送等の策を講じるとともに、すみやかに家族等および関係諸機関に事故の発生状況および今後の対応等について報告します。
- ② 施設は、サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
- ③ 施設は自己の責めに帰すべき理由がない限り、損害を賠償しません。とりわけ以下に示す場合には、その賠償責任を免れます。
 - ア) 利用者または代理人が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げずまたは不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
 - イ) 利用者または代理人が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対し、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
 - ウ) 利用者の急激な体調の変化や不慮の転倒・転落等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
 - エ) 利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合
 - オ) 利用者が、サービス提供日の送迎前及び送迎後に損害が発生した場合

13. その他の留意事項

(1) サービスの中止・変更

以下の事由に該当する場合、サービスを中止・変更していただく場合があります。(ご家族に連絡の上、適切に対応します)

- ① 風邪、病気等の場合は、サービスをお断りすることがございます。
- ② 当日のバイタルチェックの結果、利用継続が困難と判断した場合

(2) サービスの終了

以下の事由に該当する場合、サービスを終了していただく場合があります。

- ① 利用者または代理人がサービスの終了を希望した場合
- ② 利用者が介護保険施設に入所された場合
- ③ 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）及び事業対象確認においても非該当と認定された場合
- ④ その他、事業者が利用の継続が困難と判断した場合
- ⑤ 人員不足等などにより事業の継続が困難となった場合

(3) サービス提供日・提供時間の変更

事業所窓口でもお受け可能ですが、原則としてご担当の介護支援専門員にご相談下さい。

(4) 施設利用に当たっての留意事項

① 面会

利用中の面会制限は有りません。お気軽にお越しいただけます。

※感染防止対策によっては、一部制限させていただく場合があります

② 喫煙・飲酒

基本的に自由となっております。喫煙については所定の場所をお願いいたします。介護員がお預かりさせていただき、利用者のご希望により提供いたします。

③ 所持品の持ち込みについて

可燃物、刃物、劇薬指定物等、利用者の共同生活の場として不適切なものについての持ち込みは一切お断りいたします。

④ 施設、設備の使用上の注意

ア) 共用施設・敷地は、その本来の用途に従って利用してください。

イ) 故意に、また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、利用者の自己負担により現状に戻していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

ウ) 利用者に対するサービスの実施上及び安全衛生上や管理上の必要があると認められる場合は、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

エ) 当施設の他の利用者や職員に対し、迷惑を及ぼすような行為及び宗教活動、営利活動を行うことはできません。

(5) 利用者の身体的状況

老人性骨粗鬆症は、加齢とともにその発生率が増大し、ちょっとした動作や外力によって骨折を起こすことがあります。ご承知おきください。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

- (1) 実施の有無 実施無し

『デイサービスセンター なごみの郷』利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基
づいて重要な事項の説明をいたしました。

重要事項説明日

令和 年 月 日

<事業所>

所 在 地 福島県福島市太平寺字町ノ内 30
名 称 社会福祉法人なごみ デイサービスセンターなごみの郷
代表者名 施設長 小林 康男

説 明 者 職 名 生活相談員
氏 名

私は、契約書及び本書面により、デイサービスセンター なごみの郷 についての重要事項の説明
を受け、同意いたしました。

【利用者】

住 所

氏 名

【家 族】

住 所

氏 名

続 柄 ()