

「なごみの郷通所介護事業所」 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
[介護保険事業所番号 3470102835]

当事業所は、ご利用者様に対する指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上注意していただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方、及び広島市が行ういきいき対策支援事業に基づいた利用をされる方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について
7. サービス利用に関する留意事項
8. 事故発生時の対応
9. 人権の擁護及び虐待の防止のための措置
10. 協力医療機関について
11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 設立主体 | 社会福祉法人 正仁会 |
| (2) 代表者氏名 | 理事長 二宮正則 |
| (3) 設立年月日 | 平成12年8月1日(社会福祉法第32条による) |

2. 事業所の概要

事業所の目的	65歳以上の高齢者の方または、40歳～65歳未満で加齢による特定疾病により身体上または、精神上的の障害がある為に日常生活に支障がある方を対象として、身体的、精神的、社会的観点からのアプローチにより、在宅での生活に生き甲斐を持ち、生活レベルの向
--------	---

	上を図ることを目的としています。
事業主体法人 グループ理念	医療と介護の切れ目のない連携を第一と考え、地域社会に安心を提供し続けます。
事業所の運営方針	事業の目的と理念に基づき、また介護保険制度の趣旨に従い、個々のご利用者様に対して、在宅における生活の質の向上を目指すようサービスの提供を行っていく。
事業所の名称	なごみの郷通所介護事業所
事業所の所在地 電話番号	広島市安佐北区落合南町196-1 Tel (082) 841-1333 Fax (082) 841-1336
管理者	松林 克典
開設年月	平成14年5月15日
利用定員	10人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 広島市(安佐北区、安佐南区、東区)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	月曜日～土曜日 8:30～19:30
サービス提供時間	月曜日～土曜日 8:30～17:30 (相談の上、変則対応及び延長も可能です。)
年間の休日	日曜日、年始(1日～3日)

4. 職員の配置状況

〈主な職員の配置状況〉

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

管理者	1名
生活相談員	5名
介護職員	7名
機能訓練指導員	3名
管理栄養士	1名
歯科衛生士	1名

5. 事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービス(契約書第5条)

＜サービスの概要＞

サービスの種類	内 容
排 泄	・ ご利用者様の状況に合わせ、トイレ誘導または排泄介助を行います。
入浴・清拭	・ 入浴は一般浴（循環風呂）にて行います。 ・ 浴槽は、5～10人程度がゆったりと入れるだけの大浴槽があり、職員がご利用者様の身体状況に合わせて入浴器具を使用して身体の保清を行います。寝たきり状態等のため一般浴に入れられない方は、併設の“特別養護老人ホームなごみの郷”内にある特殊浴槽を使用した入浴も可能です。 ・ 原則として希望者は入浴可能ですが、医療的観点にて入浴不可の場合は清拭をします。
機能訓練	・ 機能訓練指導員による機能訓練をご利用者様の状況に合わせて行います。
健康チェック	・ 職員がバイタルチェック（血圧測定、脈拍測定、検温等）及び、健康状態の助言を行います。
介護相談	・ ご利用者様及び家族代表者からの相談に応じます。
送 迎	・ リフト付の送迎車等で自宅から事業所までの送迎を行います。ご利用者様の身体状況に合わせた車両を用意し、送迎を行います。

ご利用者様の該当区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（ご利用者様の該当区分に応じて異なります。）

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第６条、第７条）

以下のサービスは、ご利用者様の負担となります。

食事の提供（食費）

ご利用者様に提供する食事の費用です。

料金：１食あたり６００円

食 事	・ 管理栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者様の身体状況に配慮した食事を提供いたします。 ・ 食物アレルギーまたは病院から食事制限を受けている方は、それに配慮した食事内容または食事形態にします。参加時に必ずお申し出ください。 ・ 行事の際は、お弁当やバイキング等を用意しています
-----	--

※特別な食事及び食材を提供する場合、別途料金を負担していただくことがあります。

（３）「サービス利用料金（１回あたりの自己負担金）」（契約書第５条）

ご利用者様にお支払いいただく負担金は、次表のとおりです。

- ① この金額は、介護保険の利用料に基づく金額です。
- ② 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部制度上の支給限度額を超えた場合を含む。）には、全額自己負担となります。
（介護保険のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際

に居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者様の同意を得ることになります。)

③ 利用料金の一覧表は以下の通りです。(参考例)

【基本部分：認知症対応型通所介護費】

(5級地 1単位：10.55)

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費			
		基本単位	利用者負担金 (1割負担の方)	利用者負担金 (2割負担の方)	利用者負担金 (3割負担の方)
5時間以上 6時間未満	要介護1	771 単位	814 円	1,627 円	2,441 円
	要介護2	854 単位	901 円	1,802 円	2,703 円
	要介護3	936 単位	987 円	1,975 円	2,962 円
	要介護4	1016 単位	1,072 円	2,143 円	3,215 円
	要介護5	1099 単位	1,159 円	2,319 円	3,478 円
7時間以上 8時間未満	要介護1	894 単位	943 円	1,886 円	2,829 円
	要介護2	989 単位	1,043 円	2,086 円	3,130 円
	要介護3	1086 単位	1,146 円	2,292 円	3,437 円
	要介護4	1183 単位	1,248 円	2,496 円	3,744 円
	要介護5	1278 単位	1,348 円	2,696 円	4,044 円

※利用料の算定については、利用単位の合計に **10.55** を掛けた値が金額となります。

※実際の料金は算定の端数計算上、数円単位の誤差が生じる可能性があります。

※上記の基本利用料は厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本料金も自動的に改訂されます。その場合は事前に新しい基本料金を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類		加算の要件(概要)	加算額			
			単位数	利用者負担金 (1割負担の方)	利用者負担金 (2割負担の方)	利用者負担金 (3割負担の方)
個別機能訓練 加算(Ⅰ)	1日 につき	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合(1日につき)	27 単位	28 円	57 円	85 円
個別機能訓練 加算(Ⅱ)	1月 につき	(Ⅰ)を算定している利用者の個別機能訓練計画等の情報を厚生労働省に提出し、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。(Ⅰ・Ⅱは併算定可)	20 単位	22 円	43 円	64 円

入浴介助加算 (Ⅰ)	1 日 に つ き	入浴介助を適切に行うことができる人員 及び設備を有して入浴介助を行う。	40 単 位	43 円	85 円	127 円
入浴介助加算 (Ⅱ)		当該加算の算定要件を満たす場合 ※ⅠとⅡは併算定不可	55 単 位	58 円	116 円	174 円
生活機能向上 連携加算Ⅱ		当該加算の算定要件を満たす場合 (1月につき)	200 単 位	211 円	422 円	633 円
生活機能向上 連携加算Ⅱ2			100 単 位	106 円	211 円	317 円
ADL維持等加算 (Ⅰ)		当該加算の算定要件を満たす場合 (1月につき) ※(Ⅰ)・(Ⅱ)のどちらかを算定。	30 単 位	32 円	63 円	95 円
ADL維持等加算 (Ⅱ)			60 単 位	64 円	127 円	190 円
口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅰ) (1回につき)		利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算 を算定している場合に、口腔の健康状態と栄 養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を 利用者を担当する介護支援専門員に提供して いること。	20 単 位	22 円	43 円	64 円
口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅱ) (1回につき)		利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を 算定している場合に、口腔の健康状態と栄養 状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利 用者を担当する介護支援専門員に提供してい ること。	5 単 位	5 円	10 円	16 円
科学的介護推進 体制加算 (1月につき)		・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機 能、認知症の状況その他の利用者の心身の状 況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提 出していること。 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、 サービスの提供に当たって、上記の情報その 他サービスを適切かつ有効に提供するために 必要な情報を活用していること。	40 単 位	43 円	85 円	127 円
②感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生 じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平 均の利用者数よりも5%以上減少している場合。			基本報酬の3%を加算			
サービス提供 体制強化加算 Ⅰ	1 回 に つ き	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	22 単 位	24 円	47 円	70 円
サービス提供 体制強化加算 Ⅱ		介護福祉士50%以上	18 単 位	19 円	38 円	57 円
サービス提供 体制強化加算 Ⅲ		以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上30%以上	6 単 位	7 円	13 円	19 円

介護職員処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※加算Ⅰ～Ⅴのいずれか1つを算定する。	利用単位の18.1%
介護職員処遇改善加算Ⅱ		利用単位の17.4%
介護職員処遇改善加算Ⅲ		利用単位の15.0%
介護職員処遇改善加算Ⅳ	※当該加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます。	利用単位の12.2%

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件(概要)	減算額			
			利用者負担金 (1割負担の方)	利用者負担金 (2割負担の方)	利用者負担金 (3割負担の方)
送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との送迎を行わない場合 (片道につき)	47 単位	49 円	99 円	148 円
同一建物減算	同一建物居住又は同一建物から利用する方にサービスを行う場合(1日につき)	94 単位	99 円	198 円	297 円

R6.6.1現在

※ 利用料金の算定については、利用単位の合計に10.55を掛けた値が、合計金額となります。

※ 利用料金は算定の計算上、数円単位の誤差が生じる可能性があります。

※ 事業所が送迎を行わない場合は片道につき47単位、事業所と同一建物に居住する場合は一日につき94単位減算いたします。

注1) 栄養マネジメント、口腔機能向上のサービスを受けた場合に月2回で原則3ヶ月間算定します。

(4) 利用料金のお支払い方法(契約書7条)

- ・ 上記のサービス利用料と食費及びキャンセル料につきましては、口座振替にて徴収させていただきます。
- ・ 口座振替は、1日起算で月末の締めとして当月の代金が翌月26日に引き落とされます。
- ・ 26日が、金融機関の営業休日に当たる場合、引き落としは金融機関の翌営業日となります。

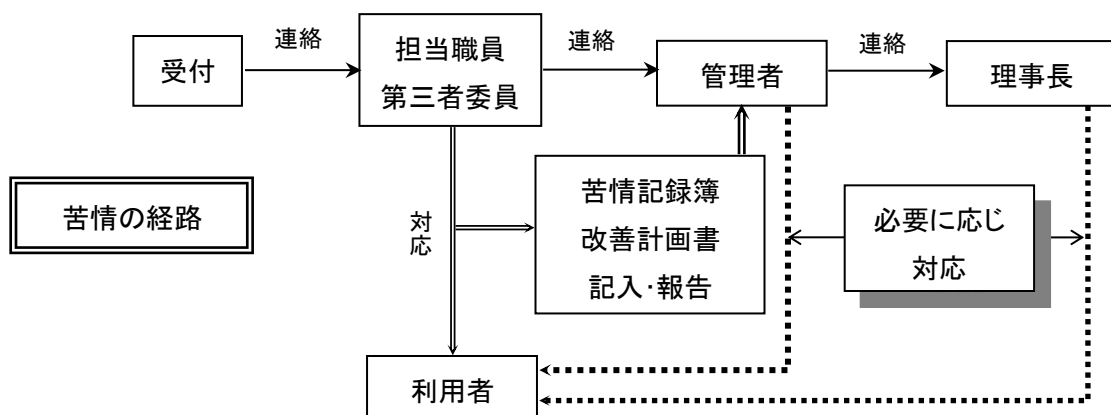
(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条）

- ・ 利用予定日の前に、ご利用者様の都合及び希望により、通所介護サービスの利用を中止、変更あるいは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所にお申し出てください。
- ・ 利用予定日の前日18:00までにお申し出がなく、それ以降に利用の中止を申し出された場合、キャンセル料として当日の食費を申し受けます。
- ・ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者様の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を提示して協議します。

6. 苦情の受付について

当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

受付窓口 担当者氏名：てらしま ひろゆき 寺島 宏之 連絡先 (082) 841-1333



(1) 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。また、施設内にある苦情受付箱への投稿によっても受付いたします。なお、第三者委員（当施設の理事・職員以外で、理事会にて選考された中立・公平性が確保された者二名）に直接申し出る事もできます。

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告いた

します。

第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決の為に話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次のとおり行ないます。

- ア、 第三者委員による苦情内容の確認
- イ、 第三者委員による解決案の調整、助言
- ウ、 話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) 都道府県運営適正化委員会の紹介

当施設で解決できない苦情は、広島県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。また、介護保険にかかわる事柄については広島市各区介護保険相談窓口及び広島県国民健康保険団体連合会も利用することができます。

【広島県社会福祉協議会連絡先】

- (住 所) 広島市南区比治山本町 12-2
- (電話番号) 082-254-3419
- (ファクシミリ) 082-250-5155

【広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護第二係連絡先】

- (住 所) 広島市中区東白島町 19-49 国保会館
- (電話番号) 082-554-0783
- (ファクシミリ) 082-511-9126

【広島市各区役所介護保険相談窓口】

7. サービス利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意(契約書第12条参照)

- ・ 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・ 故意にあるいは、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、ご利用者様の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場

合があります。

- ・ 当事業所の職員や他のご利用者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙は、所定の位置でお願いいたします。

(3) その他

- ・ サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、遠慮させていただきます。
- ・ 事業所内における、ご利用者様同士のトラブル防止の為、金品の授受を禁止させていただきます。なお、事業所外の金品授受についても事業所は一切関知いたしません。

(4) <サービス従業者への禁止行為

- ・ 契約者及び家族との信頼関係をもとに、安心、安全な環境で質の高いサービスを提供できるように以下の例のような行為は禁止させていただきます。

<サービス従業者への禁止行為例>

○暴力又は乱暴な言動

- ・ 物を投げつける、刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
- ・ 怒鳴る、奇声、大声を発する、誹謗中傷など

○セクシュアルハラスメント

- ・ 従業者の身体を触る、手を握る、腕を引っ張り抱きしめる
- ・ 性的な内容の発言（性的事実関係を尋ねる内容）、性的な嫌がらせ行為など

○モラルハラスメント（道徳的に問題となる言動、態度）

- ・ 従業者の容姿や身体的なことを軽蔑する言動や態度
- ・ 従業者に対しての嫌味や侮辱するような言動や態度
- ・ 故意に無視したり、無理な仕事、要望を押し付けたりする行為 など

○カスタマーハラスメント

- ・ 正当な理由なく解雇を求める
- ・ 理不尽な苦情、執拗な指摘、対面や電話等による従業者の執拗な時間拘束など

○その他行為

- ・ 従業者の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・ ストーカー行為
- ・ 従業者が恐怖を感じる行為など

8. 事故発生時の対応

当施設が行う介護福祉施設サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかにご利用者様の家族代表者、居宅介護支援事業所、市町村に連絡を行い、必要な措置を迅速に講じます。

9. 人権の擁護及び虐待の防止のための措置

事業所は、ご利用者様の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

- ・人権の擁護、虐待の防止等に関する責任者の選定及び必要な体制の整備
- ・成年後見制度の利用支援
- ・苦情解決体制の整備
- ・虐待の防止を啓発・普及するための従業員に対する研修の実施
- ・その他、ご利用者様の人権の擁護、虐待の防止等のため必要な措置

10. 協力医療機関について

なごみの郷通所介護事業所の協力医療機関は下記の通りとなります。

医療機関の名称	医療法人社団 恵正会 二宮内科
院長名	二宮 正則
所在地	広島県広島市安佐北区可部 5-14-16
電話番号	082-810-0188

- ・サービスの提供を行っているときに、ご利用者様の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医または協力医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じます。
- ・診療費は自己負担となります。

11. 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	
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	

私は、本書面に基づいて、乙の職員（氏名：_____ 印）から上記重要事項説明を受けたことを確認し、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

また、本契約を証するため、甲・乙は署名または記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲・乙各1通保有します。

令和 年 月 日

【ご利用者（甲）】住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

【家族代表者】住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

<事業所（乙）>

【事業所所在地】 〒739-1732
広島市安佐北区落合南町196番1
【法人名】 社会福祉法人 正仁会
【事業所名】 なごみの郷通所介護事業所
【代表者氏名】 施設長 松林 克典