

# 重 要 事 項 説 明 書

(総合事業において実施される旧来の介護予防通所介護相当のサービス)

株式会社 まもる  
**デイサービスセンター**このは

総合事業において実施される旧来の介護予防通所介護相当のサービス

重 要 事 項 説 明 書

1 通所型サービス事業者（法人）の概要

|         |                                                |
|---------|------------------------------------------------|
| 名称・法人種別 | 株式会社 まもる                                       |
| 代表者名    | 代表取締役 佐藤 守直                                    |
| 所在地・連絡先 | 住所）福島県郡山市喜久田町堀之内字櫛内 28-8<br>(電話) 090-2992-7488 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業番号

|         |                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名    | デイサービスセンターこのは                                                                       |
| 所在地・連絡先 | (住所) 福島県郡山市希望ヶ丘 14-3<br>市営希望ヶ丘住宅 1-5 棟店舗<br>(電話) 024-973-8015<br>(FAX) 024-973-8016 |
| 事業所番号   | 0790301279                                                                          |
| 管理者の氏名  | 吉田 絵里                                                                               |
| 1日の利用定員 | 10名                                                                                 |

(2) 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 常 勤 |    | 非常勤 |    | 職 務 の 内 容                  |
|---------|-----|----|-----|----|----------------------------|
|         | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務 |                            |
| 管理者     |     | 1  |     |    | センターの従業員の管理及び業務の管理         |
| 生活相談員   |     | 1  |     | 1  | 生活上の相談及び介護業務               |
| 介護職員    |     | 1  | 1   | 1  | 介護業務                       |
| 看護職員    |     |    | 1   |    | 介護及び介護業務<br>機能訓練指導員を兼務     |
| 機能訓練指導員 |     |    | 1   |    | 日常生活上必要な機能低下防止訓練<br>及び介護業務 |

(3) 事業の実施地域

|         |       |
|---------|-------|
| 事業の実施地域 | 郡山市全域 |
|---------|-------|

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・時間

|          |                                       |
|----------|---------------------------------------|
| 営 業 日    | 月・火・水・木・金                             |
| 営 業 時 間  | 8:30～17:30                            |
| サービス実施時間 | 9:25～16:30                            |
| 営業しない日   | 8月13日～8月15日<br>12月31日～1月3日<br>土曜日・日曜日 |

### 3 サービス内容及び利用料

#### (1) サービスの種類

##### ア 【サービスの内容】

| 種 類         | 内 容                                                                                                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事         | ・ ハッピーランチ様献立表により、栄養と利用者の状況に配慮したお弁当を提供します。                                                                                                                           |
| 入 浴         | ・ 個浴にて対応致します。                                                                                                                                                       |
| 排 泄         | ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                                                                                      |
| 機 能 訓 練     | ・ 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。<br><当施設の保有するリハビリ器具><br>・ 歩行補助具           ・ 可動域訓練機<br>・ 歩行器               ・ 階段昇降台<br>・ 車いす               ・ マッサージ機器 |
| 生 活 指 導     | ・ 利用者の生活面での指導・援助を行います。<br>・ 各種レクリエーションを実施します。                                                                                                                       |
| 健 康 チェ ッ ク  | ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。                                                                                                                                            |
| 相 談 及 び 援 助 | ・ 利用者とその家族からのご相談に応じます                                                                                                                                               |
| 送 迎         | ・ ご自宅から施設までの送迎を行います。<br>・ 送迎サービスの利用は任意です。                                                                                                                           |

##### イ 【費 用】

##### ○通所型サービス(1ヶ月の包括料金)

| 介護度／利用料金（負担割合 1 割）  |         |       |         |
|---------------------|---------|-------|---------|
| 事業対象者               | 1,798 円 |       |         |
| 要支援 1               | 1,798 円 | 要支援 2 | 3,621 円 |
| 送迎、入浴料金は基本料金に含まれます。 |         |       |         |

- ・ 上記合計額に当事業所では介護職員処遇改善加算Ⅱを算定させていただいております
- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

- ・ 介護保険負担割合証に記載してある負担割合によってお客様の介護保険利用料が2割または3割になることがあります。ご利用の際は介護保険負担割合証を確認させていただきます。
- ・ 当日御向かいに送迎で伺ってからのお休みは当日キャンセルと致します。通常介護料金を頂くこととなりますので、お休みの際は事前にお休みの連絡を頂きますようお願いいたします。

## (2) その他の費用

|      |                                                                                                                                                                                                                      |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食材料費 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事サービスを受ける方は、一律 800 円が必要となります。</li> <li>・ 受けない方はお茶代として1利用につき 200 円頂きます。(難しい場合はご相談ください)</li> <li>・</li> </ul>                                                                |
| おむつ代 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段ご自宅で使用されているおむつをご持参ください。</li> <li>・ 当事業所に用意されているおむつを使用する際には実費がかかります。</li> </ul> <p style="text-align: center;">尿取りパット    50 円      パンツ型      150 円<br/>テープ型      150 円</p> |
| その他  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 処置等に必要な衛生材料やトロミ剤等については実費がかかります。</li> <li>・ クラブ活動費 (毎月 500 円)</li> <li>・ 延長料金 1 時間未満 500 円<br/>2 時間未満 1000 円</li> <li>・ 通常実施地域外の送迎費 1 往×20 円</li> </ul>                      |

## (3) 利用料等のお支払方法

毎月、10 日前後に前月分の請求をいたします。

口座引き落としになりますので、毎月 27 日までに、各金融機関に入金をお願い致します。

手続きまで 60 日程度お時間を頂く場合がありますので、その際には、指定の口座にお振込みいただきます。

## 4 事業所の特色等

### (1) 事業の目的

当事業所において、介護予防通所介護相当サービス（以下「通所型サービス」という）の提供に当たる者（以下「従業者」という）が、要支援認定状態にある高齢者（以下「要支援者等」という）に対し、日常生活の維持・向上のため運動機能向上、口腔機能向上などを目的に、通所型サービスを提供する。

### (2) 運営方針

当事業所は、要支援者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう必要な日常生活の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

### (3) その他

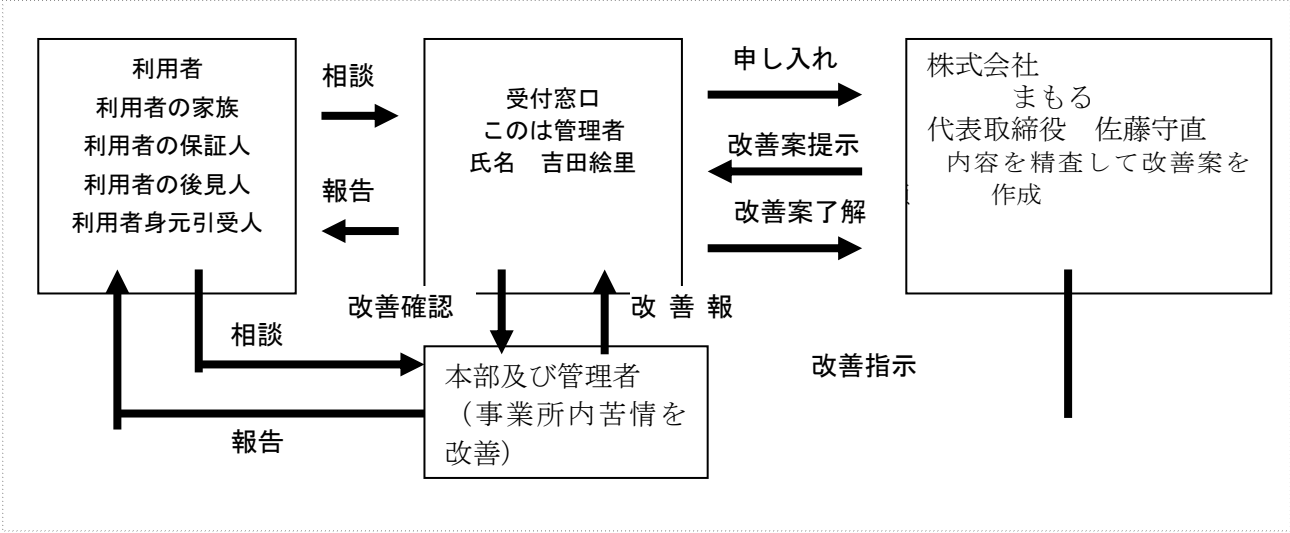
#### 第1号通所事業計画の作成及び事後評価

当事業所はお客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて第1号通所事業計画を作成いたします。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を次の第1号通所事業計画に反映します。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

|                   |       |                   |
|-------------------|-------|-------------------|
| 1・当事業所お客様相談<br>窓口 | 窓口担当者 | 吉田 絵里             |
|                   | 受付時間  | 8：30～17：30        |
|                   | 受付方法  | 電話（024-973-8015）  |
|                   |       | 携帯（080-3697-1333） |
|                   |       | 面談（当事業所相談室）       |

苦情処理体制（苦情処理の流れ）



(1) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び福島県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

|                  |              |
|------------------|--------------|
| ア 郡山市介護保険課       | 024-924-3021 |
| イ 福島県国民健康保険団体連合会 | 024-588-0048 |
| ウ 郡山市地域包括ケア推進課   | 024-924-3561 |
| エ 福島県運営適正化委員会    | 024-523-2943 |

6 虐待の防止のための取り組みについて

(1) 虐待防止に関する責任者は、以下の者を選定しています。

|               |      |
|---------------|------|
| (虐待防止に関する責任者) | 吉田絵里 |
|---------------|------|

(2) 虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的開催しています。

(3) 虐待等に関する利用者及びその家族からの虐待等に関する相談を対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

7 非常災害時の対策

|                |                             |     |           |     |
|----------------|-----------------------------|-----|-----------|-----|
| 非常時の対応         | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。      |     |           |     |
| 機能訓練及び<br>防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。 |     |           |     |
|                | 設備名称                        | 個数等 | 設備名称      | 個数等 |
|                | スプリンクラー                     | なし  | 防火扉・シャッター | あり  |
|                | 避難階段                        | なし  | 屋内消火栓     | あり  |

|       |                                     |     |         |    |
|-------|-------------------------------------|-----|---------|----|
|       | 自動火災報知機                             | あり  | ガス漏れ探知機 | あり |
|       | 誘導等                                 | 2箇所 |         |    |
|       | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。         |     |         |    |
| 消防計画等 | 郡山消防署への提出日：令和7年1月25日<br>防火管理者：佐藤 守直 |     |         |    |

#### 8 事故発生及び急変時の対応方法

- 利用者の変化を把握し、管理者、看護師に連絡すると共に指示を受ける。
- 救急車などで病院に搬送する。
- 管理者及び従事者は、病院外来に連絡し利用者の収容を依頼。また、主治医に状況を報告する。
- 家族又は後見人に連絡する。
- 管理者は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市町村及び利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センターに連絡を行うとともに必要な措置を講じる。
- 事故により損害が発生した場合は、速やかにその損害を賠償する。ただし、故意又は過失がない場合はこの限りではない。

#### 9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と地域包括支援センターが交付するサービス計画表及び利用票を提示して下さい。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 所持品は、自己の責任で管理してください。
- お金や貴重品はお持ちにならないでください。
- 他の利用者との金品のやり取りは行わないでください。

説明者は、利用者に対して、本書面に基づいて通所型サービスのサービス内容及び重要事項の説明をし、利用者及び家族（及び後見人及び代理人）は事業者から通所型サービスについての重要事項の説明を受けました。

令和            年            月            日

事業所所在地      福島県郡山市希望ヶ丘 14-3  
市営希望ヶ丘住宅 1 - 5 棟店舗  
名称                デイサービスセンターこのは  
説明者氏名                                  吉田絵里

利用者                                  住 所

氏 名

家族                                  住 所

後見人・代理人                      氏 名

（選任した場合）                  連絡先

## 《緊急連絡先》

|        |                |
|--------|----------------|
| 緊急連絡先① | (氏名) 様 (続柄)    |
|        | (TEL)          |
| 緊急連絡先② | (氏名) 様 (続柄)    |
|        | (TEL)          |
| 主治医    | (病院名)<br>(主治医) |
|        | (TEL)          |