

# 重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

## 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人ノマド福祉会
- (2) 法人本部所在地 北海道小樽市赤岩2丁目6番7
- (3) 電話番号 0134-31-2222
- (4) FAX番号 0134-31-2260
- (5) 代表者氏名 理事長 田尻 稲雄
- (6) 設立年月日 1996年3月27日

## 1 概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

- ・名称 デイサービスセンターはる
- ・住所 小樽市赤岩2丁目18-22
- ・介護保険指定番号 指定認知症対応型通所介護事業所 (0172000051号)
- ・サービス提供する対象地域  
小樽市内
- ・建物の構造  
鉄筋コンクリート造 3階建て
- ・通所定員  
12名
- ・開設年月日  
平成9年8月1日
- ・管理者氏名  
清水 裕美

### (2) 営業日及び営業時間

- ・営業日  
月曜日から金曜日とする。ただし、年末年始(12月30日から1月3日)を除く
- ・営業時間  
午前8時30分から午後5時30分までとする
- ・サービス提供時間  
午前9時30分から午後3時40分までとする

### (3) 職員体制

- ・管理者 1名  
管理者は、従業者の管理及び業務の実施状況の把握、その他管理を一元的に行う。
- ・生活相談員 サービス提供日ごとに1名以上  
生活相談員は、サービスの申し込みに係る調整、契約者、家族からの相談、居宅介護支援事業所や他の居宅サービス事業所等、関係機関との連絡調整の業務に当たる。
- ・介護職員 2名以上  
介護職員は、契約者の心身機能、ニーズに応じた介護、レクリエーション等に当たる。
- ・機能訓練指導員 1名以上  
機能訓練指導員は、契約者の日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。また、契約者及びその家族等からの希望に応じ、個別機能訓練計画を作成し、契約者の心身状況に応じた機能訓練を実施し、定期的な評価や計画の見直しを行うものとする。

#### (4) 当事業所の運営方針

従業者は、要介護又は要支援認定を受けた方、総合事業対象者の契約者が可能な限り在宅生活において、その有する能力に応じた自立生活を送れるように、事業所内の施設・設備を活用しながら、生活リハビリを取り入れた介護（入浴・食事等）、機能訓練・レクリエーションを提供します。  
全ての契約者について、通所介護計画を作成し、個別的就業自立支援を目指すケアを実践します。

## 2 サービス内容

### ① 日常生活上の介護

イ 食事

ロ 排泄

ハ 入浴（一般浴・特殊浴）

ニ その他必要な身体介護

※サービス提供時間内において、ご本人の身体状況に合わせて必要以上の過剰介護は行わない様、気を付けております。日常動作における転倒等事故のリスクもありますので、ご理解の程よろしく願い申しあげます。

### ② 機能訓練・レクリエーション

### ③ 送迎

### ④ 相談 事業所内に相談室を設置し、契約者からの相談に適切に対応する

### ⑤ 通所サービス計画の立案

## 3 料 金

### (1) 利用料金

|                               | 介護予防認知症対応型通所介護費（日額＋月額） |                |
|-------------------------------|------------------------|----------------|
| 要 介 護 度<br>サ ー ビ ス 単 位 数      | 要支援1<br>684 単位         | 要支援2<br>762 単位 |
| 入 浴 加 算 介 護 加 算 I             | 40 単位                  |                |
| 個 別 機 能 訓 練 加 算 （ I 1 ）       | 27 単位                  |                |
| サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 （ I ） | 22 単位                  |                |
| 科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算         | 40 単位（月額）              |                |
| 若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 け 入 れ 加 算 | 60 単位                  |                |
| 介 護 保 険 対 象 分 合 計             | 813 単位                 | 891 単位         |
| 自 己 負 担 額 （ 1 割 負 担 の 場 合 ）   | 813 円                  | 891 円          |
| 自 己 負 担 額 （ 2 割 負 担 の 場 合 ）   | 1,626 円                | 1,782 円        |

|                |                 |         |
|----------------|-----------------|---------|
| 自己負担額（3割負担の場合） | 2,439 円         | 2,673 円 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 上記単位数の合計 ×18.1% |         |

|                 | 認知症対応型通所介護費（日額+月額） |                |                |                  |                  |
|-----------------|--------------------|----------------|----------------|------------------|------------------|
| 要介護度<br>サービス単位数 | 要介護1<br>790 単位     | 要介護2<br>876 単位 | 要介護3<br>960 単位 | 要介護4<br>1,042 単位 | 要介護5<br>1,127 単位 |
| 入浴加算 介助加算Ⅰ      | 40 単位              |                |                |                  |                  |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ1）    | 27 単位              |                |                |                  |                  |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22 単位              |                |                |                  |                  |
| 科学的介護推進体制加算     | 40 単位（月額）          |                |                |                  |                  |
| 若年性認知症利用者受け入れ加算 | 60 単位              |                |                |                  |                  |
| 介護保険対象分合計       | 919 単位             | 1,005 単位       | 1,089 単位       | 1,171 単位         | 1,256 単位         |
| 自己負担額（1割負担の場合）  | 919 円              | 1,005 円        | 1,089 円        | 1,171 円          | 1,256 円          |
| 自己負担額（2割負担の場合）  | 1,838 円            | 2,010 円        | 2,178 円        | 2,342 円          | 2,512 円          |
| 自己負担額（3割負担の場合）  | 2,757 円            | 3,015 円        | 3,267 円        | 3,513 円          | 3,768 円          |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）  | 上記単位数の合計 ×18.1%    |                |                |                  |                  |

本料金表では、サービス提供時間「6時間以上7時間未満」により計算しています。

小樽市内の通所介護事業所については、1単位＝10円として計算します。

- ・「入浴介助加算Ⅰ」については、当施設では、入浴時に必ず職員を介助及び安全確認のために、脱衣室・浴室に配置しておりますので、入浴サービスをご利用になる全ての契約者が対象となります（一般浴槽・特殊浴槽ともに同額となります）。
- ・「個別機能訓練加算Ⅰ1」については、生活機能の維持・向上を図り、居宅において可能な限り自立した生活が続ける事を目的としています。個別または目標を持つ小集団で機能訓練指導員が直接行う事となっています。実施においては、契約者・ご家族等の同意をいただき、個別機能訓練計画に基づいて行った場合に算定されます。
- ・「サービス提供体制強化加算Ⅰ」については、介護福祉士の資格保有者が一定割合満割合満たされているため、サービス提供に対して加算がかかることになり、全ての契約者が対象となります。
- ・「科学的介護推進体制加算」については、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的として、科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提供とフィードバック情報の活用によりケアの向上を図ります。
- ・「若年性認知症利用者受け入れ加算」については、若年性認知症（40歳以上65歳未満の認知症の方）に対し、疾患の特徴やニーズに応じた個別のプログラムやレクリエーションを実施するなどのサービス提供を目的とします。
- ・「介護職員処遇改善加算Ⅰ」については、職員の処遇改善を目的にして、平成27年4月から各種加算を加えた合計額（食事代金は除く）に10.4%相当の加算が加わります。
- ・「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ」については、職員の処遇改善を目的にして、令和1年10月から各種加算を加えた合計額（食事代金は除く）に3.1%相当の加算が加わります。
- ・「介護職員等ベースアップ支援等加算」については、職員の処遇改善を目的にして、令和4年10月から各種加算を加えた合計額（食事代金は除く）に2.3%相当の加算が加わります。
- ・住民税非課税世帯のご利用者様で、収入・財産等の要件に該当するご利用者様については、利用料金が減額となる場合があります。手続き等については、担当のケアマネジャーにご相談下さい。
- ・本料金表は、1回あたりの利用料金を表していますが、利用回数によっては端数処理のために、若干の違いがでる場合があります。

その他（介護保険外費用）

- |                                     |    |            |
|-------------------------------------|----|------------|
| ① 昼食代                               | 1食 | 730円       |
| ② 紙おむつ代                             |    |            |
| イ パッドタイプ                            |    | 30円        |
| ロ テープタイプ                            |    | 110円       |
| ハ パンツタイプ                            |    | 140円       |
| ③ クラブ活動費                            | 実費 | 1回50円～500円 |
| 書道クラブ、レジン、紙創作クラブ、フラワーアレンジメント、さをり織り等 |    |            |
| ④ 通常の事業実施地域外への送迎に要する費用              |    |            |
| ・片道概ね10*未満 300円                     |    |            |
| ・片道概ね10*以上 600円                     |    |            |
| ⑤ コピー代、写真代                          | 実費 |            |
| ⑥ 延長料金（ご家族の都合により1時間を超えてサービスを提供する場合  |    |            |
| 最初の1時間まで1,500円                      |    |            |
| 以降30分毎に800円                         |    |            |
- ※上記の他、外出レクリエーション活動等にかかる費用は自己負担となります。

（2）支払方法

お支払い方法は、銀行振込、口座引き落としの2通りの中からご契約の際にお選びください。

利用料金は、毎月末に1ヶ月分を計算し、翌月10日過ぎに請求書を発行いたします。その後、郵便局、銀行ともに27日に引き落としとなります。

なお、郵便局の引き落としをご希望される場合は手数料10円、郵便局以外での引き落としをご希望される場合は、手数料165円をご負担いただきます。取り扱い金融機関等、詳細につきましては、別途ご案内いたします。

4 緊急時及び事故発生時における対応方法

- ・サービスの提供中に契約者の病状の急変、その他緊急事態が発生したときは、速やかに主治医、家族、協力医療機関等に対し、適切な対応を行うとともに、管理責任者に報告するものとする。
- ・事業者は、事故が発生した場合には、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じるものとする。
- ・居宅介護支援事業所への連絡を行います
- ・緊急性の高い怪我や病状の際には救急車での緊急搬送になります。

5 非常災害対策

事業者は、非常災害（火災、風水害、地震等をいう。）に対する具体的な対策計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定めておくとともに、非常災害に備えるため定期的に避難・救出訓練を行います。感染症や非常災害の発生時において、利用者に対しサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るため、業務継続計画の策定を行います。業務継続計画は、従業員に周知し、定期的に研修及び訓練を行います。

6 身体拘束及び虐待防止

事業者は、身体拘束を基本的に行わないものとします。事業者は、契約者又は他利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合に限り身体拘束を行います。やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体拘束廃止委員会にて協議の上、決定することとします。事業者は身体拘束廃止委員会で協議した内容や拘束時期

等を、契約者又は家族に対し説明し、同意を得るものとします。

事業者は、高齢者の人権を擁護、虐待防止のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修を実施するものとします。

- 1 虐待防止に関する責任者は、管理者とします。
- 2 事業所内での虐待防止と早期発見、または虐待防止の啓発活動と相談にあたる為に、虐待防止委員会を定期的に開催します。
- 3 事業所内での虐待防止に関する研修を年1回以上開催し、虐待防止の意識を職員間で醸成していきます。
- 4 法人内の虐待防止委員会を毎月1回開催し、虐待の芽となる不適切ケアを事前に摘み取れるよう、日々のケアを振り返る機会を設けます。
- 5 虐待（疑い）を発見した者からの通報があった時は、情報収集を行い、早急に実態調査して虐待の解決に努めます。

## 7 ハラスメント対策について

事業所は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業員が働きやすい環境づくりを目指します。利用者またはその家族が事業所の従業員に対して次のようなハラスメント行為を行ったことが確認された場合は、改善を求め、それでも解消されない場合は契約書の規定に基づき、契約を解除する場合があります。

### 1 身体的暴力

叩く、蹴る、手をはらいのける、物をなげつける 等

### 2 精神的暴力

罵倒や威嚇、脅迫、無視、理不尽な要求を繰り返す、威圧的な態度をとる、命令の乱用、長時間の叱責 等

### 3 セクシュアルハラスメント

必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、性的・卑猥な言動をする 等

### 4 その他

従業員への誹謗中傷、人格を否定する発言、合理的な理由のない長時間の拘束や謝罪の要求、社会的理念上相当程度を超えるサービス提供の要求 等

## 8 苦情処理

- ・事業者は契約者等から苦情の申し出が、行いやすい環境を整えるため、事業所に苦情受付担当者、苦情解決責任者及び複数の苦情処理第三者委員を設置するものとする。
- ・事業所の管理者は、前項について契約者等への周知を図るため、必要な事項を事業所内の目に付きやすい場所に掲示するものとする。

|             |         |                                                          |
|-------------|---------|----------------------------------------------------------|
| 契約者<br>相談窓口 | ご利用時間   | 月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分<br>(定休日 土曜日 日曜日・年末年始(12月30日～1月3日)) |
|             | ご利用方法   | 電話 31-2271                                               |
|             | 場所      | デイサービスセンターはる                                             |
|             | 苦情受付責任者 | : 管理者 清水 裕美                                              |
|             | 苦情受付担当者 | : 生活相談員 山内 慈大                                            |
|             | 第三者委員   | : 金井 栄子 0134-25-8296                                     |
|             | 第三者委員   | : 藤原 富子 0134-34-1821                                     |
|             | 第三者委員   | : 鈴木 詞子 0134-32-8748                                     |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 行政機関<br>その他<br>苦情受付機関 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・小樽市役所 福祉介護保険担当課<br/>小樽市花園2丁目12番1号 0134-32-4111</li> <li>・国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課苦情処理係<br/>札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 011-231-5161</li> <li>・北海道福祉サービス運営適正化委員会<br/>札幌市中央区北2条西7丁目かでの2・7 3階 011-204-6310</li> </ul> |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 9 秘密保持

- ・事業者は、正当な理由なく業務上知り得た契約者又はその家族に関する事項を第三者に漏らすことはしません。
- ・事業者が退職後も、在職中知り得た契約者又はその家族に関する事項を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- ・事業所では、居宅介護支援事業者との連絡調整等で、契約者又は家族の個人情報を提供するときは、予め同意を得るものとします。

## 10 賠償責任

事業所はサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した時は、その被害を賠償します。  
但しご契約者に故意又は過失が認められる場合は事業所ですべての責任を負えない場合もあります。

### 11 契約締結から、サービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画書（ケアプラン）」の内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画」に定めます。

### 12 通所介護サービス利用の休止

通所介護サービスの利用を一時休止した場合、再開の希望があってもすぐに利用再開できない場合があります。

### 13 利用者からの頂き物に関する取り扱いについて

利用者又はご家族からの飲食・物品・金銭の授受は当法人の就業規則の職員禁止行為にあたりますことから、ご遠慮させていただきます。

サービス利用中における利用者間での飲食・物品・金銭等の授受もご遠慮して頂いております。

### 14 第三者評価の実施状況

|          |      |           |                |
|----------|------|-----------|----------------|
| 第三者評価の実施 | 1 あり | 実 施 日     |                |
|          |      | 実施機関名称    |                |
|          |      | 実 施 の 開 示 | 1 あり      2 なし |
|          | 2 なし |           |                |