

通所介護なごみ重要事項説明書

1 事業の目的

指定通所介護および介護予防通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員および管理運営に関する事項を定め、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所介護サービス（以下、通所介護といいます）を提供することを目的とします。

2 運営の方針

職員は、要介護状態または要支援状態の心身の特徴を踏まえて利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。

事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3 通所介護 なごみ の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名所	通所介護 なごみ
所在地	岩手県北上市黒沢尻4丁目8番20号
介護保険指定番号	通所介護：0370601502
サービスを提供する対象地域	北上市（旧北上市）

上記地域以外の方でもご相談ください。

(2) 同施設の職員体制 令和 年 月 日 現在

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	名	名	管理（兼務）	名
生活相談員	介護支援専門員	名	名	相談・介護	名
機能訓練指導員	看護師	名	名	機能訓練 （看護と兼務）	名
	准看護師	名	名		名
事務員	介護福祉士	名	名	事務・介護	名
介護 看護 職員	看護師	名	名	看護・介護	名
	准看護師	名	名	看護・介護	名
	介護福祉士	名	名	介護	名
	介護実務者研修	名	名	介護	名

	介護初任者	名	名	介護	名
		名	名		名
			名		名

(3) 利用定員・営業時間

	通所介護
利用定員	月～金 (19名)
休業日	土、日、お盆、年末年始
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

(4) 同施設の設備概要

食堂兼活動室	61.04 m ²	相談室	1室
浴室	個浴2 器械浴1	静養ベッド	3床
		送迎車	2台

4 サービス内容

サービス開始前に利用者の方やご家族、ケアマネジャー等とよく話し合い内容を決定します。

「ケアの三原則（自己決定・能力の活用・生活の継続性）」を守り、利用者の自立した生活に向け援助します。

- ① 送迎：送迎を必要とする利用者に対し、送迎サービス、移動、移乗介助等を行います。送迎エリア外の利用者はご相談ください。
- ② 食事：管理栄養士が作成する献立を調理し、口腔機能に合わせた食事形態で提供します。治療食はご相談下さい。
- ③ 入浴：利用者の状態に合わせて介助浴、器械浴を提供します。
- ④ 排泄：利用者の状態に合わせてトイレ介助、オムツ交換等の援助を行います。
- ⑤ 口腔機能向上：歯科衛生士等が口腔機能向上計画書を作成し、それに基づきサービスを提供します。
- ⑥ アクティビティ・レクリエーション：利用者の希望に添って諸活動を行います。
- ⑦ 生活相談：利用者およびその家族の日常生活における介護、環境整備、手続等に関する相談、助言を行います。

5 利用料金

(1) 利用料

<通所介護>

利用料は給付費の1割又は2割及び3割で、下記のとおりです。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

料金種別	項目	料金単価 1割負担	料金単価 2割負担
基本料金	要介護1	658 円/日	1,316 円/日
	要介護2	777 円/日	1,554 円/日
	要介護3	900 円/日	1,800 円/日
	要介護4	1,023 円/日	2,046 円/日
	要介護5	1,148 円/日	2,296 円/日
加算料金	口腔機能向上加算	150 円/回	実施した場合・月2回まで
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5 単位/回	実施した場合・6ヶ月に1回
	入浴加算	40 円/日	入浴した場合
	昼食代	700 円/1食	おやつ代含
	消耗品等	-----	オムツ等消耗品は実費
	レクリエーション費	-----	作品や行事により異なります
		処遇改善加算、特定処遇改善加算、ベースアップ等支援加算、	
その他	① 本利用料はサービス提供時間が7時間以上8時間未満の場合です。 ② 送迎料金は基本料金に含まれます。(実施地域以外の送迎料金は除く。) ③ 行事参加費、おむつ代、活動材料費は別途自己負担となります。 ④ サービス提供体制加算は職員の資格や経験年数に応じた加算項目です。		

※ 介護職員処遇改善加算等は、支給限度額管理の対象外の算定項目

(2) 食事キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をいただく場合があります。

- ① ご利用日の前日午後4時までにご連絡いただいた場合：無 料
 ② ①以外の場合 : 700 円

なお、ご利用者が入院等特別な状態になった場合は、当日のキャンセルであっても料金の請求はいたしません。

(3) 交通費

前記3の(1)の「サービス提供地域」にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、職員がお伺いするための交通費2,100円を請求する場合があります。

(4) 料金に関する補足事項

料金のお支払方法は、月末締め請求、翌月末日迄に支払いお願いします。

6 サービスの申込方法

すでに契約している居宅介護支援事業所のケアマネジャーがいる場合は、当事業所と契約をする前にケアマネジャーにご相談ください。ケアマネジャーがいない場合は、直接お電話等でご相談ください。生活相談員がお伺い致します。

サービス提供が決まりましたら、契約を結び、通所介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

利用内容の変更や終了についても同様にご相談下さい。

7 当センターの通所介護の特徴等

(1) サービス提供の方針

事業の実施にあつては、利用者の意思および人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また、利用者のもっている能力に応じた、自立した生活ができるように援助します。当事業所の持つ様々な機能を生かして、利用者の生活を援助します。職員を対象にした研修会、学習会等を実施し、サービスの向上に努めます。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

- ① 送迎時間につきましては、あらかじめ利用者の方と相談し連絡いたします。行事等を実施する時は通常送迎時間と異なる場合がありますのでご注意ください。
- ② 食事のみのキャンセルはあらかじめご相談ください。
- ③ ケアプラン等に基づいた時間でのご利用になりますが、変更を希望される方は、ご相談ください。

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、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

9 非常災害対策

- ① 防災時には消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ② 防火管理者を選任するとともに、消火設備、非常放送設備等、必要な設備を常に良好に保ちます。
- ③ 消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員および利用者が参加する消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

10 守秘義務への対応

事業者およびサービス従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者および家族等に関する個人情報を、利用者の地域での生活支援、相談援助等の目的のために使用します。また、利用者および家族等に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らすことはしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

11 サービスについての意見・要望・苦情等

(1) 通所介護なごみの窓口

電話 0197-61-5103 FAX 0197-61-5102

受付時間は午前 9 時から午後 4 時（月曜日～金曜日）

担当：法人代表者

そのほか、通所介護なごみ運営懇談会が設置されております。

電話 0197-61-5100 FAX 0197-61-5102

(2) 市区町村の相談・苦情窓口

北上市保健福祉部 長寿介護課

電話 0197-72-8221

(3) 岩手県の相談窓口

岩手県国民健康保険団体連合会 介護保険分室 電話 019-604-6700

12 緊急時及び事故発生時の連絡先

(1) 家族の連絡先

氏 名 _____ (続柄)

住 所 _____

電話番号 _____

(2) 主治医

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

(3) 担当ケアマネ事業所及び担当者氏名

事業者及び担当者名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

13 法人の概要

法人名称 合同会社 中里
代表者 佐藤 リナ子
法人住所 岩手県北上市黒沢尻 4 丁目 8 番 20 号
電話番号 0197-61-5100
法人設立 平成 26 年 12 月 1 日

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、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を説明しました。

事業者

所在地 岩手県北上市黒沢尻 4 丁目 8 番 20 号
名称 合同会社 中里

事業所

所在地 岩手県北上市黒沢尻 4 丁目 8 番 20 号
事業所 通所介護 なごみ
事業所番号 037060 1502
管理者 佐藤 文明 ㊞

説明者名 _____ ㊞

同意書

令和 年 月 日

私は、契約書および本書面により、事業所から通所介護について重要事項の説明を受け同意しました。

利用者名 _____ ㊞

代理人名 _____ ㊞