

## サービスのご紹介（重要事項説明書）

### 1. サービスの目的

当施設は介護保険制度を利用される方を対象に、様々な障害を抱えながらも住み慣れたご自宅や社会でのその人らしく生活できるような自立支援を目指します。

### 2. ケアサービスの基準

- （1） 私たちのケアは、利用者（以下 ゲストと表現します）の状態を考慮して「安全」「安楽」な方法で、また、ご家族の希望を踏まえて行います。
- （2） ケアに対する姿勢は、いつでもゲストが主役です。私たちはゲストの持つ力を最大限に引き出せるよう努めます。それは、やれないことを代わりにやってさしあげるといよりも、ご自分でできるような仕向けていくサポートです。
- （3） 気の里の1日が、趣味を助長し、友人の輪を広げ生活に潤いももたらすような関わりを目指します。そのためにも、ゲストをとりまくご家族や他のライフサポーターと連携を図ります。
- （4） 私たちは、ゲストとご家族が健やかな生活を送られるよう心を配ります。
- （5） ケアに際し、ゲストの尊厳を重視いたします。私達はゲストの身体拘束や精神的虐待は致しません。

### 3. デイサービスの担当者

管 理 者 杉浦 誠

サービス調整者 竹腰 智子、小出 貴子

### 4. ナーシングホーム気の里の概要

#### （1） 指定状況とサービス提供地域

サービスの種類	通所介護・介護予防通所サービス
介護保険指定番号	2372001095
事業所規模	通常規模型
定員	40名
サービス提供地域	豊橋市全域 湖西市 上記以外の場合もご相談ください ※サービス提供地域を越えた地点から1km毎に100円加算があります

#### （2） 所在地

愛知県豊橋市雲谷町字上ノ山 117 番地の 1

電話：0532-65-7111（代表） 0532-65-7118（直通）

FAX：0532-65-7122

#### （3） サービス提供日

月曜日から土曜日（年末年始を除く）

#### （4） サービス提供時間

9：30～16：30

#### （5） 送迎の予定時間

複数のゲストが対象になりますので、時間のずれがあります。ご了承ください。

朝：午前9時前後

夕：午後5時前後

5. ご利用料金

(1) 介護報酬自己負担と実費負担金

介護給付通所介護費

【単位：円/日】

介護度	基本料金		加算内容	料金	
	1割負担額	2割負担額		1割負担額	2割負担額
要介護1	667	1,334	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	77	154
			サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	36
			認知症加算	60	121
要介護2	787	1,575	中重度ケア体制加算	45	91
			入浴介助加算(Ⅰ)	40	80
要介護3	912	1,825	若年性認知症利用者受入加算	60	121
			栄養改善加算(月2回まで)	202/回	404/回
要介護4	1,037	2,074	栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	10
			口腔機能向上加算(Ⅰ)(月2回まで)	152/回	304/回
要介護5	1,164	2,328	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	自己負担分合計の11.1%相当額	自己負担分合計の11.1%相当額
			送迎減算	△47(片道)	△95(片道)

介護予防通所介護費

【単位：円/月】

介護度	基本料金		加算内容		料金	
	1割負担額	2割負担額			1割負担額	2割負担額
要支援1	1,823	3,646	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	支援1	73	146
				支援2	146	292
			生活機能向上グループ活動加算	101	202	
			栄養改善加算(月2回まで)	202	404	
要支援2	3,671	7,343	栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	10	
			口腔機能向上加算Ⅰ(月2回まで)	152	304	
			若年性認知症利用者受入加算	243	486	
			選択的サービス複数実施加算Ⅰ	486	973	
			介護職員等処遇改善加算Ⅰ	自己負担分合計の11.1%相当額	自己負担分合計の11.1%相当額	

※上記金額は、介護報酬単位数に豊橋市(7級地)の地域単価 10.14 円を乗じたうちの自己負担額分です。実際には、一月の利用合計単位数に 10.14 円を乗じますので、請求額に多少の差額が発生します。

※介護福祉士資格保有者の割合により、サービス提供体制強化加算はⅠ、またはⅡへ変更となる場合があります。

※「認知症加算」は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が 15%以上の場合にいただきます。

※「中重度ケア体制加算」は、要介護3以上の利用者の占める割合が30%以上の場合にいただきます。

実費負担分

【単位：円/日】

実 費 負 担 分	
食 費 (おやつ代含む)	8 1 5
日用品費 (おしぼり等)	1 0 2
レクリエーション費 (画用紙・半紙等)	1 5 3
パット代	1 0 2
リハパン代	1 5 3
嚥下訓練食加算	1 0 2

(2) その他実費負担金について

- ①フラワーアレンジメントの花代は、毎月の利用料請求にて引き落としになります。
- ②サービス提供時間外のサービスをご希望の方は、1時間につき1,000円のご負担になります。

(3) ご請求とお支払の方法

当月の利用料金は翌月の10日頃までに明細書とともに郵送もしくは、ゲストに直接お渡ししますのでご確認ください。お支払いは、口座引き落とし、振込みまたは事務窓口での現金払いでお支払ください。(振込先は請求書に記載してあります。振込手数料につきましては、お客様のご負担となりますので、ご了承下さい。)

6. ご利用にあたって

(1) 事故発生時の対応

ご利用中に事故が発生した場合は、速やかに必要な処置を講ずるとともにご家族の方、担当ケアマネージャー、東三河広域連合および関係市町村へご連絡します。この際、入院、通院が必要になった場合はご家族や身元引受人のご協力をお願いします。

(2) 秘密保持

ご利用に際し、知り得たゲスト並びにご家族の情報は了解なく他人に漏らすことはありませんのでご安心下さい。

また、介護サービスが適切に受けられるよう情報提供にご協力いただくこともあります。

このような場合は事前に文書でご了解いただきます。

(3) ご利用に際し、別紙診断書を添付してください。診断書は、ご自分の健康状態を把握するとともに他のゲストへの感染予防などに必要です。利用されてからも年一回の検診をお願いしたいと思います。よろしくご協力ください。

(4) 被保険者資格証を喪失したり、要介護区分の変更があったり、現在お持ちの被保険者証の記載内容に変更があったりするなどの場合は、必ず担当のケアマネージャーにご連絡ください。

(5) 金品や貴重品のお持込は盗難の危険もございますので必要最小限にお願いします。

(6) 災害が発生した場合は、職員がゲストの安全を確保致しますが、その後速やかな退所にご協力ください。

## 7. 看護、介護実習への協力

当所では、大学、大学院等の実習生、研修生を受け入れ、看護、介護の充実した社会の実現に貢献させて頂いております。ゲスト、ご家族にも、趣旨をご理解頂きまして、ご協力をお願い致します。

## 8. その他

(1) 施設の運営内容など変更する場合は、あらかじめご説明申し上げ、ご理解いただきつつ進めたいと思います。

(2) 以上に定めていない事項は、介護保険その他の関係法令に従い誠実にお話したいと思います。

(3) 第三者評価の実施は行っていません。

### ★サービス内容に関する相談や苦情窓口がございます

いつでもお気軽にご相談ください

相談コーナー 電話 0532-65-7118

担当 竹腰 智子、小出 貴子

事務所カウンター横に投書箱が設置してあります。

上記以外にも市町村や国民健康連合会に苦情や相談窓口があります

東三河広域連合 介護保険課 事業グループ 電話 0532-26-8471

愛知県国民健康保険連合会 電話 052-971-4165

湖西市長寿介護課担当窓口 電話 053-576-1212

静岡県国民健康保険団体連合会 電話 054-253-5590

以上、御説明申し上げます。

令和 年 月 日

事業所名 ナーシングホーム気の里

説明者 氏 名 印

説明を受け、了解しました

利用者 住 所  
氏 名 印

家 族 住 所  
氏 名 印 続柄 ( )

代理人 住 所  
氏 名 印 続柄 ( )