

令和 6 年 7 月改定

通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第 1 号事業サービス  
通所型サービス現行サービス型

## 重 要 事 項 説 明 書

株式会社 ナチュラル

通所なちゅらる

## 通所なちゅらる（通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号事業サービス通所型サービス）重要事項説明書

お客様に対するサービスの提供にあたり、介護保険に関する厚労省令37号105条準用（第8条）に基づいて、通所なちゅらるがお客様に説明すべき重要な事項は次のとおりです。

### 1 事業所の概要

|        |                                                                                                      |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業者の名称 | 株式会社 ナチュラル                                                                                           |
| 法人所在地  | 愛知県半田市阿原町12番地の6                                                                                      |
| 代表者氏名  | 加藤 博吏                                                                                                |
| 電話番号   | 0569-20-1155                                                                                         |
| FAX番号  | 0569-20-1156                                                                                         |
| アドレス   | <a href="http://www.natural-no1.jp/">http://www.natural-no1.jp/</a> E-mail natural-kaigo@sohos.ne.jp |

### 2 ご利用事業所の概要

|           |                              |
|-----------|------------------------------|
| 事業所の名称    | 通所なちゅらる                      |
| 施設の所在地    | 〒475-0031<br>愛知県半田市阿原町12番地の6 |
| 愛知県知事指定番号 | 2372400404                   |
| 管理者氏名     | 山口 永                         |
| 電話番号      | 0569-20-1577                 |
| FAX       | 0569-20-1599                 |

### 3 事業所の目的と運営方針

|        |                                                                                                                                                                                               |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業目的   | 要介護状態及び介護予防が必要と認定されたお客様に対し、介護保険法で定める通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号事業サービス通所型サービス現行サービスを提供し、お客様がその有する能力に応じて、可能な限り自立した生活を営むことが出来るよう支援すること、並びに介護者の介護の軽減を目的とする。                                            |
| 施設運営方針 | ① お客様の基本的人権、プライバシー並びに自己決定の権利を尊重します。<br>② 人間性を尊重した個別処遇に取り組めます。<br>③ 地域及び家庭で安心した生活できるよう家族支援を行ないます。<br>④ 地域及び地域の諸団体等との連携を保ち、ノーマライゼーションの推進に努めます。<br>⑤ 質の高い介護サービスが提供できるよう、研修、研究に励み、介護の専門性の向上に努めます。 |

#### 4 施設の概要

##### (1) 建物の構造概要等

建物の構造 鉄骨 2階建て

##### (2) 主な設備

| 部屋の種類    | 部屋数 | 床面積                      |
|----------|-----|--------------------------|
| 食堂・機能訓練室 | 1   | 96.54 m <sup>2</sup>     |
| 浴室       | 1   | 14.57 m <sup>2</sup>     |
| 脱衣室      | 1   | 9.53 m <sup>2</sup>      |
| トイレ      | 2   | 3.61+3.61 m <sup>2</sup> |
| 洗面所      | 1   | 10.30 m <sup>2</sup>     |
| 相談室      | 1   | 11.61 m <sup>2</sup>     |
| 事務室      | 1   | 18.63 m <sup>2</sup>     |
| 静養室      | 1   | 10.39 m <sup>2</sup>     |
| 計        |     | 178.79 m <sup>2</sup>    |

#### 5 職員体制

| 従業者の職種  | 職員配置区分 |    |     |    | 事業所       |
|---------|--------|----|-----|----|-----------|
|         | 常勤     |    | 非常勤 |    | 指定        |
|         | 専従     | 兼務 | 専従  | 兼務 | 基準        |
| 管理者     |        | 1  |     |    | 常時 1 名    |
| 生活相談員   |        | 3  |     | 3  | 常時 1 名    |
| 介護職員    | 2      | 4  | 2   | 2  | 常時 3 名    |
| 看護職員    |        |    |     | 2  | 常時 2 時間程度 |
| 機能訓練指導員 | 1      | 1  |     |    | 柔道整復師     |

#### 6 職員の勤務体制

| 職員の職種        | 勤務体制                                                             | 休暇                       |
|--------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 管理者          | 正規の勤務時間帯（午前 8 時～午後 5 時 00 分）<br>常勤で勤務                            | 原則として<br>4 週 8 休         |
| 生活相談員<br>看護師 | 正規の勤務時間帯（午前 8 時～午後 5 時 00 分）<br>常勤で勤務                            | 原則として<br>4 週 8 休         |
| 介護職員         | 正規の勤務時間帯（午前 8 時～午後 5 時 00 分）<br>常勤で勤務<br>非常勤（午前 8 時～午後 5 時 00 分） | 原則として<br>4 週 8 休<br>変則勤務 |

## 7 施設サービスの概要

### (1) 営業日及び営業時間

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から土曜日 ただし、12月30日～1月3日を除く        |
| 営業時間     | 午前8時00分から午後5時00分まで                 |
| サービス提供時間 | 午前9時00分から午後4時10分まで（＊提供時間の7時間10分以上） |

## 8 利用定員

利用定員：1単位 25名（一般型）

## 9 通常の事業実施地域と送迎可能実施地域

(1) 通常の実施地域は、半田市とします。

(2) 送迎時間は出来るだけお客様のご要望に添えるよう配慮させていただきますが、送迎順路、交通事情等によってご希望に添えない場合もあります。また、送迎到着時間は交通事情等で多少前後する場合がありますのでご理解くださるようお願いいたします。

なお、送迎の順路や時間に変更が生じた場合、事前（前日又は当日の早朝）にご連絡させていただきます。

## 10 サービス内容と利用料

### 【サービス内容】

|                    |                                                                                              |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 送迎                 | ご自宅まで送迎をいたします。（原則として玄関まで）                                                                    |
| 健康チェック             | 看護職員が、体温・血圧・脈拍等を測定し健康状態の観察をいたします。                                                            |
| 入浴                 | 原則としてご利用の都度入浴して頂けます。<br>（空調完備・緊急ベル有り）                                                        |
| 昼食                 | 食事に介助が必要な方には、職員が介助させていただきます。<br>粥食、刻み食、等にも対応させていただきます。                                       |
| 余暇活動<br>（レクリエーション） | ゲーム、歌、手作業（折り紙等）、園芸、料理など季節に応じたプログラムを用意させていただきます。                                              |
| 機能訓練               | 主治医との連携の中、機能訓練指導員（柔道整復師）が個別機能訓練Ⅱ（軽運動等）を行なうほか、日常における生活動作において残存機能を可能な限り発揮していただけるよう援助させていただきます。 |
| 排泄                 | お客様の健康状態に合わせ、トイレまでの移動・誘導・衣服の着脱等の介助をさせていただきます。                                                |
| 記録・報告（連絡）          | 当施設でのご様子は必ず記録し、ご家族に「連絡帳」にて報告・連絡させていただきます。                                                    |

## 【ご利用料金】

(1) 通所介護一般型（通常規模）の基本料金（通所介護 1 回あたりのご利用料金）

（※介護報酬に告示上の額のお客様負担金額＝一割分を示す） 1 単位 10.14 円で計算（7 級地）

（※ 個々により利用負担額は介護保険負担割合証の割合により異なります。）

| 時間/要介護度  | 要介護 1  | 要介護 2  | 要介護 3  | 要介護 4    | 要介護 5    |
|----------|--------|--------|--------|----------|----------|
| 5H～6H 未満 | 570 単位 | 673 単位 | 777 単位 | 880 単位   | 984 単位   |
| 6H～7H 未満 | 584 単位 | 689 単位 | 796 単位 | 901 単位   | 1008 単位  |
| 7H～8H 未満 | 658 単位 | 777 単位 | 900 単位 | 1,023 単位 | 1,148 単位 |

(2) 通所介護加算料金（介護報酬に告示上の額のお客様負担金額＝1 割分を示す）

|             |            |                   |                         |
|-------------|------------|-------------------|-------------------------|
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | 所定単位数×8.0% | 送迎減算              | 所定単位数から<br>片道につき ▲47 単位 |
| 個別機能訓練加算Ⅰの口 | 76 単位      | サービス提供体制<br>強化加算Ⅲ | 6 単位（回）                 |
| 通所介護入浴介助加算  | 40 単位      | 科学的介護推進体制<br>加算   | 40 単位（月）                |

(3) 介護予防日常生活支援総合事業第 1 号事業サービス通所型サービス現行サービス型の基本料金

（※介護報酬に告示上の額のお客様負担金額＝1 割分を示す） 単位：円

| 区分      |       | 1 ヶ月あたりのご利用料金 |
|---------|-------|---------------|
| 通所型サービス | 要支援 1 | 1,798 単位      |
| 通所型サービス | 要支援 2 | 3,621 単位      |

(4) 介護予防日常生活支援総合事業第 1 号事業サービス通所型サービス現行サービス型の加算料金

（介護報酬に告示上の額のお客様負担金額＝1 割分を示す）

|               |                              |             |          |
|---------------|------------------------------|-------------|----------|
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ   | 所定単位数×8.0%                   | 科学的介護推進体制加算 | 40 単位（月） |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 24 単位（要支援 1）または 48 単位（要支援 2） |             |          |

(5) 食費等(お客様実費負担金＝法定外給付)

|      |       |                                                |
|------|-------|------------------------------------------------|
| 昼食代  | 600 円 | 行事食について、おやつ代を含め 100～200 円の<br>加算をお願いする場合があります。 |
| おやつ  | 150 円 |                                                |
| *材料費 | 150 円 |                                                |
| 合計   | 900 円 |                                                |

※行事食、外出食レクリエーション等にかかる実費負担額は、お客様及びご家族様に事前にご連絡申し上げ、ご了承いただく事を基本とします。

\*材料費徴収については別紙にて説明させていただきます。

## 11 キャンセル

お客様の容態の急変など、緊急且つやむを得ない場合は当日連絡であってもキャンセル料を頂きません。

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| キャンセルをする場合の連絡先（電話番号） | 0 5 6 9 - 2 0 - 1 5 7 7 |
|----------------------|-------------------------|

## 12 利用料金のお支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金は、通所なちゅらるが定める翌月の末日までにお支払い頂きます。お支払い方法は、原則として現金でのお支払いとさせていただきます。その他のお支払い方法をご希望される場合、サービス従事者にお尋ね下さい。

## 13 サービス相談窓口及び苦情・事故受付窓口

当施設が提供させていただくサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、苦情受付担当まで気軽にご連絡ご相談下さい。

苦情等のご意見は、責任を持って調査、改善等の対応をさせていただきます。

また、当社以外の公共機関等が開設する、苦情相談窓口等もご利用くださるようお願い申し上げます。守秘義務を遵守、ご納得されるまでお話し合いさせていただきます。

(1) サービス相談及び苦情・事故等の受付は、下記にて窓口がございますので、気軽にご連絡下さい。

|                      |                                                                            |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 苦情受付担当者<br>株式会社ナチュラル | ご利用方法：電話 0 5 6 9 - 20 - 1155 及び<br>0 5 6 9 - 2 0 - 1 5 7 7                 |
| 公共機関<br>*要介護利用者      | ①お住まいの市区町村の苦情・相談担当窓口<br>市区町村担当課名：半田市<br>電話：高齢介護課 0569-21-3111/0569-84-0648 |
|                      | ②愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課<br>電話：0 5 2 - 9 7 1 - 4 1 6 5                        |
| 公共機関<br>*要支援・事業対象者   | ③ 社会福祉法人愛知社会福祉協議会 運営適正化委員会<br>電話：052-202-0167                              |
|                      | ④お住まいの市区町村の地域包括支援センター<br>電話：半田市 0 5 6 9 - 2 3 - 8 1 4 4                    |
| お客様ご担当の介護<br>支援専門員   | 事業所名：<br>電 話：<br>介護支援専門員：                                                  |

(2) 苦情・事故対応時の基本手順

通所なちゅらるは、以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

1. 苦情・事故の受付
2. 苦情・事故内容の確認
3. 苦情・事故解決責任者等への報告
4. 苦情事故解決に向けた対応に関する、お客様への事前説明・同意
5. 苦情事故解決に向けた対応の実施
6. 再発防止又は改善の措置
7. 苦情・事故解決結果のお客様への説明・同意
8. 苦情・事故解決責任者等への最終報告

※ 苦情事故受付担当者：サービス事業所（通所なちゅらる）の従業員

※ 苦情・事故解決責任者：サービス事業所（通所なちゅらる）の管理者

#### 14 緊急時の対応及び連絡先

通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号事業サービス通所型サービスの利用中に身体の急変などにより、医療機関への緊急搬送が必要であると判断される場合、お客様、ご家族様の事前の合意により記載の医療機関への搬送を要請させていただきます。

また、お客様の主治医、居宅介護支援事業所等へもご連絡させていただきます。

|            |         |        |
|------------|---------|--------|
| 主治医        | 氏名      |        |
|            | 医療機関の名称 |        |
|            | 電話番号    |        |
| 緊急搬送先の医療機関 | 医療機関の名称 |        |
|            | 電話番号    |        |
| 緊急連絡先<br>① | 氏名      | (続柄： ) |
|            | 住所      |        |
|            | 電話番号①   |        |
|            | 電話番号②   |        |
| 緊急連絡先<br>② | 氏名      | (続柄： ) |
|            | 住所      |        |
|            | 電話番号①   |        |
|            | 電話番号②   |        |

## 15 事故発生時の対応方法（賠償責任について）

①通所なちゅらるは、サービスの提供により、事故が発生した場合速やかにご家族、関係市区町村担当課、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等に連絡を行ない、お客様の容態・状況に応じた適切な対応をいたします。

通所なちゅらるは、サービスの提供に伴って、通所なちゅらるの責めに帰すべき事由により、お客様の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当範囲内においてその損害を賠償します。

②お客様又は、その御家族等の介護者は、お客様又はその御家族等の介護者の責めに帰すべき事由により、通所なちゅらるのサービス従事者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

## 16 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）虐待予防に関する責任者を選出します。

|             |            |
|-------------|------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 介護福祉士 山口 永 |
|-------------|------------|

（３）成年後見制度の利用を支援します。

（４）苦情解決体制を整備します。

（５）従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

（６）サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 17 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

（１）緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

（２）非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

（３）一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 18 介護保険の法の改正

国（又は市町村）が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、通所なちゅらるの料金体系は、国（又は市区町村）が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

## 19 ご利用に際しての留意事項

1. ご利用をお休みする場合は、必ず事前にお休みの理由を添えてご連絡下さい。
2. 喫煙は、決められた場所をお願いします。飲酒は施設内ではご遠慮下さい。
3. 他のお客様のご迷惑になる行為はご遠慮下さい。
4. 宗教・政治活動、物品の販売、金品の貸し借り等はご遠慮下さい。
5. 貴重品、食品、嗜好品の持ち込みはご遠慮下さい。
6. 火災及び天災時における避難誘導等に関して、サービス従事者の指示に従って行動して頂きます。

## 20 第三評価の実施状況

現在、実施していません。

以上

通所なちゆるは、重要事項説明書に基づいて、通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号事業サービス通所型サービス現行サービス型の内容及び重要な事項の説明を行ないました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 愛知県半田市阿原町12番地の6  
事業者名 株式会社 ナチュラル  
サービス事業所（事業所の名称及び所在地）  
（名称） 通所なちゆる（通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号事業サービス通所型サービス）

所在地 愛知県半田市阿原町12番地の6  
説明者氏名 山口 永

私は、重要事項説明書に基づいて、通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号事業サービス通所型 サービスの内容及び重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

ご利用者様

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

ご家族代表

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

立会人☐又は署名代行人☐（該当するものにチェック）

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

## 利用時の持ち物

- ・ 連絡帳（利用初日に事業所よりお渡しいたします。）
  - ・ 歯ブラシ
  - ・ コップ
  - ・ お薬（常備薬）
  - ・ 着替え（必要な方）
  - ・ オムツ・尿取りパットなど（必要な方）  
（入浴希望の方）
  - ・ バスタオル1枚／タオル2枚
  - ・ 衣類／下着類（着替えが必要な方）
  - ・ 体洗い用タオル（ナイロンタオル）
  - ・ その他個人で必要な物
- ※ ご利用者様の私物には記名をお願い致します。  
（記名がない場合はこちらで書かせて頂きます。）