

# 重要事項説明書

(介護予防・認知症対応型通所介護サービス)

あなたに対する居宅サービスの提供を開始するにあたり、あなたに説明すべき事項は以下の通りです。

## 1 事業者

事業者の名称	株式会社ヒューマンアシスト
法人所在地	愛知県知多郡東浦町大字石浜字岐路88番地の6
法人種別	営利法人
代表者氏名	代表取締役 田中 清人
電話番号	0562-85-2000

## 2 ご利用施設

施設名称	「とんと」OHANA
施設の所在地	愛知県名古屋市中区丸の内三丁目9番13号 EAST SIDE 丸の内2階
管理者名	伊藤 篤史
電話番号	052-253-5927
ファクシミリ番号	052-253-5928

## 3 ご利用施設で実施する事業

事業の種類	認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護	
名古屋市長の事業者指定	指定年月日	平成30年4月1日
	指定番号	2390600175
利用定員	12名×2ユニット	

## 4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供する。
運営の方針	利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じて自立した日常生活を送れるよう支援する。そして、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持を図る。また、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減も図る。なお、行動抑制を排除し、利用者が残存能力を発揮するための支援を行うには、一定のリスクも伴うことを利用者・家族・関係者に周知し、理解を求める。そのうえで、利用者が必要とする介護・介助の範囲を適切に見極め、過剰な介護・介助を避け、利用者の自立を促すような支援方法を選択する。

## 5 施設の概要

### (1) 敷地及び建物

敷	地	374.99㎡
建	物	鉄筋コンクリート造
	延べ床面積	255.23㎡
	利用定員	12名×2ユニット 計24名

### (2) 主な設備

食堂兼機能訓練室
その他 トイレ、浴室、相談室、静養室あり

## 6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員	数
管理者	1名（実人数）	
生活相談員	1名以上（常勤換算）	
介護職員	単位毎2名以上（常勤換算）	
機能訓練指導員	1名以上（実人数）	

## 7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	週休2日
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	週休2日
介護職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	週休2日
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	週休2日

## 8 営業日および営業時間

営業日	月曜日～金曜日（但し1月1日～3日を除く）
営業時間	8：30～17：30

## 9 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

種類	内容	利用料
入浴	入浴方法（体調や心身状態等を考慮して決定します） （1）一般浴 （2）シャワー浴 （3）清拭 （入浴時間）9：30～15：00（目安）	介護報酬の告示上の額（ただし、法定代理受領の場合は居宅介護サービス基準額の1割、2割、3割
排泄の介助	利用者の状況に応じた適切な排泄介助を行なうと共に排泄の自立についても適切な援助を行ないます。	

個別機能訓練	利用者の状況を評価し、個別機能訓練計画を作成します。計画に基づき、様々な活動を通じて社会参加支援をし、利用者一人一人の心身機能の状態に合わせ、適切な機能訓練を実施していきます。	相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護サービス基準額相当額です。）
健康管理	利用の都度健康チェックを行ないます。緊急時等必要な場合には医療機関に引き継ぎます。	
相談及び援助	当施設は、利用者およびそのご家族からの相談について誠意を持って応じ、当施設の機能で可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。	
送迎	利用者の心身状態に応じて、当施設の設備で可能な方法にて送迎を行ないます。	

## (2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容	利用料
食事の提供	利用者の状況に応じた適切な食事介助を行なうと共に食事摂取の自立についても適切な援助を行ないます。 (食事時間) 12:00～13:00 (目安)	・1日550円・おやつ100円
オムツ等	原則はご持参頂きます。但し、持参された分を使い切ってしまった場合などには、施設にてオムツ(パンツタイプ・パット)を提供します。	・当施設にて提供した場合、実費。(パンツタイプ150円、パット100円)
日常生活用品	日常生活において、通常必要となるものにかかる用品は、基本的に提供いたします。	・実費
レクリエーション行事	当施設では、別添記載の施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	・施設外レクリエーションについての実費 (交通費、入場料等)

## 10 キャンセル料

キャンセル日	キ ャ ン セ ル 料
利用期間中	実費相当額
利用開始当日	実費相当額
利用開始前日	実費相当額

## 11 苦情申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者 (管理者 伊藤 篤史)
	ご利用時間 月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話 052-253-5927 FAX 052-253-5928
名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課	電話 052-959-3087 FAX 052-959-4155
	愛知県国民健康 電話 052-971-4165

## 1.2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『防災計画』にのっとり対応を行いません。	
平常時の訓練等 防災設備	別途定める『防災計画』にのっとり、年1回昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。	
	設備名称	個数等
	自動火災報知器	あり
	ガス漏れ報知器	あり
	屋内消火器	あり
消防計画等	管理者 伊藤 篤史	

## 1.3 事故発生時の対応

・当事業所は、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）のサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族に連絡を行うとともに、利用者に対して応急措置等必要な措置を講じます。

・発生した事故は記録に残し、内容によっては基準に基づき、保険者、居宅介護支援事業所への報告を行います。

・また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。但し、当事業所に故意、過失がない場合はこの限りにありません。

三井住友海上火災保険株式会社：福祉事業者賠償責任保険

## 1.4 当施設ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	施設内の居室や設備・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などが生じた場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音など他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品・現金等の管理	現金に関しては、なるべくお持ちいただかないようお願い致します。万一紛失されても当施設では責任を負いかねます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮ください。

## 1.5 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型通所介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置しています。

構成	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員、認知症対応型通所介護について知見を有するもの等
開催	6ヶ月に1回開催
会議録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

## 16 第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	あり      なし
	なし		

## 17 サービス料金

### (1) 基本サービス料金

要介護度	単位数	ご利用者負担金 (1割)	ご利用者負担金 (2割)	ご利用者負担金 (3割)
要支援1	861単位	932円	1,864円	2,797円
要支援2	961単位	1,040円	2,081円	3,122円
要介護1	994単位	1,076円	2,153円	3,229円
要介護2	1102単位	1,193円	2,386円	3,580円
要介護3	1210単位	1,310円	2,620円	3,931円
要介護4	1319単位	1,428円	2,856円	4,285円
要介護5	1427単位	1,545円	3,090円	4,636円

※送迎を行わない場合：片道47単位基本サービス費から減算となります。

### (2) 各種加算料金（基本サービス料金に加算されます。）

入浴介助加算※入浴された場合のみ I：入浴介助を行う職員に対し、入浴介助に関する研修等を適宜実施 II：利用者様が自宅で自身または家族等の介助で入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や専門職の訪問により把握した利用者様宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成する場合	I 40単位	43円(1割) 86円(2割) 129円(3割)
	II 55単位	59円(1割) 119円(2割) 178円(3割)
個別機能訓練加算	27単位	29円(1割) 58円(2割) 87円(3割)
若年性認知症利用者受入加算 ※該当利用者のみ	60単位	64円(1割) 129円(2割) 194円(3割)
ADL維持等加算 一定期間内に当該事業所を利用された方のうち、ADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合を評価する加算	I 30単位/月 II 60単位/月	32/64円(1割) 64/129円(2割) 129/194円(3割)
介護職員処遇改善加算(I)	1ヶ月の総算定単位数の1000分の104に相当する単位数	算定単位数× 10.83の 1割、2割、3割
介護職員等特定処遇改善加算(II)	1ヶ月の総算定単位数の1000分の24に相当する単位数	算定単位数× 10.83の 1割、2割、3割
介護職員等ベースアップ等 支援加算	1ヶ月の総算定単位数の1000分の23に相当する単位数	算定単位数× 10.83の 1割、2割、3割

※1単位=10.83円の計算となり、ご利用者の負担金はその1割か2割か3割です。ご利用者負担金額は小数点以下省略しており、以上の限りではなく多少の金額増加がある場合もあります。

※上記（介護職員処遇改善加算(I)、介護職員等特定処遇改善加算(II)、介護職員等ベースアップ等支援加算を除く）は1回あたりの料金になります。

#### 附則

この重要事項説明書は、平成30年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、平成30年 6月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 1年 6月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 1年10月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 2年 6月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 3年 3月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 3年 4月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 3年 6月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 4年10月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 5年 3月23日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 6年 4月 1日より施行する。

私は、本書面に基づいて職員（氏名 伊藤 篤史）から、上記重要事項の説明を受けた事を確認します。

令和 年 月 日

#### 利用者

住所

氏名

印

#### 利用者の家族等

住所

氏名

印

続柄