

# 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 8 8 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」つむぎ
施設の所在地	海部郡大治町大字西條字土井ノ池 82 番 1
管理者名	田中 清人
電話番号	052-414-6271
ファクシミリ番号	052-414-6272

## 3 ご利用施設で実施する事業

事業の種類	(介護予防) 認知症対応型通所介護	
大治町長の事業者指定	指定年月日	令和 4 年 10 月 1 日
	指定番号	2395600105
利用定員	12 名	

## 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	481.54 m <sup>2</sup>	
建	構	造	木造
	延	べ床面積	134.15 m <sup>2</sup>
	利	用定員	12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	常勤換算数
介護職員	2名以上	常勤換算数
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） ※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、行っている。	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割又は、2割又は、3割相当、法定代理受領
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。	

機能訓練	利用者の状況を評価し、機能訓練を行います。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。	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 田中 清人) ご利用時間 月～金曜日 午前10時00分～午後3時30分 ご利用方法 電話 052-414-6271 FAX 052-414-6272
市 町 村	大治町役場 福祉部長寿支援課 介護保険係 052-444-2711
愛知県国民健康保険団体連合会	電話 052-971-4165 FAX 052-962-8870

## 1.2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『「とんと」つむぎ防災計画』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『「とんと」つむぎ防災計画』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
	火災通報装置	あり
	屋内消火器	あり
消防計画等	管理者 田中 清人	

## 1.3 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。

## 1.4 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。

## 1.5 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	889円	1,779円	2,668円
要支援2	961単位	993円	1,985円	2,978円
要介護1	994単位	1,027円	2,054円	3,080円
要介護2	1,102単位	1,138円	2,277円	3,415円
要介護3	1,210単位	1,250円	2,500円	3,750円
要介護4	1,319単位	1,363円	2,725円	4,088円
要介護5	1,427単位	1,474円	2,948円	4,422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Ⅰ ※入浴された場合のみ	40 単位	41 円 (1 割) 83 円 (2 割) 124 円 (3 割)
入浴介助加算Ⅱ ※特別な手続きを持って入浴される場合	55 単位	57 円 (1 割) 114 円 (2 割) 174 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	62 円 (1 割) 124 円 (2 割) 186 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 1,000 分の 104 に 相当する単位数	算定単位数×10.33 の 1 割 もしくは 2 割 もしくは 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 1,000 分の 23 に 相当する単位数	算定単位数×10.33 の 1 割 もしくは 2 割 もしくは 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 1,000 分の 23 に 相当する単位数	算定単位数×10.33 の 1 割 もしくは 2 割 もしくは 3 割

※1 単位=10.33 円の計算となり、ご利用者の負担金はその 1 割もしくは 2 割、もしくは 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)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、令和 6 年 4 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。

私は、本書面に基づいて職員（氏名\_\_\_\_\_）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 海部郡大治町西條土井ノ池 33 番地

氏名

利用者の家族代表等

住所

氏名

続柄