

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提供開始にあたり、当事者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

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	田中 清人
電話番号	0562-85-2000

2 ご利用施設

施設名称	ファミリーハウス「とんと」森岡
施設の所在地	知多郡東浦町大字森岡字前田16番地の1
管理者名	阿知波 みどり
電話番号	0562-84-7401
ファクシミリ番号	0562-84-7402

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	
知多北部広域連合長の事業者指定	指定年月日	平成24年 6月 1日
	指定番号	2395700152
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を図る。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		
建 物	構 造	鉄筋コンクリート
	延 べ 床 面 積	1 2 0 m ²
	利 用 定 員	1 2 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	2 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
看 護 職 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	日～土曜日（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 (1) 一般浴 (2) シャワー浴 (3) 清拭（体調不良の場合等） (入浴時間) 9：30～12：00(午後の場合もあり)	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、1割、2割、3割相当
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。	

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。	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。）
相談及び援助	当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、等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実費 (交通費、入場料等)

10 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

11 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
--------	-------

1.2 苦情申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者（管理者 阿知波 みどり）		
	ご利用時間 日～土曜日 午前10時～午後3時30分		
	ご利用方法 電話 0562-84-7401 FAX 0562-84-7402		
各市町村	東浦町	ふくし課	電話 0562-83-3111
	大府市	高齢障がい支援課	電話 0562-45-6289
	東海市	高齢者支援課	電話 052-689-1600
	知多市	長寿課	電話 0562-36-2652
知多北部 広域連合	電話	052-689-2263	
	FAX	052-689-2265	
愛知県国民健康 保険団体連合会	電話	052-971-4165	
	FAX	052-962-8870	

1.3 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『ファミリーハウス「とんと」防災計画』にのっとり対応を行ないます。	
平常時の訓練等 防災設備	別途定める『ファミリーハウス「とんと」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 阿知波 みどり	

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。

1.6 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		

1.7 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	876円	1752円	2627円
要支援2	961単位	978円	1955円	2932円
要介護1	994単位	1011円	2022円	3033円
要介護2	1102単位	1121円	2242円	3363円
要介護3	1210単位	1231円	2461円	3692円
要介護4	1319単位	1342円	2683円	4025円
要介護5	1427単位	1452円	2903円	4354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。）入浴された場合のみ

入浴介助加算Ⅰ ※従来通りの入浴 ※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、行っています。	40単位	41円（1割） 82円（2割） 122円（3割）
入浴介助加算Ⅱ ※特別な手続きをを持って入浴される場合	55単位	56円（1割） 112円（2割） 168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	61円（1割） 122円（2割） 183円（3割）
サービス提供体制加算（Ⅲ）	6単位	7円（1割） 13円（2割） 19円（3割）

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	1ヶ月の総算定単位数 の1000分の174に 相当する単位数	算定単位数×10.17の1割 もしくは2割 もしくは3割
----------------	--------------------------------------	------------------------------------

※1単位=10.17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（介護職員等処遇改善加算（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の施行日

平成24年 6月 1日より施行する。	平成25年 6月 1日より施行する。
平成26年 4月 1日より施行する。	平成26年 6月 1日より施行する。
平成27年 4月 1日より施行する。	平成27年 8月 1日より施行する。
平成28年 4月 1日より施行する。	平成28年 6月 1日より施行する。
平成29年 4月 1日より施行する。	平成29年 6月 1日より施行する。
平成30年 6月 1日より施行する。	平成30年 12月17日より施行する。
令和 1年 6月 1日より施行する。	令和 1年 10月 1日より施行する。
令和 2年 4月 1日より施行する。	令和 3年 4月 1日より施行する。
令和 3年 4月 1日より施行する。	令和 3年 6月 1日より施行する。
令和 4年 10月 1日より施行する。	令和 5年 2月10日より施行する。
令和 6年 4月 1日より施行する。	令和 6年 6月 1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和 6年 6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

氏名

印

利用者の家族等

住所

氏名

続柄

印