# 介護予防認知症対応型通所介護重要事項説明書

【介護予防認知症対応型通所介護事業者（法人）の概要】

| | |
|---|---|
| 名称・法人種別 | ＨＴＣ株式会社・営利法人 |
| 代表者名 | 代表取締役　臼井　宏太郎 |
| 所在地・連絡先 | （住所）〒０６０－０００２<br>札幌市中央区北２条西３丁目１番地１２<br>（電話）０１１－２０５－０３５７<br>（ＦＡＸ）０１１－２０５－０３４７ |

【事業所の概要】

（１）　事業所名称及び事業所番号

| | |
|---|---|
| 事業所名 | デイサービス我が家 手稲本町の家 |
| 所在地・連絡先 | ((住所）〒００６－００２２<br>札幌市手稲区区手稲本町２条３丁目１－２０<br>テイネメディカルビル２階<br>（電話）０１１－２１３－９７７１<br>（ＦＡＸ）０１１－２１３－９８９０ |
| 事業所番号 | |
| 管理者の氏名 | 須藤　義紀 |
| 利　用　定　員 | 介護予防認知症対応型通所介護（１２名） |

（２）事業所の職員体制

（介護予防認知症対応型通所介護）

| 従業者の職種 | 人数（人） | 区分 | | 職務の内容 |
|---|---|---|---|---|
| | | 常勤(人) | 非常勤(人) | |
| 管理者 | １名以上 | １名 | | 事業所の管理 |
| 生活相談員 | ２名以上 | ２名以上 | | 相談・生活指導等 |
| 介護職員 | ２名以上 | ２名以上 | ２名以上 | 介護全般 |
| 機能訓練指導員 | １名以上 | | １名以上 | 機能回復訓練等 |
| 看護職員 | １名以上 | | １名以上 | 健康管理・相談等 |

（３）　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（９：００から１８：００）<br>常勤で勤務 | シフトにより交代制で休暇を確保する |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（９：００から１８：００）<br>常勤で勤務 | シフトにより交代制で休暇を確保する |
| 介護職員 | 正規の勤務時間帯<br>早番（８：００から１７：００）<br>日勤（９：００から１８：００）<br>常勤で勤務 | シフトにより交代制で休暇を確保する |
| 機能訓練指導員 | 非常勤勤務　（９：００から１８：００） | シフトにより交代制で休暇を確保する |
| 看護職員 | 非常勤勤務　（９：００から１８：００） | シフトにより交代制で休暇を確保する |

（４）　事業の実施地域

| 事業の実施地域 | 札幌市（手稲区、西区、北区） |
|---|---|

※　上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

※　通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合には１キロ２０円を徴収します。

（確認）送迎はご自宅玄関先までとします。

（確認）事業所に通所される場合には原則、貴重品をお持ち頂かないようお願いいたします。貴重品の管理は自己の責任で管理してください。当事業所では責任を負いかねます。

（５）　営業日

| 営業日（定休日） | 月曜日～日曜日（元旦を除く） |
|---|---|
| 営業時間 | ８:３０　～　１７：３０ |
| サービス提供時間 | ９:００～１７：００内で個別計画に基づく |

【サービスの内容及び費用】
（1）介護保険給付対象サービス
① サービス内容

| 種　　類 | 内　　容 |
|---|---|
| 食　　事 | （食事時間）１１：３０～１３：００<br>利用者と職員が共同にて作る家庭的な温かく美味しい食事を提供します。<br>食事サービスの利用は任意です |
| 入　　浴 | 入浴の時間は自由です。<br>個人浴槽です。<br>好きな時間にご利用できます。<br>入浴又は清拭を行います。<br>入浴サービスの利用は任意です。 |
| 排　　泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。特に心身機能の向上の為、散歩に重点的に取り組んでいます。<br>＜当施設の保有するリハビリ器具＞<br>車椅子：２台 |
| 生活指導 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。<br>各種レクリエーションや健康体操等を実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。 |
| 送　　迎 | ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。<br>送迎サービスの利用は任意です。 |

② 費用
介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の１割、２割または３割が利用者の負担額となります。

【料金表】
（介護予防認知症対応型通所介護）

**○所要時間３時間以上４時間未満の場合**

| | 要支援１ | 要支援２ |
|---|---|---|
| 利　用　料 | ４，８３０円 | ５，３４９円 |
| 負担割合１割 | ４８３円 | ５３５円 |
| 負担割合２割 | ９６６円 | １，０７０円 |
| 負担割合３割 | １，４４９円 | １，６０５円 |

**○所要時間４時間以上５時間未満の場合**

| | 要支援１ | 要支援２ |
|---|---|---|
| 利　用　料 | ５，０５４円 | ５，６０３円 |
| 負担割合１割 | ５０６円 | ５６１円 |
| 負担割合２割 | １，０１１円 | １，１２１円 |
| 負担割合３割 | １，５１７円 | １，６８１円 |

**○所要時間５時間以上６時間未満の場合**

| | 要支援１ | 要支援２ |
|---|---|---|
| 利　用　料 | ７，５３５円 | ８，４２０円 |
| 負担割合１割 | ７５４円 | ８４２円 |
| 負担割合２割 | １，５０７円 | １，６８４円 |
| 負担割合３割 | ２，２６１円 | ２，５２６円 |

**○所要時間６時間以上７時間未満の場合**

| | 要支援１ | 要支援２ |
|---|---|---|
| 利　用　料 | ７，７２９円 | ８，６５４円 |
| 負担割合１割 | ７７３円 | ８６６円 |
| 負担割合２割 | １，５４６円 | １，７３１円 |
| 負担割合３割 | ２，３１９円 | ２，５９７円 |

**○所要時間７時間以上８時間未満の場合**

| | 要支援１ | 要支援２ |
|---|---|---|
| 利　用　料 | ８，７５６円 | ９，７７３円 |
| 負担割合１割 | ８７６円 | ９７８円 |
| 負担割合２割 | １，７５２円 | １，９５５円 |
| 負担割合３割 | ２，６２７円 | ２，９３２円 |

○所要時間８時間以上９時間未満の場合

| | 要支援１ | 要支援２ |
|---|---|---|
| 利　用　料 | ９，０３０円 | １０，０７８円 |
| 負担割合１割 | ９０３円 | １，００８円 |
| 負担割合２割 | １，８０６円 | ２，０１６円 |
| 負担割合３割 | ２，７０９円 | ３，０２４円 |

○加算・減算

| 種　　類 | 利　用　料 | 負担割合１割 | 負担割合２割 | 負担割合３割 |
|---|---|---|---|---|
| 延長加算１（９－１０時間未満） | ５０８円 | ５１円 | １０２円 | １５３円 |
| 延長加算２（１０-１１時間未満） | １，０１７円 | １０２円 | ２０４円 | ３０６円 |
| 延長加算３（１１-１２時間未満） | １，５２５円 | １５３円 | ３０５円 | ４５８円 |
| 延長加算４（１２-１３時間未満） | ２，０３４円 | ２０４円 | ４０７円 | ６１１円 |
| 延長加算５（１３-１４時間未満） | ２，５４２円 | ２５５円 | ５０９円 | ７６３円 |
| 入浴介助加算（Ⅰ） | ４０６円／日 | ４１円 | ８２円 | １２２円 |
| 入浴介助加算（Ⅱ） | ５５９円／日 | ５６円 | １１２円 | １６８円 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | １，０１７円／月 | １０２円 | ２０４円 | ３０６円 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ1） | ２，０３４円／月 | ２０４円 | ４０７円 | ６１１円 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ２） | １，０１７円／月 | １０２円 | ２０４円 | ３０６円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | ２７４円／日 | ２８円 | ５５円 | ８３円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | ２０３円／月 | ２１円 | ４１円 | ６１円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | ６１０円／日 | ６１円 | １２２円 | １８３円 |
| 科学的介護推進体制加算 | ４０６円／月 | ４１円 | ８２円 | １２２円 |
| 栄養アセスメント加算 | ５０８円／月 | ５１円 | １０２円 | １５３円 |
| 栄養改善加算 | ２，０３４円／回 | ２０４円 | ４０７円 | ６１１円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | ２０３円／回 | ２１円 | ４１円 | ６１円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | ５０円／回 | 5円 | １０円 | １５円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | １，５２５円／回 | １５３円 | ３０５円 | ４５８円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | １，６２７円／回 | １６３円 | ３２６円 | ４８９円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | ２２３円／回 | ２３円 | ４５円 | ６７円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | １８３円／回 | １９円 | ３７円 | ５５円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | ６１円／回 | 7円 | １３円 | １９円 |
| 送迎を行わない利用者の減算<br>（送迎減算） | | 所定単位数から<br>1 日片道 47 単位・往復 94 単位減算 | | |

○処遇改善加算（令和８年６月から適用）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰイ） | 所定単位数の 216/1,000 加算 | 所定単位数の 432/1,000 加算 | 所定単位数の 648/1,000 加算 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰロ） | 所定単位数の 236/1000 加算 | 所定単位数の 472/1000 加算 | 所定単位数の 708/1000 加算 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱイ） | 所定単位数の 209/1000 加算 | 所定単位数の 418/1000 加算 | 所定単位数の 627/1000 加算 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱロ） | 所定単位数の 229/1000 加算 | 所定単位数の 458/1000 加算 | 所定単位数の 687/1000 加算 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） | 所定単位数の 185/1000 加算 | 所定単位数の 370/1000 加算 | 所定単位数の 555/1000 加算 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ） | 所定単位数の 157/1000 加算 | 所定単位数の 314/1000 加算 | 所定単位数の 471/1000 加算 |

※　上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
※　介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
※　介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
※　各事業所によって適用される加算の内容は異なります。

（２）介護保険給付対象外サービス

①　食材料費
食事サービスを受ける方は、材料費の実費が必要となります。
昼食５００円／一食

②　おむつ代
おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。
おむつ代１５０円／一枚

①　事業の実施地域外の送迎費
【事業所の概要】－（４）の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。その場合、１キロ２０円を徴収します。

②　その他の費用
介護予防認知症対応型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

⑤　延長利用及び延長料金
提供時間（9 時 00 分～17 時 00 分）以外のご利用を希望される場合は、事前に事業所の承諾を得ていただくものとします。
延長が認められた場合には、30 分あたり 100 円の延長料金を介護保険給付対象外サービスとして追加でご負担いただきます。

⑤　キャンセル料
無料です。

（３）利用料等のお支払方法

①　１ヶ月のサービス提供の利用料等を翌月１５日までに請求しますので、末日までにお支払ください。

②　お支払方法は口座振替（２７日銀行引き落とし)、コンビニ支払い（月末支払い）でお願いします。ただし、振込手数料が発生する場合は、お客様の負担となります。

（４）事業所の特色等

◇「我が家」の基本理念

私たちは、利用者の方々の「その人らしい生活」を大切にし、安全で快適に暮らせる居心地の良い環境と、お一人おひとりが「我が家」にいるような、ご自分らしく自由で豊かな時間が流れる暮らしを送ることができるように全力でサポートします。

そのために我々が大切にしている基本方針は下記の３つです。

◇「我が家」の基本方針

①　自立
その人ならではの生活習慣やこだわりを大切にし、自立した日常生活を目指すケアの提供により、利用者様とご家族をサポートします。

②　笑顔
日常生活の中に楽しみ・生きがい・感動があり、笑顔が絶えない充実した毎日を実現できるように、お一人おひとりに寄り添う心からの介護を目指します。

③　思いやり
人と人との心のふれあいや繋がりを大切にしたやさしく思いやりのあるケアを行い、穏やかで安心感にあふれる充実した生活を送ることができるように努めます。

（５）　その他

| 事項 | 内容 |
|---|---|
| 介護予防認知症対応型通所介護計画の作成及び事後評価 | 当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、介護予防認知症対応型通所介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 年４回、技術から制度・接遇の研修を行っています。 |

【サービス内容に関する苦情等相談窓口】

| | |
|---|---|
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口責任者　須藤　義紀<br>ご利用時間　９：００～１７：００<br>ご利用方法　電話（０１１－２１３－９７７１）<br>面接（当事業所相談室）<br>苦情箱（事務室に設置） |
| 札幌市高齢<br>保健福祉部介護保険課 | （住所）　札幌市中央区北１条西２丁目<br>札幌市役所本庁舎３階<br>ご利用時間　９：００～１７：００（平日のみ）<br>ご利用方法　電話（０１１―２１１―２９７２） |
| 北海道国保連合会<br>（介護サービス<br>苦情相談専用ダイヤル） | （住所）　札幌市中央区南２条西１４丁目<br>国保会館６階<br>ご利用時間　９：００～１７：００（平日のみ）<br>ご利用方法　電話（０１１－２３１－５１７５） |

【事故発生時の対応方法】

（１）　利用者に対するサービス提供により、事故が発生した場合には速やかに、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じる。

（２）　当該事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録をする。

（３）　利用者に対する介護予防認知症対応型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

（４）　事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。

【提供するサービスの第三者評価の実施状況】

| | |
|---|---|
| 実施の有無 | 無 |
| 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | |
| 評価結果の開示状況 | |

【緊急時等における対応方法】

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

| | | |
|---|---|---|
| 主治医 | 病院名<br>及　び<br>所在地 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|---|---|---|
| 緊急時連絡先（家族等） | 氏名（続柄） | （　　） |
| | 住　　所 | |
| | 電 話 番 号 | |

【非常災害時の対策】

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり年２回避難訓練を行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | なし |
| | 避難階段 | あり | 屋内消火器 | 2 |
| | 自動火災報知機 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | 誘導表示 | あり | | |
| | カーテン等は防炎性能のあるものを使用しています。 | | | |

【サービス利用に当たっての留意事項】

１．サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

２．施設内の設備や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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

３．決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

４．他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

５．事業所内で多額の現金を使用することはありません。
紛失のおそれもありますので、多額の現金、宝飾品等の貴重品は一切持ち込まないでください。仮に、持ち込みをなされて紛失等が生じた場合には、事業者は一切責任を負いません。

６．施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護予防認知症対応型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和　　年　　月　　日

事業者　　住　　所　札幌市中央区北２条西３丁目１番地１２

事業者名　ＨＴＣ株式会社

代表者名　代表取締役　臼井　宏太郎　　印

説明者　　職　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防認知症対応型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

代理人（選任した場合）住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印