

重要事項説明書

(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、厚生省令第37号第8条を準用する。
第119条に基づいて、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	エム・オー ヒューマンサービス株式会社
法人所在地	名古屋市千種区茶屋坂通2丁目14番地
法人種別	営利法人
代表者氏名	奥野 悦弥
電話番号	052-385-0515

2 ご利用施設

施設名称	ファミリーハウス 「とんと」原
施設の所在地	名古屋市天白区原1丁目1906番地
管理者名	山田 美千子
電話番号	052-838-7221
ファクシミリ番号	052-838-7225

3 ご利用施設で実施する事業

事業の種類	・地域密着型認知症対応型通所介護 ・地域密着型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25年 1月 1日
	指定番号	2391600208
利用定員	1単位 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	要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活上の世話を行なうことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷 地		
建 物	構 造	鉄骨コンクリート造
	延 べ 床 面 積	167.22㎡
	利 用 定 員	1単位：12名

(2) 主な設備

食堂兼機能訓練室	80.67㎡
その他 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	区 分			
		常 勤		非 常 勤	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務
管 理 者	1		1		
生 活 相 談 員	2		1		1
介 護 職 員	5		2	2	1
看 護 職 員	2				2
機 能 訓 練 指 導 員	2				2
調 理 員	2			2	

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	月・火・水・木・金（年末年始・お盆を除く）
営 業 時 間	8：30～17：30
サ ー ビ ス 提 供 時 間	9：30～16：31
休 日	土曜日・日曜日 年末年始（12/30～1/3） お盆（8/13～8/15）

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) 清拭 (体調不良の場合等) (入浴時間) 9:30~12:00 (午後になる事も有)	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。)
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。	
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、可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。	
送 迎	身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、車椅子対応型送迎車で送迎を行ないます。	

(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	新鮮で安価な食事を提供します。	・ 1日650円 (おやつ代含む。)
オ ム ツ 等	オムツが必要な方は、当施設にてオムツを提供します。 ご持参いただいてもよいです。	・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 キャンセル料

キャンセル日	キ ャ ン セ ル 料
利用当日	実費相当額 (介護保険負担額+自己負担額)

11 苦情申立先

当施設ご利用 相談室	窓口担当者	山田 美千子 (管理者)
	ご利用時間	月～金曜日 午前10時～午後4時
	ご利用方法	電話 052-838-7221 FAX 052-838-7225
各市町村	名古屋市介護保険課指導係窓口	
	電話	052-972-3087
	FAX	052-972-4147
愛知県国民健康 保険団体連合会	苦情受付窓口	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	別途定めるファミリーハウス「とんと」原の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」原の防災計画にのっとり、年2回昼間を想定した非難訓練を、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 山田 美千子	

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 サービス料金

(1) 基本サービス料金 (利用者負担の割合が1割の場合)

要介護度	単位数	ご利用者負担金
要支援1	861単位	932円
要支援2	961単位	1040円
要介護1	994単位	1076円
要介護2	1102単位	1193円
要介護3	1210単位	1310円
要介護4	1319単位	1428円
要介護5	1427単位	1545円

(1) 基本サービス料金 (利用者負担の割合が2割の場合)

要介護度	単位数	ご利用者負担金
要支援1	861単位	1864円
要支援2	961単位	2081円
要介護1	994単位	2153円
要介護2	1102単位	2386円
要介護3	1210単位	2620円
要介護4	1319単位	2856円
要介護5	1427単位	3090円

(1) 基本サービス料金（利用負担の割合が3割の場合）

要介護度	単位数	ご利用者負担金
要支援1	861単位	2797円
要支援2	961単位	3122円
要介護1	994単位	3229円
要介護2	1102単位	3580円
要介護3	1210単位	3931円
要介護4	1319単位	4285円
要介護5	1427単位	4636円

(2) 各種サービス料金（基本サービス料金に加算されます。）

入浴	40単位	(1割負担) 43円 (2割負担) 86円 (3割負担) 129円
(予防)認知通所介護 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位	(1割負担) 19円 (2割負担) 38円 (3割負担) 57円
(予防)認知通所介護 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 174/1000(1ヶ月)	利用者様 1割から3割のどれか負担
若年性認知症利用者受入加算	60単位	(1割負担) 64円 (2割負担) 128円 (3割負担) 192円

附則

この重要事項説明書は、平成25年 1月 1日より施行する。
この重要事項説明書は、平成26年 2月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成26年 4月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成26年 7月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成27年 4月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成27年 8月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成28年 5月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成28年 7月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成28年10月 1日より改定、施行する。

この重要事項説明書は、平成29年 2月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成29年 4月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成29年 8月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成30年 4月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、平成30年 9月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、令和 1年 7月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、令和 1年10月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、令和 2年 9月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、令和 3年 4月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、令和 5年 6月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、令和 6年 4月 1日より改定、施行する。
この重要事項説明書は、令和 6年 6月 1日より改定、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、同意しました。

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