

重要事項説明書

(介護予防)認知症対応型通所介護



モンテラッセ
monterasse

株式会社モナトリエ

デイサービス モンテラッセ

認知症対応型通所介護サービス重要事項説明書

〈令和 8 年 4 月 1 日現在〉

1. 事業所（デイサービス）の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

法人名	株式会社モナトリエ
法人所在地	北九州市小倉北区魚町四丁目 3 番 8 号
代表者	濱田 時栄
事業所の種類	認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護
事業所名	デイサービス モンテラッセ
事業所の所在地	北九州市小倉南区蒲生二丁目 4-11
管理者の氏名	福重 秀一郎
電話番号	093-967-0825
FAX 番号	093-967-0826
指定番号	4090500440
サービスを提供する地域	小倉南区、小倉北区、八幡東区、門司区(離島は除く) (片道 20 分以内の距離に限る)
開設年月日	平成 29 年 12 月 20 日
利用定員	12 名

(2) 事業所の職員体制

管理者

1 名

生活相談員

サービス提供時間帯を通じて 1 名以上

看護職員・介護職員

2 名以上

機能訓練指導員

1 名以上

(3) サービス提供の時間帯

営業日	月曜日から土曜日まで
営業時間	9時00分～17時00分
営業しない日	日曜日・1月1日・自然災害時

2. 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

デイサービスモンテラッセの認知症対応型通所介護および介護予防認知症対応型通所介護従業者は介護予防などの心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の介助及び機能訓練を行い、利用者様の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持に努めるとともに、利用者様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

こころとからだを元気にする独自の価値を創出し「明日につながる笑顔」を共有しサービスを提供していきます。

(2) 運営方針

≪モンテラッセの想い・理念≫

ひとりひとりの願いが満たされるみんなのよりどころ

人には、それぞれの想いや人生があり、生活のリズムや喜び大切にしたいこと、そして願いもそれぞれ。

モンテラッセは共に過ごすご縁、つながりを大切にしながらお一人おひとりに寄り添い、支え、歩いてまいります。

真心をこめたおもてなしで素顔が笑顔になる。

ご利用者さま、ご家族さま、地域みなさまが

それぞれの願いを満ち、輝き、楽しくお過ごしいただけるよりどころになりたいと思っています。

≪モンテラッセ・ミッション≫

認知症になっても認知症が重度になっても住み慣れたまちで生活ができる地域づくりを行います。

事業の実施にあたっては北九州市、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. サービスの内容

- ①通所計画書の作成等 居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。
- ②送迎 ご利用者様の居宅と事業所間の送迎を行いません
- ③食事 食事の準備、配膳、下膳の介助、食事介助、その他ご利用者様に応じた食事内容の提供等を行います
- ④入浴 入浴の提供及び介助が必要なご利用者様に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行いません。
- ⑤排泄 排泄の自立を促すために、ご利用者の身体能力を最大限活用した排泄の介助及びオムツ交換等の援助を行います。
- ⑥更衣 介助が必要なご利用者様に対して、上着、下着の更衣の介助を行いません。
- ⑦移動・移乗介助 介助が必要なご利用者様に対して、室内の移動、車椅子への移乗の介助を行いません。
- ⑧服薬介助 介助が必要なご利用者様に対して、処方された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
- ⑨日常生活動作を通じた訓練 ご利用者様の能力に応じて、食事・入浴・排泄・更衣等の日常生活動作を通じた訓練を行います。
- ⑩レクリエーションを通じた訓練 ご利用者様の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱・体操等を通じた訓練を行います。
- ⑪器具などを使用した訓練 ご利用者様の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
- ⑫相談・援助 ご利用者様またはご家族からの相談・苦情をお受けいたします。
- ⑬創作活動等 ご利用者様の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
- ⑭特別なサービス ご利用者様に対するアセスメントの結果、必要と認められた場合、個々のご利用者様の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行います。

4. 利用料金

介護保険の適用がある場合は、下記の金額が利用者負担金となります。

1. 認知症対応型通所介護

ア 所要時間 5 時間～6 時間未満

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者負担金 (1割)	873 円	967 円	1,058 円	1,152 円	1,246 円
利用者負担金 (2割)	1,745 円	1,933 円	2,116 円	2,303 円	2,492 円
利用者負担金 (3割)	2,618 円	2,899 円	3,173 円	3,454 円	3,738 円

イ 所要時間 6 時間～7 時間未満

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者負担金 (1割)	895 円	991 円	1,085 円	1,181 円	1,278 円
利用者負担金 (2割)	1,790 円	1,981 円	2,169 円	2,362 円	2,555 円
利用者負担金 (3割)	2,685 円	2,972 円	3,253 円	3,543 円	3,832 円

ウ 所要時間 7～8 時間未満

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者負担金 (1割)	1,011 円	1,121 円	1,231 円	1,342 円	1,452 円
利用者負担金 (2割)	2,022 円	2,242 円	2,461 円	2,683 円	2,903 円
利用者負担金 (3割)	3,033 円	3,363 円	3,692 円	4,025 円	4,354 円

エ 所要時間 8 時間～9 時間未満

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者負担金 (1 割)	1,044 円	1,157 円	1,270 円	1,386 円	1,497 円
利用者負担金 (2 割)	2,087 円	2,313 円	2,539 円	2,771 円	2,994 円
利用者負担金 (3 割)	3,131 円	3,469 円	3,808 円	4,156 円	4,491 円

2. 介護予防認知症対応型通所介護

ア 所要時間 5 時間～6 時間未満

	要支援 1	要支援 2
利用者負担金 (1 割)	754 円	842 円
利用者負担金 (2 割)	1,507 円	1,684 円
利用者負担金 (3 割)	2,261 円	2,526 円

イ 所要時間 6 時間～7 時間未満

	要支援 1	要支援 2
利用者負担金 (1 割)	773 円	866 円
利用者負担金 (2 割)	1,546 円	1,731 円
利用者負担金 (3 割)	2,319 円	2,597 円

ウ 所要時間 7 時間～8 時間未満

	要支援 1	要支援 2
利用者負担金（1割）	876 円	978 円
利用者負担金（2割）	1,752 円	1,955 円
利用者負担金（3割）	2,627 円	2,932 円

エ 所要時間 8 時間～9 時間未満

	要支援 1	要支援 2
利用者負担金（1割）	903 円	1,008 円
利用者負担金（2割）	1,806 円	2,016 円
利用者負担金（3割）	2,709 円	3,024 円

3. 介護給付サービス利用料金表

加算	利用者負担（1割）
入浴介助加算	41 円
個別機能訓練加算	28 円
サービス提供体制加算Ⅰイ	23 円
若年性認知症利用者受入加算	61 円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数の 18.1%
送迎を行わない場合（片道につき）	-48 円

4. 介護保険対象外サービス等の費用

①食費 350円 / 別途：イベント食費(月1回)

※外部発注となるので、利用をキャンセルされてもそのお申し出の時期によってはお支払いいただく場合がございます。(3日前の午前9時までのお申し出によりキャンセル可)

②おむつは自宅から持参を原則といたしますが、不足の場合は提供し、使用されたおむつの種類に応じた費用をいただきます。

③介護給付支給量を超えてサービス利用する場合は全額自己負担となります。

④その他、通所介護の中で提供するサービスのうち、日常生活においても通常必要になると考えられるものにかかる費用で、ご利用者様が負担することが適当と認められる費用は実費をいただきます(クラブ活動費等。事前にお知らせいたします)。

利用料及びその他の費用の請求及び支払い方法について

①利用料及びその他の費用の請求方法

利用料及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額を請求いたします。その請求に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までにご利用者様宛にお届けします。

②利用料及びその他の費用のお支払方法

サービス提供記録の控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、次のいずれかの方法によりお支払いください。

- (1) ご利用者様指定口座からの自動振替
- (2) 現金支払い

いずれのお支払い方法においても、お支払いの確認をしましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。

※利用料及びその他費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

5. 利用の中止、変更、追加

サービスの提供については、ご利用者様のご都合に合わせて利用の中止や変更又は追加をすることができます。その場合、前項4-①に基づき、食費を請求させていただく場合がございます。

6. サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 当事業所の提供するサービスに関する相談又は苦情を受け付けるための窓口を設置します。

イ いただいた相談又は苦情の内容に適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

【事業者の窓口】

苦情受付担当責任者 管理者 福重 秀一郎
電話番号 093-967-0825

【その他機関の窓口】

開所時間：8時30分～17時00分

北九州市役所介護保険課(9階)	住所 北九州市小倉北区域内 1-1 電話 093-582-2771
小倉北区役所保健福祉課高齢者 障がい者相談コーナー(介護保険担当)	住所 北九州市小倉北区大手町1番1号 電話 093-582-3433
小倉南区役所保健福祉課高齢者 障がい者相談コーナー(介護保険担当)	住所 北九州市小倉南区若園五丁目1-2 電話 093-951-4127
八幡東区役所保健福祉課高齢者 障がい者相談コーナー(介護保険担当)	住所 北九州市八幡東区中央一丁目1番1号 電話 093-671-6885
門司区役所保健福祉課高齢者 障がい者相談コーナー(介護保険担当)	住所 北九州市門司区清滝一丁目1番1号 電話 093-331-1894
八幡西区役所保健福祉課高齢者 障がい者相談コーナー(介護保険担当)	住所 北九州市八幡西区黒崎三丁目15番3号 電話 093-642-1446
若松区役所保健福祉課高齢者 障がい者相談コーナー(介護保険担当)	住所 北九州市若松区浜町一丁目1番1号 電話 093-761-4046
戸畑区役所保健福祉課高齢者 障がい者相談コーナー(介護保険課)	住所 戸畑区千防一丁目1番1号 電話 093-871-4527
福岡県国民健康保険団体連合会介護 サービス苦情相談窓口(介護保険課)	住所 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話 092-642-7859

7. 非常災害対策

①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行ないます。

災害対策に関する担当者（防火管理者） 福重 秀一郎

②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います

避難訓練実施時期：（毎年 1 月・7 月 防災・災害対策）

④避難場所：紫川河畔公園または徳力市民センター。

洪水の場合は 2F へ垂直避難。

8. 緊急時の対応方法について

サービス提供中にご利用様に病状の急変が生じた場合又はその他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用様があらかじめ指定する連絡先に連絡します。

9. 事故発生時の対応方法について

当事業所のサービス提供中にご利用様に事故が発生した場合は、ご利用様の家族及び担当の居宅介護支援事業者又は居宅介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用様に対して、当事業者の過失により賠償すべき事故が発生した場合は、賠償を速やかに行ないます。なお、当事業者は損害賠償保険に加入しています。

10. 第三者による評価の実施状況

実施していません。

当重要事項の説明年月日	令和	年	月	日
-------------	----	---	---	---

事業者	所在地	北九州市小倉南区蒲生2丁目4-11
	法人名	株式会社モナトリエ
	代表者名	代表取締役 濱田 時栄
	事業所名	デイサービス モンテラッセ
	管理者	福重 秀一郎
	説明者	印

指定通所介護サービス及び指定通所介護予防サービスの提供開始に際し、重要事項の説明を行いました。

本書は2通作成し、ご利用者様及び事業者が署名捺印のうえ、1通ずつ保有するものとします。尚、内容等に変更が生じた場合、その都度説明等を行い同意の上変更致します。

上記内容の説明を事業者から受け、同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

家族代表者	住所	
	氏名	印