訪問介護・介護予防訪問型サービス
重要事項説明書

あなた様に対する訪問介護・介護予防訪問型サービスの提供開始にあたり、契約を締結する前に厚生省令第 37 号第 8 条に基づき、当事業所が内容を説明させていただきます。わからないこと、解りにくいことがあればご遠慮なく質問ください。

１.事業者概要

事業者名称	株式会社　三喜ハンズ
代表者氏名	代表取締役　三輪　憲一
事業所所在地	小牧市高根一丁目 310-1
電話番号	0568－68－8918

２.ご利用事業所

ご利用事業所の名称	さんきハンズ
指定番号	2373801410
所在地	小牧市高根一丁目 310-1
電話番号	0568－68－8918
ＦＡＸ	0568－68－8919
通常の事業の実施地域	小牧市、春日井市、犬山市

３.事業の目的と運営方針

事業の目的	株式会社　三喜ハンズが開設するさんきハンズが行う指定訪問介護・介護予防訪問型サービス事業の適正な運営を確保すべく必要な人員及び運営規定に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者が、要介護者・要支援事業対象者にある方に対し、適正な訪問介護等を提供することを目的とする
運営の方針	要介護・要支援状態の維持、改善を目的として計画的にサービスを提供します。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

４.事業所の従業者体制

	職務の内容	資格	常勤	非常勤	専任	兼務	計
管 理 者	業務の一元的な管理	介護福祉士	1 名			○	1 名
サービス提供責任者	サービス提供の管理	介護福祉士	2 名			○	2 名
訪問介護員等	訪問介護の提供	介護福祉士	5 名	3 名		○	8 名
		初任者研修	5 名	5 名		○	10 名

５.営業日と営業時間

営業日	月曜から日曜日 国民の祝日（振替休日を含む）、年末年始（12 月 31 日から 1 月 3 日）及びお盆（8 月 13 日から 8 月 15 日）を除く
営業時間	午前９時から午後６時まで ＊24 時間連絡可能

６.提供するサービスの内容とその利用料

基本料金（単位数に地域区分率の 10.21 を乗じた額）

訪問介護（身体介護が中心の場合）	単位数	利用者負担金額 （1 割負担の場合）
20 分以上 30 分未満	244 単位	250 円
30 分以上 60 分未満	387 単位	396 円
60 分以上 90 分未満	567 単位	579 円
30 分追加毎	82 単位	84 円
訪問介護（生活援助が中心の場合）	単位数	利用者負担金額
20 分以上 45 分未満	179 単位	183 円
45 分以上 90 分未満	220 単位	225 円
介護予防訪問型サービス	単位数	利用者負担金額
週 1 回（1 ヶ月につき）60 分未満	1,176 単位	1,201 円
週 2 回（1 ヶ月につき）60 分未満	2,349 単位	2,399 円
週 3 回（1 ヶ月につき）60 分未満 ＊小牧市の場合は要支援 2 の方のみ	3,727 単位	3,806 円

加算料金等

夜間加算（午後 6 時から午後 10 時まで）	所定単位数×25％
早朝加算（午前 6 時から午前 8 時まで）	所定単位数×25％
深夜加算（午後 10 時から午前 6 時まで）	所定単位数×50％
初回加算 （初回月に実施した訪問介護と同月にサービス提供責任者が訪問介護を行う場合）	２００単位/初回月
介護職員処遇改善加算（Ⅱ） （訪問介護サービスの１ヵ月の合計利用単位数に乗じられる）	加算率 ２２．４％
特定事業所加算（Ⅱ） （訪問介護サービスの１ヵ月の合計利用単位数に乗じられる）	加算率 １０．０％

7.交通費実費

当該事業所の実施地域を超える地点から、車両利用時の実費分として片道 10 ㎞未満は 200 円、10 ㎞以上の場合は 2 ㎞毎ごとに 200 円を加算させていただきます。

8.苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間　平日　午前 9 時～午後 5 時 土日　午前 9 時～午後 5 時 ご利用方法　電話　0568－68－8918 ／ ＦＡＸ 0568-68-8919 場所　訪問介護事業所　さんきハンズ
各市区町村関係課： 小牧市介護保険課	ご利用時間　平日　午前 9 時 00 分～午後 4 時 00 分 ご利用方法　電話　0568-76-1153 場所　小牧市役所 1 階
国民健康保険団体 連合会愛知連合会	ご利用時間　平日　午前 9 時～午後 5 時 ご利用方法　電話　052－971－4165 名古屋市東区泉一丁目 6-5
契約者様市区町村 介護保険課	所在地 ご利用時間　平日 ご利用方法　電話 場所

9.緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等を取るなど必要な措置を講じます。

主治医	医療機関名	正翔会クリニック
	主治医氏名	長尾　強志
	連絡先	〒485-0803 小牧市高根２丁目 316-3 0568-48-8126
緊急時	医療機関	小牧市民病院　：0568-76-4131 春日井市民病院：0568-57-0057
居宅支援事業所	事業所名称	
	介護支援専門員名	

	連絡先	

１０.各種委員会の設置について

（１）虐待防止に関して

虐待防止の為の措置	・虐待防止のための指針を整備 ・虐待防止委員会の定期的な開催と職員への周知 ・虐待防止に関する定期的な研修の実施

（２）身体拘束に関して

やむを得ず身体拘束を行う場合の措置	・身体拘束のための指針を整備 ・身体拘束委員会の定期的な開催と職員への周知 ・身体拘束に関する定期的な研修の実施 ・身体拘束に当たり心身の状況と緊急やむを得ない理由の説明と同意を得る

（３）衛生管理について

感染症が発生した場合の措置	・感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備 ・感染症予防委員会の定期的な開催と職員への周知 ・感染症の予防及びまん延防止に関する定期的な研修の実施

（４）業務継続計画について

業務継続計画 (BCP) 災害時の対応	・業務継続計画（BCP）の指針を整備 ・業務継続計画（BCP）に関する定期的な研修の実施 ・定期的な業務継続計画の見直しをする

１１.事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定訪問介護の提供により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。

１２.損害賠償保険の加入

入居者様および職員に賠償責任が生じた場合に対応するため

賠償責任保険内容	・保険会社名：MS&AD 三井住友海上 代理店名：有限会社　オザックス ・電話番号　０５６８－８４－６６２２

	ＦＡＸ　０５６８－８５－４４４８

１３.第三者評価の実施状況

第三者評価実施	あり　・（なし）（実施予定日：　　年　　月　　日）
実施した直近の年月	今年度実施予定
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

（乙）当事業者は、甲１に対する訪問介護・介護予防訪問型サービス等の提供開始に当たり、本書面に基づいて重要事項を説明しました。

（乙）介護サービス事業者
事務所所在地　小牧市高根一丁目３１０－１
名　　称　訪問介護事業所　さんきハンズ
説　明　者

令和　　年　　月　　日

（甲）私は、本書面に基づいて甲から上記重要の事項の説明を受けました。
私は、訪問介護・介護予防訪問型サービス等の提供開始に同意します。
（甲１）同　意　者　　住　　所：

氏　　名：

（続き柄：　　）