介護予防通所型サービス**重要事項説明書**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 三喜ハンズ
主たる事務所の所在地	愛知県小牧市高根一丁目310番地1
代表者（職名・氏名）	代表取締役　三輪　憲一
設　立　年　月　日	平成23年12月1日
電　　話　　番　　号	0568-68-8918

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス　さんき	
サービスの種類	介護予防通所型サービス	
事業所の所在地	愛知県小牧市高根一丁目310番地2	
電　　話　　番　　号	0568-68-8918	
指定年月日・事業所番号	令和元年12月1日　指定	23A3800266
利　　用　　定　　員	定員20人	
事業の実施地域	小牧市	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所型サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

４．提供するサービスの内容

介護予防通所型サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

５．営業日時

営 業 日	月曜日から土曜日まで ただし、12/31、1/1、1/2を除く
営業時間	午前 9 時から午後 5 時までとする。
サービス 提供時間	午前 9 時 00 分から午後 4 時 10 分までとする。

６．事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常　勤　2人
看護職員	非常勤　2人
介護職員	常　勤　3人、非常勤　2人
機能訓練指導員	非常勤　1人

７．サービス提供の責任者

サービス提供の管理者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管　理　者　　三輪　紘子

８．利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の 1～3 割の額**です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）介護予防通所型サービスの利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。

【基本部分】　＊基本単位に　10.14 を乗じた金額となります。

利用者の 要介護度	基本単位数	利用者負担		
		１割	２割	３割
要支援1 事業対象者	1,798単位（1ヵ月につき）	1,824円	3,648円	5,472円
要支援２	3,621単位（1ヵ月につき）	3,672円	7,344円	11,016円

【加算部分】＊基本単位に　10.14 を乗じた金額となります。

加算の種類	加算の要件（概要）		加算額			
			基本単位数	利用者負担		
				1割	2割	3割
若年性認知症利用者受入加算	個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合		240	244	488	732
生活機能向上グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合		100	102	204	306
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合		200	203	406	609
口腔機能向上加算Ⅰ	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合		150	153	306	459
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能の向上を目的として，個別的に実施される口腔掃除の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合		160	163	326	489
栄養アセスメント加算	管理栄養士を１名以上配置すること。 栄養アセスメントを実施していること。 結果を説明し、相談等に必要に応じて対応すること。栄養状態等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、必要な情報を活用していること 定員超過利用・人員欠如減算に該当していないこと		50	51	102	153
一体サービス提供加算	栄養サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を１月につき２回以上設けていること。栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。		480	487	974	1461
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ※	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	事業対象者・要支援１	88	90	180	270
		事業対象者・要支援２	176	179	358	537
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）ロ※		事業対象者・要支援１	72	73	146	219
		事業対象者・要支援２	144	146	292	438
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）※		事業対象者・要支援１	24	25	50	75
		事業対象者・要支援２	48	49	98	147
介護職員処遇改善加算Ⅰ※	当該加算の算定要件を満たす場合		上記基本部分と各種加算減算の合計9．2%			
介護職員処遇改善加算Ⅱ※			上記基本部分と各種加算減算の合計９．0%			
介護職員			上記基本部分と各種加算			

処遇改善加算Ⅲ※		減算の合計８．０％
介護職員 処遇改善加算Ⅳ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計６．　４％
介護職員 処遇改善加算Ⅴ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計８．１％～３．３％

（注１）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。
（注２）特に記載のない項目については、１月につき加算される金額です。

（２）その他の費用

食　　費	食事の提供を受けた場合、１回につき550円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、１回につき150円の実費をいただきます。
そ の 他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（３）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合も包括報酬のためキャンセル料は発生しません。

（４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。　なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。

９．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 （家族等）	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

１０．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号　　当事業所の相談室	0568-68-8918

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	小牧市健康福祉部介護保険課	電話番号　0568-76-1153
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号　052-971-4165

１１．サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

（３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

１２．非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

非常時の対応	別途定める災害非常時マニュアル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		設備名称	
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	避難階段	あり	屋内消火器	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	なし
	誘導灯	あり	自動火災通報装置	あり
	カーテンは防炎性能のあるものを使用しています。			

１３．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

１４．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。

１５．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 Ｆ　Ａ　Ｘ　　０５６８－８５－４４４８

１６．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	

令和　　年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事　業　者　　所在地　愛知県小牧市高根１丁目３１０番地１

事業者（法人）名　株式会社三喜ハンズ

代表者名　代表取締役　三輪　憲一

説明者　　職名

氏名　　㊞

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利　用　者　　住　所

氏　名　　㊞

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　㊞