

重要事項説明書

1 当事業所の概要

事業所名	居宅介護支援センターサンホーム鶴間	
所在地	神奈川県大和市西鶴間 8-1-2	
介護保険事業所番号	1473000063号	
管理者及び連絡先	氏名	連絡先
	天野 宏一	大和市西鶴間 8-1-2 046-200-8016 (第1号通所事業 (介護予防通所型サービス))
サービス提供地域 利用定員	大和市、座間市ひばりが丘 40名	

2 当事業所の職員体制等

● 第1号通所事業 (介護予防通所型サービス)

職種	従事する業務	人員	
管理者	運営管理全般	1名	
サービス担当者	生活相談員	利用者の生活相談業務全般	1名
	看護職員	看護業務全般	1名以上
	介護職員	通所介護の提供	6名以上
	機能訓練指導員	利用者の機能訓練指導業務全般	1名以上

3 営業時間

	営業日	営業時間	サービス提供時間
第1号通所事業 (介護予防通所型サービス)	月～土曜日	8:45～17:30	10:45～16:00

※年末年始12/31～1/3は休業日となります。

4 利用者負担金

ア自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。

- (1) 自動口座引き落とし (ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。)
- (2) 現金払い (月1回定められた日にお支払い願います。)

イ上記の利用者負担金は、「法定代理受領 (現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料 (10割) を支払い、その後市町村に対して保険給付分 (各利用者の負担割合に応じた額) を請求することになります。

※介護保険外のサービスとなる場合 (サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む) には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画を作成する際に居宅介護支援事業者もしくは地域包括支援センターから説明の上、利用者の同意を得ることになります)

5 当事業所のサービス方針、目的

要支援・事業対象者にある利用者が可能な限り、その居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営む事ができるよう配慮すると共に介護予防に努め、その身体的及び精神的な負担の軽減を図る。又利用者の人格を尊重し、利用者本位のサービス提供に努める。

1 0 従業員の研修体制

当事業所職員の資質向上の為、年間計画に基づき、研修を実施します。

1 1 第三者評価の実施状況

当事業所は、第三者評価を実施しておりません。

1 2 衛生管理

当事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 当事業所職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (5) 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 3 非常災害対策

当事業者は、消防法8条第1項に基づき、防火管理についての必要事項を定め、火災、地震その他の災害の予防と人命の安全、被害の軽減を図ります。また自衛消防隊を組織し、適時サービス提供において避難、消防計画を説明し、計画に基づいた避難訓練を実施します。

1 4 虐待の防止

当事業者は虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
虐待の防止に関する担当者：主任 萩原 一馬

1 5 身体拘束の禁止

- (1) 当事業者はサービス提供にあたり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。
- (2) 前項ただし書きの規定に基づき緊急やむを得なく身体的拘束等の行動制限を行う場合には、事業者は事前に、もしくは可及的速やかに利用者及び家族に連絡・説明し、同意を得ます。
- (3) 第1項ただし書きの規定に基づき緊急やむを得なく身体拘束等の行動制限を行なう場合には、『サンホーム鶴間「身体拘束等の行動制限」についての取扱要領』に従って適正に手続きをした上、実施した日時、方法、利用者の心身の状況、緊急やむを得ないと判断した理由、見直し日、見直しまでの対応、その他必要な事項について身体拘束に関する報告書及びサービス提供記録に記載します。

1 6 業務継続計画の策定

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当

該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的を実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 7 サービスの内容

- (1) 「第1号通所事業（介護予防通所型サービス）」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、介護予防、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- (2) 当事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3) サービス提供にあたっては、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画に沿って計画的に提供します。

サービス提供を行う施設	所在地	神奈川県大和市西鶴間8-1-2		
	名称	居宅介護支援センターサンホーム鶴間	電話	046-200-8016

一般型（ふるさとデイサービス）	提供時間 10：45から16：00
-----------------	-------------------

1 8 サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「連絡票」の書面にサービス内容を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 当事業者は、一定期間ごとに作成する「サービス計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況に関する「サービス記録」をサービス提供ごとに作成します。
- (3) 当事業者は、前記「サービス記録」その他の記録をサービス終了後5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

1 9 責任者

サービス提供の責任者は、次のとおりです。

サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名：萩原 一馬

連絡先（電話）：046-200-8016

2 0 利用者負担金

- (1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、次のとおりです。
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。（又は、介護保険の法定利用料の範囲内で当事業者が設定した金額です。）
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画を作成する際に居宅介護支援事業者または地域包括支援センターから説明の上、利用者の同意を得ることになります）
- (4) 利用者負担金は、翌月27日にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。
 - ※ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画を作成しない場合など償還払いの場合には、いったん利用料の10割をお支払いいただき、その後市町村に対して保険給付分（各利用者の負担割合に応じた額）を請求できます。
 - ※ 月途中の利用開始の場合、事業者は利用者との契約開始を事由として、契約日を起算日に日

割り計算を行います。ただし、当該契約月にサービス利用がない場合は利用料を請求することはありません。

※ 月途中の利用終了の場合、事業者は利用者との契約解除を事由として、契約解除日を起算日に日割り計算を行います。ただし、当該契約解除月にサービス利用がない場合は利用料を請求することはありません。

※ 大和市以外の被保険者が当事業者を利用する場合は、被保険者が該当する市町村の単位数等を用い、利用料金を算定します。住所地特例対象者の場合はこの説明書の通りです。

第1号通所事業（介護予防通所型サービス）

- 「要支援1」「事業対象者」・・・・・・・・・・・・・・・・1月あたり 1798単位
- 「要支援2」・・・・・・・・・・・・・・・・1月あたり 3621単位

加算の内訳（要支援の内容とは別に加算され、一律となります）

- 「サービス提供体制強化加算Ⅱ」・・・1月あたり(要支援1・事業対象者) 72単位
(要支援2) 144単位
- 「介護職員等処遇改善加算Ⅰ」・・・・・・・・・・・・1ヶ月の単位の合計×0.092（小数点以下四捨五入）

上記したそれぞれの単位の合計が **1ヵ月の合計単位数**となります。

料金計算の方法 「単位」を「円」に換算する方法

1ヵ月の合計単位数 × 10.45（地域加算） = 10割の金額（小数点以下切り捨て）

10割の金額のうち、各利用者の負担割合に応じた額が**利用者負担金**となります。実際は1ヶ月の合計単位から算出するため、利用回数、利用内容によって多少の誤差が生じます。

● **介護度別利用者負担金額**

要支援1・事業対象者

基本利用料の合計（10割）	利用者負担金の合計
一月につき 21338円	一月につき 2134円(1割) 4268円(2割) 6402円(3割)
昼食費 800円	一回につき 800円
総 計	2134円+800円×回数分（1割） 4268円+800円×回数分（2割） 6402円+800円×回数分（3割）

要支援2

基本利用料の合計（10割）	利用者負担金の合計
一月につき 42959円	一月につき 4296円(1割) 8592円(2割) 12888円(3割)
昼食費 800円	一回につき 800円
総 計	4296円+800円×回数分（1割） 8592円+800円×回数分（2割） 12888円+800円×回数分（3割）

2 1 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。
連絡先（電話） 0 4 6 — 2 0 0 — 8 0 1 6
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする際には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、所定のキャンセル料（食費などの実費相当分）をお支払いいただきます。但し利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- (3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

2 2 その他

- (1) 契約時に「健康質問表」の記入をお願いします。記入事項の内容（感染症等）が不明の場合、医師による健康診断書を求める場合もあります。
- (2) 持参以外のオムツ類の利用は実費負担となります。（希望者のみ・リハビリパンツ・テープ止めオムツ・尿とりパットなどは1枚100円）
- (3) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

