

介護予防・生活支援サービス
(予防専門型通所サービス・予防運動型通所サービス)
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	有限会社 アット
主たる事務所の所在地	〒452-0812 名古屋市西区玉池町2 5 5 番地
代表者（職名・氏名）	代表取締役 舟木 律子
設立年月日	平成15年3月6日
電話番号	052-509-5115

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	あいりデイホーム	
サービスの種類	予防専門型通所サービス・予防運動型通所サービス	
事業所の所在地	〒452-0812 名古屋市西区玉池町2 1 7 番地	
電話番号	052-509-5155	
指定年月日・事業所番号	平成18年9月1日指定	2370401552
利用定員	定員40人	
通常の事業の実施地域	名古屋市西区、北区、清須市、北名古屋市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、予防専門型通所サービス・予防運動型通所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

予防専門型通所サービス・予防運動型通所サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、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	月曜日から日曜日まで
営業時間	午前8時30分から午後6時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時45分まで

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、 非常勤 0人
看護職員	常勤 2人、 非常勤 2人
介護職員	常勤 5人、 非常勤 7人
機能訓練指導員	常勤 3人、 非常勤 3人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（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。

担当職員の氏名	生活相談員 井上 佐和子
管理責任者の氏名	管理者 森迫 友美

8. 利用料

あなたが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、原則として基本利用料の1割、2割又は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) 第1号訪問事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防通所介護相当】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担金		
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要支援1	17,856円	1,785円	3,571円	5,356円
要支援2	36,611円	3,661円	7,322円	10,983円

※上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算：予防専門型通所サービス】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算額			
	基本利用料	1割	2割	3割
生活機能向上グループ活動加算	1,068円	106円	213円	320円
運動器機能向上加算	2,403円	240円	480円	720円
口腔機能向上加算Ⅱ	1,708円	170円	341円	512円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	53円	5円	10円	16円
事業所評価加算	1,282円	128円	256円	384円
介護職員処遇改善加算Ⅰ※	上記基本部分と各種加算減算の合計の5.9%			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ※	上記基本部分と各種加算減算の合計の1.0%			
介護職員等ベースアップ等支援加算※	上記基本部分と各種加算減算の合計の1.1%			

(注) ※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。

(2) その他の費用

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。(すべて消費税別)

	ご利用サービス実費料金
1日ご利用	800円/回
午前のみご利用(昼食あり)	600円/回
午後のみご利用(昼食無し・おやつあり)	200円/回

<ご利用サービスの概要と利用料金>

- ① 食費(食事の調理と材料の提供)
ご利用者に提供する食事の調理及び材料にかかる費用です。
 - ・料金：1食あたり600円(お茶代等込み)
- ② サービス雑費(ご利用時にサービス提供にかかる費用です。)
 - ・料金：1回のご利用あたり200円(おやつ代、教養娯楽費、タオル代等)
- ③ 複写物の交付
ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
- ④ 利用サービスで必要となる日常生活品等の実費
日常生活品の購入代金等、ご利用者が通常の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるもの(おむつ等)にかかる費用を負担いただきます。
 - ・尿パット代：50円/1枚
 - ・紙おむつ代：100円/1枚
 - ・リハビリパンツ代：150円/1枚
 - ・ファイル代：100円/1冊
 - ・お洗濯代(ご要望の方、また汚染された方)100円/1回
 - ・行事等特別な食事代：実費
 - ・特別な教養娯楽費：(レクリエーション材料費等)

(3) キャンセル料

体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします(前日までの連絡が必要です)。当日にご利用をキャンセルされる場合は、食費として600円ご負担いただきます。

(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。

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。 岡崎信用金庫 小田井支店 普通口座 9018324
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

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。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び名古屋市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

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

事業所相談窓口	電話番号 052-509-5155 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(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	名古屋市西区役所(介護保険課)	電話番号 052-521-5311
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号 052-971-4165

12. 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当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 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。

西暦 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 愛知県名古屋市西区玉池町2-1-7番

事業者名 あいりデイホーム

代表者名 管理者 森迫 友美 印

説明者・氏名 印

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。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印

立会人 住所

氏名 印

個人情報利用同意書

私は（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記（1）ほか、居宅介護支援事業所又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現に介護予防、介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防及び介護サービス計画に掲載されている介護予防及び介護サービス事業所
- (2) 受託した居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (4) 生命、身体保護に必要な場合（災害時の安否確認情報を行政に提供する場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

西暦 年 月 日

事業所名称 有限会社アット あいり デイホーム

利用者：住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人又は立会人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印