第１号通所事業(阿南市介護予防通所介護相当サービス・阿南市はつらつデイサービス)
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	イツモスマイル株式会社
所在地	〒770-0022 徳島県徳島市佐古二番町５番 11 号
代表者(職名・氏名)	代表取締役　大田　仁大
設立年月日	平成 15 年７月 31 日
電話番号	088-611-3131

２ 事業所の概要

事業所の名称		デイサービスセンター希	
サービスの種類		通所介護 介護予防通所介護 第1号通所事業 ・阿南市介護予防通所介護相当サービス ・阿南市はつらつデイサービス	
事業所の所在地		〒774-0045 徳島県阿南市宝田町荒井20	
電話番号		0884-24-8011	
FAX		0884-24-8012	
事業所開設年月日・事業所番号		平成28年9月1日開設	3670400799
指定年月日	通所介護事業	平成 28 年９月１日指定	
	介護予防通所介護事業	平成 28 年９月１日指定	
	阿南市介護予防通所介護相当サービス	平成 29 年４月１日指定	
	阿南市はつらつデイサービス	平成 29 年４月１日指定	
実施単位・利用定員		1単位	定員　30人 内はつらつデイサービス定員　5人

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、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、阿南市介護予防通所介護相当サービス及び阿南市はつらつデイ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等の軽減や悪化の防止、若しくは要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう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

阿南市介護予防通所介護相当サービス及び阿南市はつらつデイサービスは、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、排せつや食事等の介助、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、水曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時30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 3人
看護職員	常勤 1人
介護職員	常勤 2人
機能訓練指導員	常勤 1人
阿南市はつらつデイサービス従事者	

7 管理者

事業所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。

管理者の氏名	川口 英昭

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、原則として負担割合証に応じた基本単位の1割又は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。

※以下は、利用者負担欄が 1 割の方の場合の金額となります。2 割の方は、基本単位数×10 円×2 割、3 割の方は、基本単位数×10 円×3 割です。

(1)阿南市介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

サービス区分			基本単位	利用者負担(1 割)
現行相当通所サービスⅠ	1週間に**1回**の阿南市介護予防通所介護相当サービスが必要とされた方(要支援1、事業対象者)	月 4 回まで	384 単位/回	384 円/回
		月 5 回以上	1,672 単位/月	1,672 円/月
現行相当通所サービスⅡ	1週間に**2回**の阿南市介護予防通所介護相当サービスが必要とされた方(要支援2、事業対象者)	月 8 回まで	395 単位/回	395 円/回
		月 9 回以上	3,428 単位/月	3,428 円/月

【加算】 加算要件を満たす場合、以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算内容	加算額	
		基本単位	利用者負担(1 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 単位/月	240 円/月
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を行った場合	225 単位/月	225 円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ	外部リハビリテーション事業所の専門職と同行訪問し、連携し計画書を作成、生活機能向上を目指し、適切な健康改善を図った場合	200 単位/月	200 円/月
		100 単位/月	100 円/月
口腔機能向上加算Ⅰ	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	150 単位/月	150 円/月
口腔機能向上加算Ⅱ		160 単位/月	160 円/月
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合(2種類)	480 単位/月	480 円/月
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合(3種類)	700 単位/月	700 円/月
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 単位/月	100 円/月

事業所評価加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合		120 単位/月	120 円/月
科学的介護推進加算	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合		400 単位/月	40 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	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 単位/月	88 円/月
		事業対象者・要支援2	176 単位/月	176 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ		事業対象者・要支援1	72 単位/月	72 円/月
		事業対象者・要支援2	144 単位/月	144 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ		事業対象者・要支援1	24 単位/月	24 円/月
		事業対象者・要支援2	48 単位/月	48 円/月
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	サービス事業所が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えてサービスを行った場合		所定単位数の 5%	左記計算の 1 割
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		介護報酬総単位数の 92/1000	左記計算の 1 割
介護職員処遇改善加算Ⅱ			介護報酬総単位数の 90/1000	

【減算】 減算要件を満たす場合、以下額を算定します。

減算の種類	減 算 の 要 件		減 算 額
定員超過	当該減算の要件に該当した場合		所定単位数の 30%
看護・介護職員人員欠如	当該減算の要件に該当した場合		所定単位数の 30%
同一建物に居住する利用者に対する減算	当事業所と同一建物に居する一定数以上の利用者に対してサービス提供する場合	事業対象者・要支援1	▲376 円
		事業対象者・要支援2	▲752 円

(2)阿南市はつらつデイサービスの利用料

【基本部分】

サ ー ビ ス 区 分				基本単位	利用者負担(1 割)
週1回程度	2～3 時間	1週間に<u>1回</u>の阿南市介護予防通所介護相当サービスが必要とされた方 **(要支援1、事業対象者)**	月 4 回まで	124 単位/回	124 円/回
			月 5 回まで	358 単位/月	358 円/月
	3 時間超	1週間に<u>1回</u>の阿南市介護予防通所	月 4 回まで	237 単位/回	237 円/回

		介護相当サービスが必要とされた方 **（要支援1、事業対象者）**	月 5 回まで	809 単位/月	809 円/月
	送迎加算		月 10 回まで	片道 47 単位/回	片道 47 円/回
	入浴加算		月 5 回まで	45 単位/回	45 円/回
週2回程度	2～3 時間	1週間に**2回**の阿南市介護予防通所介護相当サービスが必要とされた方 **（要支援2、事業対象者）**	月 8 回まで	131 単位/回	131 円/回
			月 9 回まで	908 単位/月	908 円/月
	3 時間超	1週間に**2回**の阿南市介護予防通所介護相当サービスが必要とされた方 **（要支援2、事業対象者）**	月 8 回まで	247 単位/回	247 円/回
			月 9 回まで	1,834 単位/月	1,834 円/月
	送迎加算		月 18 回まで	片道 47 単位/回	片道 47 円/回
	入浴加算		月 9 回まで	45 単位/回	45 円/回

【加算】 加算要件を満たす場合、以下の料金が加算されます。

加算の種類	加 算 内 容	加 算 額	
		基本単位	利用者負担（1 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	48 単位/回	48 円/回
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を行った場合	45 単位/回	45 円/回
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	30 単位/回	30 円/回
口腔機能向上加算Ⅰ	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	30 単位/回	30 円/回
口腔機能向上加算Ⅱ		32 単位/回	32 円/回
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合（2種類）	96 単位/回	96 円/回
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合（3種類）	140 単位/回	140 円/回
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	20 単位/回	20 円/回
科学的介護推進加算	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合	8 単位/回	8 円/回

【減算】 減算要件を満たす場合、以下額を算定します。

減算の種類	減　算　の　要　件	減　算　額
定員超過	当該減算の要件に該当した場合	所定単位数の 30%

(3)介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者負担となります。

交 通 費	なし
食　　費	１回につき 550 円
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、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ものに係る経費であって、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）についての費用

(4)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は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の10%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の10%の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(5)支払い方法

上記(1)及び(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、月末締めで計算し、翌月10日までに請求しますので、その月の20日までに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、10日以内に差し上げます。

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20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。 阿波銀行　両国橋支店　普通口座 1303193
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日(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。 阿波銀行　両国橋支店　普通口座 1303193
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(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 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、阿南市の区域とする。

10 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	

11 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阿南市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12 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	苦情受付責任者　大田　仁大 苦情受付窓口（担当者）　川口　英昭 受付時間　8:30～17:30 受付場所　デイサービスセンター希 電話番号　0884-24-8011

（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	阿南市介護・ながいき課	阿南市富岡町トノ町12番地3 電話番号　0884-22-1793
	徳島県国民健康保険団体連合会	徳島市川内町平石若松78番地1 電話番号　088-665-7205
	徳島県運営適正化委員会	徳島市中昭和町1丁目2 徳島県総合福祉センター3F 電話番号　088-611-9988

13 個人情報（秘密保持）について

事業所及び事業所の職員は、業務上知り得た利用者様及び契約者様の個人情報（秘密）について、漏らすことなく保持します。職員が退職した場合であっても、これらの個人情報（秘密）を保持することを雇用契約の条件としています。

14 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。

15 非常災害対策について

事業所は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えております。

防災訓練　年 1回
避難訓練　年 1回
通報訓練　年 1回

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 徳島県徳島市佐古二番町5番11号

事業者(法人)名 イツモスマイル株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 大田 仁大

説明者職・氏名 管理者 川口 英昭

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

立 会 人　住 所

氏 名