

**介護予防
日常生活支援総合事業第1号事業
重要事項説明書
(中新川版)
(1日デイ・半日デイ共通)**

株式会社ケアサポートコウセイ

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業 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 ケアサポートコウセイ
主たる事務所の所在地	〒930-1367 富山県中新川郡立山町宮路34番地1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 竹内 功造
設 立 年 月 日	平成25年4月12日
電 話 番 号	076-483-4384

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス宮路やまの湯	
サービスの種類	第1号通所事業	
事業所の所在地	〒930-1367 富山県中新川郡立山町宮路34番地1	
電話番号	076-483-4384	
指定年月日・事業所番号	平成25年10月1日指定	1671600748
実施単位・利用定員	1単位目（1日デイ）	定員27人
	2単位目（入浴特化半日デイ：午前）	定員8名
	3単位目（入浴特化半日デイ：午後）	定員8名
通常の事業の実施地域	中新川郡（立山町・上市町・舟橋村）・富山市	

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、介護予防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

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）は、事業者が設置する事業所に通っていただき、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	年未年始（12月30日から1月3日まで）と日曜日を除く毎日。 祝日は営業いたしません。
営業時間	午前8時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	1単位目（1日デイ） 8：40～16：10
	2単位目（入浴特化半日デイ：午前） 8：40～11：45
	3単位目（入浴特化半日デイ：午後） 13：05～16：10

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 1人以上
看護職員	常勤 1人以上
介護職員	常勤 1人以上
機能訓練指導員	常勤 1人以上

7. 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利用料の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。

（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】令和6年6月1日～

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）	利用者負担（3割）
事業対象者 要支援1	17,980円/月（月4回以上の利用の場合）	1,798円	3,596円	5,394円
	4,360円/日（月3回以下の利用の場合）	436円	872円	1,308円
事業対象者 要支援2	36,210円/月（月8回以上の利用の場合）	3,621円	7,242円	10,863円
	4,470円/日（月7回以下の利用の場合）	447円	894円	1,341円

（注1）上記の基本利用料は、中新川広域行政事務組合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：介護予防通所介護相当】

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	加算の要件（概要）	加算額				
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)	
生活機能向上 グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1,000円	100円	200円	300円	
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	2,000円	200円	400円	600円	
口腔機能向上加算	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もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	1,500円	150円	300円	450円	
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	4,800円	480円	960円	1,440円	
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ		7,000円	700円	1,400円	2,100円	
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	1,200円	120円	240円	360円	
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	要支援1	880円	88円	176円	264円
		要支援2	1,760円	176円	352円	528円
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）		要支援1	720円	72円	144円	216円
		要支援2	1,440円	144円	288円	432円
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）		要支援1	240円	24円	48円	72円
		要支援2	480円	48円	96円	144円
科学的介護推進体制 加算	利用者ごとの心身状況等に係る基本的な情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出していること。	400円	40円	80円	120円	
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	当施設では、介護職員処遇改善加算はⅡを算定いたします。				
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ						
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ						
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ						

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注4) 加算Ⅲは加算Ⅱの90%、加算Ⅳは加算Ⅱの80%となります。

(2) その他の費用

食費	1単位目（1日デイ）ご利用の場合1回につき700円（おやつ代含む）の食費をいただきます
おやつ代	2単位目・3単位目（入浴特化半日デイ）をご利用の場合1回につき200円のおやつ代をいただきます。
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

緊急やむを得ない場合を除き、利用者の都合で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。また、介護予防通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、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
利用予定日の午前8時までに連絡	なし
利用予定日の午前8時までに連絡が無かった場合	1単位目＝700円（食事代相当）
	2単位目・3単位目＝200円（おやつ代相当）

(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、領収証をお渡しいたします。

支払い方法	支払い要件等
支払委託方式 （推奨）	当事業所ではこのお支払い方法を推奨させていただいております。 収納委託会社：石川コンピューターセンター 毎月22日に先月利用分を指定口座より引き落とし。 金融機関休業日の場合は翌営業日 （この場合、領収証を希望される場合はお申し付けください）
銀行振り込み	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）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。 （振込み手数料は利用者様負担にてお願いしております。） ●富山銀行 立山支店 普通口座 3003590 株式会社ケアサポートコウセイ 代表取締役 竹内功造 ●北陸銀行 立山支店 普通口座 6016676 株式会社ケアサポートコウセイ 代表取締役 竹内功造
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。

8. 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 所在地 電話番号 等	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	

9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 虐待防止にかんする担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者 管理者 竹内 功造
- 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- 虐待防止のための指針を整備しています。
- 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村へ通報します。

10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで、次に掲げることについて留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び状態等についての記録を行います。また、事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- 緊急性 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- 非代替性 身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止できない場合。
- 一時性 利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

11. 衛生管理等

- 従業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。
- 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。
- 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように次に掲げる措置を講じます。
 - 1 事業所における感染症の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6カ月に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

底しています。

- 2 事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。
- 3 従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

12. 業務継続計画の策定等について

- 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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。
- 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実施します。
- 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。

13. サービス利用にあたっての禁止事項について

- 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。

14. 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等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

15. 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：076-483-4384 時間外は転送 面接場所：当事業所の相談室 解決責任者 デイサービス宮路やまの湯 管理者 竹内 功造 株式会社ケアサポートコウセイ 代表取締役 竹内功造
---------	--

(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	立山町健康福祉課	076-462-9958
	上市町福祉課	076-472-1111
	舟橋村生活環境課	076-464-1121
	富山市介護保険課	076-443-2041
	中新川広域行政事務組合	076-464-1316
	富山県国民健康保険団体連合会	076-431-9833
	富山県福祉サービス運営適正化委員会	076-432-3280

16. 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いたします。
- (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。

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 実施の有無 | 無 |
| (2) 実施した直近の年月日 | 無 |
| (3) 実施した評価機関の名称 | 無 |
| (4) 評価結果の開示状況 | 無 |

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 富山県中新川郡立山町宮路 34 番 1
株式会社ケアサポートコウセイ
代表取締役 竹内功造

デイサービス宮路やまの湯

説明者職・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。
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 _____

ご家族又は代理人

住所 _____

本人との続柄 _____

氏名 _____