

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）重要事項説明書

利用者様に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者様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 FPケアサービス
主たる事務所の所在地	〒316-0023 茨城県日立市東大沼町3-28-3
代表者（職名・氏名）	代表取締役 小林 竜也
設 立 年 月 日	2003年6月16日
電 話 番 号	0294-32-5538

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス秋桜うみ	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	〒316-0023 茨城県日立市東大沼町4-30-3	
電 話 番 号	0294-85-7548	
指定年月日・事業所番号	令和8年1月13日指定	0890200652
通常の事業の実施地域	日立市	
利用定員	18名	

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（デイサービス秋桜うみ）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	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
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	午前9時00分から午後4時00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 0人、 非常勤 1人
介護職員	常勤 3人、 非常勤 2人
機能訓練指導員	常勤 0人、 非常勤 1人

7. サービス提供の担当者

利用者様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 濱名 梓
管理責任者の氏名	管理者 濱名 梓

8. 利用料

利用者様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、利用者様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	基準型通所介護サービス費
事業対象者 要支援1	1,798単位（1月につき）
要支援2	3,621単位（1月につき）

(注1) 上記の基準型通所介護サービス費は、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、これら基準型通所介護サービス費も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基準型通所介護サービス費を書面でお知らせします。

【加算：介護予防通所介護相当】

加算	事業対象者・要支援1	要支援2
サービス提供体制強化加算Ⅲ	24単位/月	48単位/月
介護職員処遇改善加算Ⅱ	介護報酬総単位数× 9.0%	

(2) 保険外

のサービス

食材費（昼食代・おやつ代・飲み物）	750円/1回
紙おむつ	100円/1枚
リハビリパンツ	100円/1枚
パッド	大 50円、小 30円
屋内外行事時の諸費用、写真代等	実費

(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。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
利用予定日の前日	不要
利用予定日の当日	750円（食事代）

(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。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)の料金、費用は、毎月15日までに前月分の請求いたします。
お支払い方法は、銀行口座引落とし(毎月25日)になります。

9. 利用の中止、変更および追加

(1) ご利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービス利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。ただし、サービスの利用の変更、追加の申し出に対して、事業者の労働状況によりご利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合もありますので、その場合には他の利用可能日を提示し協議することとします。

(2) ご利用者の都合により2か月以上のご利用がなかった場合、自動的にサービスを終了いたします。

10. 金銭および貴重品の管理

サービス提供中、金銭および貴重品の管理に関して一切の責任を負わないものとします。

11. サービス利用にあたっての留意事項

(1) 以下の禁止事項を故意に繰り返し行う場合はサービスの中止をお願いする場合がございます。

- ①事業所内禁煙
- ②故意による不潔行為および他のご利用者様への迷惑・危険行為
- ③宗教活動および政治活動

(2) その他

- ①ご利用開始にあたり必ず、契約書、重要事項説明書の内容の確認をお願いいたします。
- ②身元保証人をご変更される場合はご相談ください。

12. 非常災害対策

当事業所は、消防法等の規定に基づき、非常災害に関する具体的な計画をたて、責任者を定めておくとともに、非常災害に備えて定期的に避難、救出訓練を行います。

13. 事故対策

事故対策に関しては、「事故発生時対応マニュアル」を作成し、責任者を定めておくとともに、事故の分析や事故防止策、安全対策等を職員へ周知徹底します。

14. 感染防止対策

感染防止対策に関しては、「感染症対策マニュアル」を作成し、責任者を定めておくとともに、感染を未然に防止するよう感染対策への意識づけを行います。

15. 高齢者虐待時の対応

当事業者は、虐待と思われる場合には、円滑かつ迅速に介護支援専門員や地域包括支援センター、市町村等に連絡・相談を行うとともに必要な措置を行います。

16. 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。

17. 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。

名 称：デイサービス秋桜うみ
住 所：日立市東大沼町4丁目30-3
電話番号：0294-85-7548
苦情受付担当者：濱名 梓（管理者）
受付時間：午前8時～午後5時

(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。

連絡先	電話番号
日立市役所 介護保険課	電話 0294-22-3111
茨城県 国民健康保険団体連合会	電話 029-301-1565
茨城県 社会福祉協議会	電話 029-305-7193

(3) 苦情を処理するために講ずる措置の概要

1) 利用者または家族からの苦情・相談に対する常設の窓口、担当者の設置

①事業所内に苦情・相談の窓口を設置するとともに、また相談に訪問した利用者および家族のプライバシーと秘密の保持のため苦情・相談室を設けます。

②苦情・相談の窓口担当者を選任し、当該担当者が苦情・相談にあたります。なお、窓口での解決が困難な場合は、下記事項Ⅱの体制および手順で苦情・相談の解決にあたります。

2) 迅速かつ円滑に苦情・相談処理を行うための処理体制・手順

- ①苦情・相談窓口の担当者が、利用者および家族から苦情・相談を受け付け、その内容を確認した上で、その段階で解決できると判断される場合は、その場で解決します。
- ②窓口担当で解決が困難な場合は、判断を保留し、責任者と協議し解決します。
- ③当該事業所内で解決が困難な場合には、予め事業者が選任した第三者委員の立会いのもと、当該利用者との話し合いを行い解決します。
- ④③での解決が困難な場合は、当該利用者および家族に、行政機関等への申し立てができる旨を伝え、速やかに当事業者の概要を行政機関にえ、その指示を仰ぐものとします。

以上、地域密着型通所介護の提供開始にあたり重要事項の説明をいたしました。これを証明するため本書2通を作成し、各自署名の上、1通ずつ所持するものとします。

説明日 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。

所在地	日上市東大沼町3丁目28-3
名称	株式会社FPケアサービス
代表者名	代表取締役 小林 竜也
事業所名	デイサービス秋桜うみ
説明者名	管理者 濱名 梓

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 _____

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____

(限度額100万円)