

介護予防・第1号通所介護事業 重要事項説明書

サービス利用者に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者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 CSC
主たる事務所の所在地	宮崎市清武町船引870-1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 黒木 真一郎
電話番号	0985-85-8373

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	リハビリセンターであい
事業所の所在地	宮崎市清武町正手1丁目41番地
電話番号	0985-84-2458
事業所番号	4570107476
利用定員	定員5人
通常の事業の実施地域	宮崎市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、通所介護相当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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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

通所事業（通所介護相当サービス）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	月曜日から土曜日まで（祝日も営業） ただし、年末年始（12月31日から1月2日）を除く
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30分から午後 4時15分まで 午前9時00分から午後12時15分（午前） 午後1時00分から午後 4時15分（午後）

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1名
生活相談員	2名（兼務）
看護職員	3名（兼務）
介護職員	4名
機能訓練指導員	2名

（令和6年3月1日現在）

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	黒木 博
--------	------

8. 利用料

当該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記載のとおり基本利用料の負担割合額です。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）通所事業（通所介護相当サービス）の利用料・・・基本部分、加算・減算の合計の額となります。

【基本部分：通所介護相当サービス】 注：1割の場合

事業対象者	基本利用料	要支援 1(含む事業対象者)・1,798 円	要支援 2(含む事業対象者)・3,621 円
-------	-------	------------------------	------------------------

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防通所介護の金額に相当する金額であり、介護予防通所介護の金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。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】

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	
			基本利用単位	利用者負担（1割の場合）
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	88円
		事業対象者・要支援 2	176単位	176円
科学的介護推進体制加算	当該加算の算定要件を満たす場合		40単位	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ※	当該加算の算定要件を満たす場合		所定単位数の92/1000加算	

（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

食 費	食事の提供をする場合、１食につき５５０円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供をする場合、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、費用の実費をいただきます。

（３）キャンセル料

第１号通所事業（通所介護相当サービス）は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要とします。

食事等の実費に関するキャンセルは、当日９時３０分までとし、申出の無い場合には実費請求となります。

（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、請求月内にお支払いください。

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。

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（又は介護支援専門員）及び宮崎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、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0985-84-2458
	面接場所 当事業所の相談室 生活相談員

(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	宮崎市介護保険課	電話 0985-21-1777
	宮崎県国民健康保険連合会	電話 0985-35-5301

1 2. 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、すぐに職員にお申出下さい。
- (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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 利用者間の金品の受け渡しは、ご遠慮下さい。

1 3. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の防火訓練として次のとおり必要な訓練（年2回）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。

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 所 在 地 宮崎市清武町正手1丁目41番地

事 業 者 名 リハビリセンターであい

管 理 者 黒木 博

説 明 者 _____

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 _____

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名 _____