

## 地域密着型通所介護・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当）

### 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当）サービス及び指定地域密着通所介護サービスを提供致します。当事業者の概要や提供されるサービス利用内容の重要事項は、次のとおりです。

\* 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」「事業対象者」と認定された方が対象となります。

比較的自立度が高く、杖等を使用しながらも自力で歩行できる方を対象とし、午前／午後（各3時間以上5時間未満）の2部に分かれた機能訓練重視型施設になります。

認定の有無の記載内容確認の為、介護保険被保険者証の原本の確認及び写しを頂きます。

#### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                                        |
|------------|----------------------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社エムシーサイト                            |
| 主たる事務所の所在地 | 〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-21-1アイタウン・プラザB105 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 平澤 龍一                            |
| 設立年月日      | 令和5年2月1日                               |
| 電話番号       | 03-5909-8701                           |

#### 2. ご利用事業所の概要

|             |                                            |            |
|-------------|--------------------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | リハビリ特化型デイサービス ねくすと                         |            |
| サービスの種類     | 地域密着通所介護・第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）           |            |
| 事業所の所在地     | 〒277-0832 千葉県柏市北柏1-7-16                    |            |
| 電話番号        | 04-7110-7910                               |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和5年2月1日指定                                 | 1292200837 |
| 実施単位・利用定員   | 午前Ⅰ単位 定員14名 / 午後Ⅱ単位 定員14名                  |            |
| 通常の事業の実施地域  | ○柏市一部<br>* 基本送迎範囲は当事業所より半径3.5km以内(片道15分以内) |            |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                            |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護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、居宅サービス又は介護予防サービス（介護予防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、関係する市区町村や事業者、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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要支援状態及び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

通所介護及び第 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（デイサービスセンター）に通っていただき、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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

\* 食事・入浴のサービス提供はございません。

### 5. 営業日時

|                    |                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 営業日                | 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日<br>但し、祝日、夏季休暇（8月13日から15日）、年末年始（カレンダーにより）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<br>※（注）参照 | 午前の部 午前 9 時 00 分から午後 0 時 15 分まで<br>午後の部 午後 2 時 00 分から午後 5 時 15 分まで |

（注）「サービス提供時間」とは、利用者を事業所に迎えてから送り出すまでの時間を言います。

## 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     | 常勤 1 人   |
| 生活相談員   | 常勤 1 人以上 |
| 機能訓練指導員 | 常勤 1 人以上 |
| 看護師     | 常勤 1 人以上 |
| 介護職員    | 常勤 1 人以上 |

## 7. サービス提供の担当者

ご契約者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 伊藤 由歌 |
| 管理責任者の氏名 | 管理者 伊藤 由歌   |

## 8. 利用料（3 時間以上～5 時間未満）

基本利用料は「別紙料金表」の通りです。ご契約者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 割又は 2 割又は 3 割の額です。ただし、介護保険給付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。

### （3）その他の費用

|     |                                                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|

### （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、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 17：30 まで | 0 %             |
| 利用予定日の当日          | 利用者負担金 100 % の額 |

（注）通所介護利用中に体調や容体の急変などでサービス提供に支障があると判断された場合はサービス提供中止とさせて頂き、ご利用時間に応じて料金を頂く事もございます。

（ご担当ケアマネージャー相談の上対応）

## （５）支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、毎月１０日までに前月の請求書をお渡し（郵送）致します。  
当月末までに現金にて集金または事業所指定の口座へのお振込みでのお支払をお願いします。

（下記）

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、  
（入金確認後）１０日以内に差し上げます。

| 支払い方法  | 支払い要件等                                                                                                                            |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口座振替   | サービスを利用した月の翌月２６日（祝休日の場合は直前の平日）に指定の口座より引き落としします。                                                                                   |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月末日（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。<br>（振り込み手数料は、ご利用者様負担となります。）<br>三菱UFJ銀行 新宿新都心支店 普通４８７０１２１<br>株式会社 エムシーサイト |
| 現金集金   | サービスを利用した月の翌月末日（祝休日の場合は直前の平日）までに現金にて集金します。                                                                                        |

## 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。

|                |                                   |  |
|----------------|-----------------------------------|--|
| 利用者の主治医        | 医療機関の名称<br>氏名<br>所在地<br>電話番号      |  |
| 緊急連絡先<br>（家族等） | 氏名（利用者との続柄）<br>住所<br>電話番号<br>携帯番号 |  |

## 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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1 1. 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 04-7110-7910<br>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 | 柏市役所<br>高齢者支援課                | 電話番号 04-7167-1111 |
|        | 千葉県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情処理係 | 電話番号 043-254-7428 |
|        | 千葉県庁 健康福祉部<br>保険指導課           | 電話番号 043-223-2456 |

## 1 2. 虐待防止と虐待通報受付について

当事業所において職員の利用者に対する虐待防止を図る事を目的として高齢者虐待防止対応規定を制定します。利用者本人及び御家族等、職員等からの通報があった時は、高齢者虐待防止対応規定に基づいて対応します。

- ① 虐待通報の受付の方法 面接、電話、書面などにより虐待防止受付担当者が受付します。
- ② 高齢者虐待防止対応体制 虐待通報受付担当者は、受け付けた通報内容を虐待防止対応責任者に報告します。虐待防止対応責任者は内容を確認した上で原因解決の検討、当事者との話し合いを行い 迅速な改善を図る事とします。

## 1 3. 業務継続計画（BCP）の策定等

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に行うなどの措置を講じる。

- ① 感染症の予防及びまん延の防止のための措置 感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等取り組む

## 1 4. 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ご利用日の体調管理について

- (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) 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介護支援専門員（又は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。

### ②送迎時間・場所について

- (1) 予めご契約者のご要望を聞いた上で当事業所にて決定させていただきます。  
\* 道路事情により自宅前までの送迎が難しい場合もありますので予めご了承下さい。
- (2) 交通事情により集合時間等の若干の遅延が発生する場合がございますので予めご了承下さい。

### ③服装等、持参品について

- (1) 運動しやすい服装でご参加下さい。
- (2) 運動しやすい靴（上履き）をご持参下さい。
- (3) トラブルを防ぐ為、自分の持ち物には必ず氏名をご記入下さい。
- (4) 飲み物（水）等をご用意させて頂いておりますが、水筒持参をお願いします。
- (5) タオル（ハンドタオル、フェイスタオル等）をご持参下さい。

④その他

- (1) 金品や貴重品の管理は行えませんので予めご了承下さい。
- (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します。

【第 1 号通所介護サービス・地域密着通所介護サービス利用同意書】

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 事業者名：リハビリ特化型デイサービス ねくすと

説明者職：生活相談員

説明者：伊藤 由歌 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。

年 月 日

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

## (別紙 1)

# 料 金 表

2024 年 4 月 1 日現在

(1) 基本料金 (地域区分別 1 単位当たりの単価 10.27 円〈6 級地〉を乗じて算出した額となります。)

| 区 分         |     | 基本利用料    | 1 割負担の方 | 2 割負担の方 | 3 割負担の方  |
|-------------|-----|----------|---------|---------|----------|
| 要支援 1・事業対象者 | 月 額 | 18,465 円 | 1,847 円 | 3,694 円 | 5,541 円  |
| 要支援 2・事業対象者 |     | 37,188 円 | 3,719 円 | 7,438 円 | 11,157 円 |
| 要介護 1       | 日 額 | 4,272 円  | 427 円   | 854 円   | 1,281 円  |
| 要介護 2       |     | 4,909 円  | 491 円   | 982 円   | 1,473 円  |
| 要介護 3       |     | 5,546 円  | 555 円   | 1,110 円 | 1,665 円  |
| 要介護 4       |     | 6,162 円  | 616 円   | 1,232 円 | 1,848 円  |
| 要介護 5       |     | 6,809 円  | 681 円   | 1,362 円 | 2,043 円  |

(2) 加算 (地域区分別 1 単位当たりの単価 10.27 円〈6 級地〉を乗じて算出した額となります。)

【要支援 1・2・事業対象者の方】

|                  | 基本利用料                                   | 1 割負担の方 | 2 割負担の方 | 3 割負担の方 |
|------------------|-----------------------------------------|---------|---------|---------|
| 介護職員処遇改善加算 I     | 1 月につき各種加算減算を加えて算定した単位数に 5.9%を乗じた単位数で算定 |         |         |         |
| 介護職員等特定処遇改善加算 I  | 1 月につき各種加算減算を加えて算定した単位数に 1.0%を乗じた単位数で算定 |         |         |         |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1 月につき各種加算減算を加えて算定した単位数に 1.1%を乗じた単位数で算定 |         |         |         |
| 科学的介護推進体制加算      | 410 円/月                                 | 41 円    | 82 円    | 123 円   |

【要介護 1・2・3・4・5 の方】

|                  | 基本利用料                                   | 1 割負担の方     | 2 割負担の方      | 3 割負担の方      |
|------------------|-----------------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| 個別機能訓練加算 I イ     | 580 円/回                                 | 1 日につき 58 円 | 1 日につき 116 円 | 1 日につき 174 円 |
| 個別機能訓練加算 II      | 205 円/回                                 | 1 月につき 21 円 | 1 月につき 42 円  | 1 月につき 63 円  |
| 介護職員処遇改善加算 I     | 1 月につき各種加算減算を加えて算定した単位数に 5.9%を乗じた単位数で算定 |             |              |              |
| 介護職員等特定処遇改善加算 I  | 1 月につき各種加算減算を加えて算定した単位数に 1.0%を乗じた単位数で算定 |             |              |              |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1 月につき各種加算減算を加えて算定した単位数に 1.1%を乗じた単位数で算定 |             |              |              |
| 科学的介護推進体制加算      | 410 円/月                                 | 41 円        | 82 円         | 123 円        |
| ADL 維持加算 (I)     | 308 円/回                                 | 31 円        | 62 円         | 93 円         |

(3) 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。

以 上



## (別紙 1)

# 料 金 表

2024 年 6 月 1 日現在

(1) 基本料金 (地域区分別 1 単位当たりの単価 10.27 円〈6 級地〉を乗じて算出した額となります。)

| 区 分         |     | 基本利用料    | 1 割負担の方 | 2 割負担の方 | 3 割負担の方  |
|-------------|-----|----------|---------|---------|----------|
| 要支援 1・事業対象者 | 月 額 | 18,465 円 | 1,847 円 | 3,694 円 | 5,541 円  |
| 要支援 2・事業対象者 |     | 37,188 円 | 3,719 円 | 7,438 円 | 11,157 円 |
| 要介護 1       | 日 額 | 4,272 円  | 427 円   | 854 円   | 1,281 円  |
| 要介護 2       |     | 4,909 円  | 491 円   | 982 円   | 1,473 円  |
| 要介護 3       |     | 5,546 円  | 555 円   | 1,110 円 | 1,665 円  |
| 要介護 4       |     | 6,162 円  | 616 円   | 1,232 円 | 1,848 円  |
| 要介護 5       |     | 6,809 円  | 681 円   | 1,362 円 | 2,043 円  |

(2) 加算 (地域区分別 1 単位当たりの単価 10.27 円〈6 級地〉を乗じて算出した額となります。)

### 【要支援 1・2・事業対象者の方】

|             | 基本利用料                                   | 1 割負担の方 | 2 割負担の方 | 3 割負担の方 |
|-------------|-----------------------------------------|---------|---------|---------|
| 介護職員等処遇改善加算 | 1 月につき各種加算減算を加えて算定した単位数に 9.0%を乗じた単位数で算定 |         |         |         |
| 科学的介護推進体制加算 | 410 円/月                                 | 41 円    | 82 円    | 123 円   |

### 【要介護 1・2・3・4・5 の方】

|              | 基本利用料                                   | 1 割負担の方     | 2 割負担の方      | 3 割負担の方      |
|--------------|-----------------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| 個別機能訓練加算Ⅰイ   | 580 円/回                                 | 1 日につき 58 円 | 1 日につき 116 円 | 1 日につき 174 円 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ    | 205 円/回                                 | 1 月につき 21 円 | 1 月につき 42 円  | 1 月につき 63 円  |
| 介護職員等処遇改善加算  | 1 月につき各種加算減算を加えて算定した単位数に 9.0%を乗じた単位数で算定 |             |              |              |
| 科学的介護推進体制加算  | 410 円/月                                 | 41 円        | 82 円         | 123 円        |
| ADL 維持加算 (Ⅰ) | 308 円/回                                 | 31 円        | 62 円         | 93 円         |

(3) 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。

以 上