

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

様（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 ナカノメ
主たる事務所の所在地	〒023-0805 奥州市水沢吉小路46-2
代表者（職名・氏名）	代表取締役 中目 祐幸
設立年月日	平成11年4月 2日
電話番号	0197-22-6767

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター チャレンジ・Z	
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒023-0805 奥州市水沢斉ノ神70-1	
電話番号	0197-22-6767	
指定年月日・事業所番号	平成15年10月22日指定	0370400442
実施単位・利用定員	1単位	定員25人
通常の実業の実施地域	奥州市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、利用者の要支援状態等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

第一号通所事業は、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、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 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15分から午後17時15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 ----- 延長時間は、午前8時15分から午前9時00分まで 及び 午後4時30分から午後7時00分まで とします。

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、
看護職員	常勤 1人、 非常勤 1人
介護職員	常勤 6人

7. サービス提供の担当者

あなた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 菊地 彩 小野寺 若奈
管理責任者の氏名	管 理 者 北條 忠義

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利用料の1割又は2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、減算の合計の額となります。

【基本部分】

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)
事業対象者 要支援1	17,980円/月	1,798円/月	3,596円/月
事業対象者 要支援2	36,210円/月	3,621円/月	7,242円/月
事業対象者 要支援2 週1回 利用の場合	17,980円/月	1,798円/月	3,596円/月

(注1) 上記の基本利用料は、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】

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)	
サービス提供体制強化加算(I)	介護福祉士が75%以上配置されていること。または勤続年数10年以上の介護福祉士20%以上配置。	事業対象者 ・要支援1	880円/月	88円/月	176円/月
		事業対象者 ・要支援2	1760円/月	176円/月	352円/月
介護職員処遇改善加算I	介護職員の賃金の改善等を実施するものとして利用者に対し、所定単位数に加算される。	所定単位数に9.2% 乗じた単位数。			

(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。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額		
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
利用者の数が利用者定員を超える場合又は看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	利用者の数が厚生労働大臣が定める利用者の数の基準を超える場合。又、看護・介護職員が員数が指定基準を満たさない場合。	事業対象者 ・要支援1 ----- 事業対象者 ・要支援2	所定単位数に0.7%を乗じた単位数。	

(2) その他の費用

送迎費	不要	
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	ご利用当日の午前8時30分までにご連絡いただいた場合	キャンセル料は不要です
	ご利用当日の午前8時30分までにご連絡がなかった場合	昼食材料費の50%
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
食事の提供に要する費用	800円（1食当り 食材料費及び調理コスト）運営規程の定めに基づくもの	
行事費	100円（運営規程の定めに基づくもの）	
その他	上記の他、オムツ代、レクリエーションにかかる費用および理髪代等は自己負担となります。	

(3) 支払い方法

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて毎月20日ごろに前月分の請求を行います。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア 請求書の内容を照合のうえ、請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）封筒での現金集金 （イ）銀行・郵便局での引き落とし</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。 （医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p>

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 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	

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等及び奥州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

【事業者の窓口】 チャレンジ・Z	所在地 奥州市水沢斎ノ神 70 番地 1 電話番号 0197-22-6767 ファックス番号 0197-22-7767 受付時間 9:00 ~ 17:00
【市（保険者）の窓口】 奥州市役所 長寿社会課	所在地 奥州市水沢大手町 1 丁目 1 電話番号 0197-24-2111 受付時間 8:30~17:15
【公的団体の窓口】 岩手県国民健康保険団体連合会 (苦情処理委員会)	所在地 盛岡市大沢川原三丁目 7 番 30 号 電話番号 019-623-4325

12. 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等又は当事業所の担当者へご連絡ください。

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 奥州市水沢吉小路4-2
事業者(法人)名 株式会社 ナカノメ
代表者職・氏名 中目 祐 幸 印
説明者職・氏名 北 條 忠 義 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。
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 印
署名代行者(又は法定代理人)
住所
本人との続柄
氏名 印
立会人 住所
氏名 印

附則

改定 令和元年10月1日
改定 令和2年1月1日
改定 令和2年6月1日
改定 令和3年4月1日
改定 令和4年5月1日
改定 令和5年5月1日
改定 令和5年12月1日
改定 令和6年3月16日
改定 令和6年4月1日
改定 令和6年6月1日

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

事業所の名称

株式会社 ナカノメ
代表取締役 中目 祐幸

住所

氏名

印

(家族) 住所

氏名

印