

介護予防運動デイサービス リカバリーデイ八千代
地域密着型通所介護
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、地域密着型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な事項は、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「要介護」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4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	CMプランニング合同会社
主たる事務所の所在地	〒276-0046 千葉県八千代市大和田新田76-42
代表者（職名・氏名）	代表社員 畠山正昭、吉本薰
設立年月日	令和4年03月03日
電話番号	047-458-7755

2. ご利用事業所の概要 4

ご利用事業所の名称	介護予防運動デイサービス リカバリーデイ八千代	
サービスの種類	地域密着型通所介護	
事業所の所在地	〒276-0035 千葉県八千代市大和田新田15 高津団地1-13-108号室	
電話番号	047-459-1088	
指定年月日・事業所番号	令和5年2月1日指定	1292600531
実施単位・利用定員	午前Ⅰ単位 定員10名 / 午後Ⅱ単位 定員10名	
通常の事業の実施地域	○八千代市 *基本送迎範囲は当事業所より半径約3km以内(片道約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

地域密着型通所介護は、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・土曜日 但し、祝日、夏季休暇、年末年始（12月30日から1月4日）を除きます。
営業時間	午前9時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前の部 午前9時00分から午後0時00分まで 午後の部 午後1時30分から午後4時30分まで
※（注）参照	

(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
介護職員	常勤・非常勤 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 畠山 正昭
管理責任者の氏名	管理者 吉本 薫

8. 利用料（3時間以上～4時間未満）

「基本利用料」は、以下の通りです。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。

（1）地域密着型通所介護の利用料（令和6年4月改正）

【基本部分：地域密着型通所介護費】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	地域密着型通所介護費			
		基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 (基本利用料の1割) ※（注2）参照	利用者負担金 (基本利用料の2割) ※（注2）参照	利用者負担金 (基本利用料の3割) ※（注2）参照
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,347円	434円	869円	1,304円
	要介護2	4,995円	499円	999円	1,498円
	要介護3	5,643円	564円	1,128円	1,692円
	要介護4	6,270円	627円	1,254円	1,881円
	要介護5	6,928円	692円	1,385円	2,078円

（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。

（注2）上記本文にも記載のとおり、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は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

【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	加算額		
		基本利用料	利用者負担金 (基本利用料の1割)	利用者負担金 (基本利用料の2割)
個別機能訓練 加算Ⅰイ	体制人材要件を満たし多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し計画的に機能訓練を実施した日数辺り	585円	58円	117円
個別機能訓練 加算Ⅱ	個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けている場合（1ヶ月辺り）	209円	20円	41円
科学的介護 推進体制加算	利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況や心身状況に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出しフィードバックを受けている場合（1ヶ月辺り）	418円	41円	83円
				125円

※利用料(10割)のうち、利用者負担額(1割)の計算方法については、【10割分の額-(10割分の額×0.9(1円未満切捨て))】となる。

※利用料(10割)のうち、利用者負担額(2割)の計算方法については、【10割分の額-(10割分の額×0.8(1円未満切捨て))】となる。

※利用料(10割)のうち、利用者負担額(3割)の計算方法については、【10割分の額-(10割分の額×0.7(1円未満切捨て))】となる。

(2) 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。
-----	--

(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、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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日 17:00まで	0%
利用予定日の当日	利用者負担金 100%の額

（注）地域密着型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）

(4) 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。その後、ご利用者様ご自宅まで集金に伺います。今後当月末までに口座引き落としてのお支払へ変更される場合がございます。

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際に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
ご自宅への集金	毎月 10 日までに前月分の請求書をお渡し（郵送）致します。 その後、ご利用者様ご自宅まで集金に伺います。
口座引き落とし	今後変更された際には周知いたします。

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 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） 住所 電話番号 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 047-459-1088 面接場所：当事業所の相談室 担当者：管理者、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	八千代市役所 介護保険課	電話番号 047-483-1151
	千葉県国民健康保険団体連合会	電話番号 043-254-7318

1.2. 運営推進会議について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いします。

1.3. 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頂きます。
＊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) 運動しやすい靴でご参加下さい。
- (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、お茶等）はご用意させて頂いております。
- (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致します。
- (3) ご利用者様間での金品の受け渡しや貸し借りは、行わないようお願い致します。

14. 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います（年2回）
- (4) 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

15. 衛生管理等

- (1) 感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、連携に努めます。
- (2) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底しています。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

16. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護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。
- (2) 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に実施します。
- (3) 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。

17. 虐待、身体拘束等の防止について

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。

- (1) 虐待、身体拘束等の防止に関する担当者を選定しています。 担当者（管理者 吉本 薫）
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

18. 個人情報の取り扱い

- (1) 事業所及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を第三者に漏らしません。ただし、医療上の必要がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。
- (2) サービス担当者会議等でサービス調整を行い、一体的なサービス提供を行うために個人情報をもちいることがあります。
- (3) 守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。個人情報を使用する場合は、個人情報同意書により本人の同意を得ます。

【地域密着型通所介護サービス 利用同意書】

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 住所：千葉県八千代市大和田新田 15 高津団地 1-13-108 号室

施設名：介護予防運動デイサービス リカバリーデイ八千代

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。

令和 年 月 日

利用者 住所：

氏名：

署名代行者 住所：

氏名：

利用者との続柄：