

重要事項説明書

(総合事業において実施される介護予防通所サービス)

あなたに対する総合事業において実施される介護予防通所サービスの提供開始にあたり、
当事業所があなたに説明する事項は次のとおりです。

2024年 4月1日現在

1. 事業者の概要

法人の名称	株式会社ザ・サンパワー
法人所在地	神奈川県平塚市馬入本町13番11号
法人種別	株式会社
代表者氏名	代表取締役 黒崎 寿雄
電話番号	0463-22-1233

2. 事業所の概要

施設名称	エミーズ原
施設所在地	静岡県沼津市大塚1134
管理者氏名	影山 信子
電話番号	055-967-1285
FAX番号	055-967-1295
事業所種類	介護予防通所サービス
指定年月日	令和元年10月1日
事業所番号	2271103331
利用定員	50名
通常の事業の実施地域	沼津市
第三者評価機関の評価の実施	無

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的及び 運営の方針	当事業所は、入浴や食事、機能訓練、各種レクリエーションなどのサービスを提供する事により、利用者の心身機能の維持向上や孤立感の解消並びに利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図るものとします。 また、事業の実施にあたっては、関係市町村、介護予防支援事業所、その他地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
------------------	---

4. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	962.41 m ²	
建物	構造	高性能木造軸組
	延べ床面積	436 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	室数	面積	備考
機能訓練室兼食堂	1室	180.6 m ²	
一般浴室	1室	16.14 m ²	
機械浴室	1室	14.9 m ²	
相談室	1室	6.21 m ²	
静養室	1室	39.13 m ²	

5. 職員体制(主たる職員)

2024年 4月 1日現在

従業者の職種	人数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			介護福祉士
生活相談員	2		2			介護福祉士
看護職員	3		1		2	看護師・准看護師
介護職員	17	3	1	6	7	介護福祉士・社会福祉士・実務者研修 ヘルパー2級・介護職員初任者研修
機能訓練指導員	5	2	1		2	理学療法士・作業療法士・看護師・准看護師

6. 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日(ただし12月31日～1月3日は除く)
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時15分～16時30分
延長サービス	なし

7. 利用者負担金

利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ①第1号事業支給費に係る利用料 費用全体の1割、2割、3割 (1)第1号事業支給費サービス
- ②第1号事業支給費に定める利用料以外の「その他の費用」 全額、自己負担 (2)第1号事業支給費外サービス
- ③介護保険支給限度基準額を超えたサービスの費用 全額、自己負担 (3)介護保険支給限度超えサービス

(1)介護予防通所サービス(第1号事業支給費)(非課税)

事業対象者・要支援1・2

① 事業対象者・要支援1・2(日割)

	単位数	1回の利用料	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
事業対象者・要支援1	55 単位	557 円	56 円	112 円	168 円
事業対象者・要支援2	113 単位	1,145 円	115 円	229 円	344 円

② 事業対象者・要支援1・2(1月につき)

	単位数	1月の利用料	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
事業対象者・要支援1	1,672 単位	16,954 円	1,696 円	3,391 円	5,087 円
事業対象者・要支援2	3,428 単位	34,759 円	3,476 円	6,952 円	10,428 円

③ 事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで

	単位数	1月の利用料	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
事業対象者・要支援1	384 単位	3,893 円	390 円	779 円	1,168 円

④ 事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で8回まで

	単位数	1月の利用料	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
事業対象者・要支援2	395 単位	4,005 円	401 円	801 円	1,202 円

③ 運動器機能向上加算

個別的な機能訓練等の運動器機能向上サービスを行った場合

1月あたり 225 単位 2,281 円

ただし介護保険での自己負担額(1割)は 229 円です。

ただし介護保険での自己負担額(2割)は 457 円です。

ただし介護保険での自己負担額(3割)は 685 円です。

⑤ サービス提供体制加算Ⅲ

事業対象者・介護予防通所サービス(要支援1)を提供した場合

1月あたり 24 単位 243 円

ただし介護保険での自己負担額(1割)は 25 円です。

ただし介護保険での自己負担額(2割)は 49 円です。

ただし介護保険での自己負担額(3割)は 73 円です。

サービス提供体制加算Ⅲ

事業対象者・介護予防通所サービス(要支援2)を提供した場合

1月あたり 48 単位 486 円

ただし介護保険での自己負担額(1割)は 49 円です。

ただし介護保険での自己負担額(2割)は 98 円です。

ただし介護保険での自己負担額(3割)は 146 円です。

要支援共通 月の合計金額に加算

① 介護職員処遇改善加算Ⅰ 所定の単位数の5.9%を加算します

② 介護職員等ベースアップ等支援加算 所定の単位数の1.1%を加算します

※ 地域区分別の単価(7級地 10.14円/単位)となり、ご利用者負担分は単位数に地域区分別の単価を乗じた額のうち1割、2割又は3割の負担分となります。

※ 法定代理受領とならない場合は、上記により計算した利用料金の全額(10割)となります。

(2)介護予防通所サービス費(第1号事業支給費)外サービス

① 食費代	1食あたり	<u>700</u> 円	(非課税)	<u>おやつ代100円</u> (税込み)		
医師の指示により治療に必要な特別食(腎臓病食、膵臓病食、脂質制限食、貧血症食)を提供した場合、下記の金額を追加させていただきます。						
	腎臓病食	200 円	(非課税)	貧血症食	100 円	(非課税)
	脂質制限食(膵臓病食・高脂血症食)	150 円	(非課税)			
③ おむつ代		<u>150</u> 円	(非課税)			
④ リハビリパンツ代		<u>150</u> 円	(非課税)			
⑤ パット代		<u>50</u> 円	(非課税)			
⑥ 娯楽教養費(レクリエーション代)		<u>実費</u>				
⑦ キャンセル料(食費相当額)		<u>700</u> 円	(非課税)	※当日9時以降キャンセルの場合		
⑧ 通常の事業の実施地域以外の交通費	通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートルごとに片道			<u>100</u> 円(税込み)		
⑨ 介護予防通所サービスにおいて提供される便宜の内、日常生活において通常必要となる費用であって、利用者に負担させることが適当であるもの						

(3)第1号事業支給費の支給限度額を超えたサービス

介護予防サービス外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。(介護予防サービス外のサービスとなる場合には、介護予防サービス計画を作成する際に介護支援専門員からの説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

8. 料金のお支払い方法

料金・費用は毎月15日までに前月分の利用料金等を請求しますので、27日までに下記の方法でお支払いください。

- ① 当事業所窓口へ直接お支払いいただく方法 (なるべく、おつりのないようお願いいたします。)
- ② 当事業所の指定口座へ振り込みによりお支払いいただく方法 (振り込み手数料はご負担ください。)
口座名義は 株式会社ザ・サンパワー 代表取締役 黒崎 寿雄
静岡銀行 平塚支店 (普通) 0463929
- ③ 預金口座振替にて引落としにより、お支払いいただく方法 (預金口座振替依頼書にお申し込いただきます。)

※利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載(利用者が保険料を滞納しているため、償還払いになる旨の記載)があるとき等は、利用者が利用料金の全額を事業所に支払います。その際、事業所は利用者サービス提供証明書を発行します。この証明書を後日、利用者が居住する市の窓口に提出すれば、自己負担を除いた額の払い戻しを受けることができます。

9. 介護予防通所サービスの概要

種 類	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。 食費については給付対象外です。
入 浴	必要な方は職員が介助いたします。 ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー 浴、機械による入浴、または清拭を行います。
排 泄 の 介 助	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	ご利用者の身体状況に合わせた生活機能向上のための機能訓練やレクリエーション、行事活動等の実施により心身における機能維持・増進に努めます。
健 康 管 理	入浴前に看護職員が健康状態を確認いたします。 利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送 迎	送迎を希望する方は、リフト付き送迎車などで送迎を行います。

(2) 第1号事業支給費外サービス

サービスの種類	内 容
食 事 の 提 供	栄養士による食材の検収により、新鮮で良質な食事を提供いたします。
オ ム ツ の 提 供	ご利用者の状況によっては、事業所に用意したおむつを提供いたします。
レクリエーション行事	行事計画に基づき、各種レクリエーションを提供いたします。

10. 苦情 相談等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

① 当事業所相談窓口	窓口担当者(管理者 影山 信子 生活相談員 板垣 弘子) ご利用時間 午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電 話 055-967-1285 F A X 055-967-1295 直接ご面談などによる
------------	--

公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

② 行政機関	静岡県国民健康保険団体連合会相談窓口 054-253-5590 沼津市役所 長寿福祉課 055-934-4865
--------	---

11. 非常災害時の対策

非 常 時 の 対 応	別途定める消防計画、非常災害計画にのっとり、対応いたします。
平常時の訓練等	別途定める消防計画にのっとり、年2回以上サービス提供時を想定した避難訓練を行います。
消 防 計 画 等	消防署への届出日 令和5年9月1日
	防火管理者 影山 信子

12. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護(介護予防)支援事業者に連絡いたします。

13. 損害賠償について

ご利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し、当事業所の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲においてご利用者に対してその損害を賠償します。

14. 秘密保持について

当事業所及び従業者は、正当な理由がない限り、ご利用者に対するサービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業者が退職後、在職中業務上知り得た、ご利用者またはそのご家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は、ご利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

15. 介護予防通所サービス計画の作成について

介護予防サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、介護予防通所サービス計画を作成します。

介護予防通所サービス計画の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに介護予防通所サービス計画を交付いたします。

16. 当事業所をご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は施設内の決められた場所以外ではお断りします。 飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品、現金等の管理	基本にご利用者自身で管理していただきます。 現金の持ち込みは原則的にご遠慮願います。
宗教活動・政治活動	事業所内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
その他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

17. 契約の終了について

1 利用者は、7日以上予告期間において文書で事業者に届け出ることにより、契約を解約することができます。ただし、次の事項に該当する場合には、利用者は文書で通知することにより、ただちに契約を解約できます。

- (1) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しないとき。
- (2) 事業者が守秘義務に違反したとき。
- (3) 事業者が社会通念に逸脱する行為を行ったとき。
- (4) 事業者が破産したとき。

2 契約解除の際に不測の損害が生じた場合、利用者等は事業者に損害を賠償しなければなりません。

3 事業者は、やむを得ない事情がある場合には、利用者に対し30日間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができ、解決するまで甲の利用をお断りすることができます。

- (1) 利用者が事業者を支払うべきサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、1ヶ月の期限を定めて再三催告したにもかかわらず、その期限までにサービス利用料の支払がないとき。
- (2) 利用者がこの契約を継続し難いほどの背信行為をおこなったと認めるとき。
- (3) 利用者等が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (4) 利用者が、契約期間中に、入院等により6ヶ月以上の間連続して介護予防通所サービスを利用できないことが明らかとなった場合。ただし、利用者が退院等により再び介護予防通所サービスを利用することとなった場合は、事業者は利用者が優先的に利用できるよう努めるものとします。

4 事業者は、次の各号に該当する場合において、事態の回復が見込めないときは、即時にこの契約を解除できます。

- (1) 伝染病疾患により他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ治療が必要である場合。
- (2) 利用者の行動が他の利用者、事業者又は事業者の従業員の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい背信行為を行うことなどによって、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (3) 故意に法令違反その他の重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

5 次の事由に該当する場合、この契約は自動的に終了します。この場合、損害賠償義務は発生しないものとします。

- (1) 利用者が介護保険施設に入院又は入所した場合
- (2) 利用者の要介護認定区分が自立と認定された場合
- (3) 利用者が死亡した場合

18. 第三者評価の実施の有無

無

介護予防通所サービスの利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所 住所 静岡県沼津市大塚1134

名称 エミーズ原

私は、説明者職名 _____ 氏 名 _____ (印)

ご利用者 住 所

氏 名 _____ (印)

ご利用者の家族等 住 所

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____