

**北上市介護予防・日常生活支援総合事業**  
**(第1号通所介護・介護予防通所介護相当サービス)**  
**重要事項説明書**

利用者様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	合同会社 コミュニティサポート
主たる事務所の所在地	〒024-0034 岩手県北上市諏訪町2-5-15
代表者（職名・氏名）	代表社員 岡田 強
電話番号	0197-61-6455

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	自立機能訓練型 さぼ〜と	
サービスの種類	介護予防通所介護サービス	
事業所の所在地	〒024-0034 岩手県北上市諏訪町2-5-15	
管理者氏名	照井 康司	
電話番号	0197-61-6455	
指定年月日・事業所番号	令和6年3月26日指定	03A0600051
実施単位・利用定員	2単位（午前・午後）	各定員10人
通常の実業の実施地域	北上市	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	利用者が可能な限り自宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができ、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心のケア・身体機能の維持・向上。並びにその家族の身体的、精神的負担軽減を図るために、必要な機能訓練等の介護その他必要な援助を行い、個別にあわせた、介護予防通所介護サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	市町村及び地域の保健・福祉・医療サービスと密な連携を図り利用者の意志・人格を尊重し、現在の生活の維持・向上が出来るように努める。 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。

#### 4. 提供するサービスの内容

事業者が設置する事業所（自立機能訓練型 さぼ〜と）に通っていただき、排せつ、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	月曜日から金曜日まで ただし、GW（5月3日から5月5日）年末年始（12月31日から1月3日）及び、お盆（8月13日から8月16日）を除きます。
営業時間	午前8時20分から午後5時20分まで
サービス提供時間	1単位 午前9時から午前12時05分 2単位 午後13時40分から午後16時45分

#### 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
介護職員	常勤 1人以上
機能訓練指導員	常勤 1人以上 非常勤 1人以上

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の生活相談員及びその管理責任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。

生活相談員	・岡田 強 ・工藤 十馬
管理責任者の氏名	照井 康司

#### 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) 利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

**【基本部分：介護予防相当サービス】**

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)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	17,980円 (1月につき)	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2 *週1回程度	17,980円 (1月につき)	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2 *週2回程度	36,210円 (1月につき)	3,621円	7,242円	10,863円

上記の基本利用料は、北上市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱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：介護予防相当サービス】**

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)	利用者負担 (3割)
生活機能向上グループ活動加算	自立した日常生活を営むための共通の課題を有するご利用者に対し、生活機能の向上を目的とした活動をグループで行った場合	1,000円	100円	200円	300円
科学的介護推進体制加算	ご利用者の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合	400円	40円	80円	120円

加算の種類	加算取得の条件	加算額
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	介護職員等の待遇を改善し 介護人材を確保して、適切なサービスの質を保っている場合	サービス利用単価×9%

・介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

## （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

利用者は契約を解除することができ、一切料金はかかりません。

また、都合の悪い日にご利用をお休みする際も一切料金はかかりません。

## （４）支払い方法

上記（１）から（２）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、下記の方法によりお支払いください。

なお、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に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

## 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。

(口頭にての確認も可能)

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及び北上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 0197-61-6455 面接場所 当事業所の相談室 (担当管理者 照井 康司) 受付時間 サービス提供時間内 (月曜日から金曜日)
---------	-------------------------------------------------------------------------------

(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	北上市福祉部長寿介護課	電話番号 0197-64-2111 受付時間 午前8時30分 から午後5時
	岩手県国民健康保険団体連合会	電話番号 019-623-4322 受付時間 午前8時30分 から午後5時

## 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当事業所の担当者へご連絡ください。

## 1 3 . 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しており、年間2回以上の総合訓練を実施する予定となっております。また、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。

## 1 4 . 衛生管理等

事業者は利用者の使用する施設、食器その他の設備、飲用水等について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。また、事業所において感染症の発生又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の設置
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備
- (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施

## 1 5 . 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会の設置
- (3) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (4) その他虐待防止のために必要な措置

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 16. 秘密保持

- (1) 従業者は、正当な理由がなく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。当該従業者でなくなった後も同様とします。
- (2) 事業者は、従業者及び従業者であった者が、正当な理由がなく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、秘密を保持すべき旨を従業者との秘密保持に関する誓約書の内容とします。
- (3) 事業所は、医療用緊急の必要性がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者及びそのご家族の個人情報を用います。

## 17. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、サービス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事業再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定しております。
- (2) 事業所は、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実施する。
- (3) 事業所は、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。

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 岩手県北上市諏訪町2-5-15  
事業者 (法人) 名 合同会社コミュニティサポート 印

所在地 岩手県北上市諏訪町2-5-15  
事業者 自立機能訓練型 さぼ〜と  
説明者 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

