

# 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

## 介護予防通所介護相当サービス重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(高松市指定 第37A0101605号)

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 瑞祥会
- (2) 法人所在地 香川県東かがわ市湊1183番地5
- (3) 電話番号 0879-25-0674
- (4) 代表者名 理事長 檜村 恵子

### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所介護相当サービス事業所  
平成30年8月15日指定 高松市37A01011605号

#### (2) 事業所の目的

在宅の要介護高齢者に対し、通所により各種サービスを提供することによって、利用者の生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の向上等を図るとともに、その家族の身体的、精神的な負担の軽減を図る。また、常にその立場に立って地域の各種関係団体と連携しつつ行うことを目的とする。

- (3) 事業所の名称 デイサービス 花らんまん

- (4) 事業所の所在地 香川県高松市浜ノ町60-65

- (5) 施設の概要 建物構造 鉄骨6階建  
敷地面積 6,727㎡  
延床面積(デイサービス) 368.55㎡

- (6) 電話番号 087-823-0087  
FAX番号 087-823-0089

- (7) 管理者 氏名 安田 雅彦

(8) 当事業所の運営方針

居宅要支援者等について、デイサービスにおいて入浴及び食事の提供その他日常生活上の世話並びに機能訓練等、要支援者等の心身の特性を踏まえて、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るよう援助を行う。

(9) 開設年月 平成30年 8月

(10) 利用定員 15名 (地域密着型通所介護含む)

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 高松市 (片道30分以内に送迎できる距離)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (12月29日～1月3日を除く)
受付時間	月曜日～金曜日 8:00～17:30
サービス提供時間	月曜日～金曜日 9:00～16:15

※身体状況に応じて時間短縮の提供も行っております。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防通所介護相当サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
1. 管理者	0	1	0	0
2. 介護職員	0	0	1	3
3. 生活相談員	1	0	0	0
4. 看護職員	0	0	0	3
5. 機能訓練指導員	0	0	0	3

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |                           |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合    |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(9割から7割)が介護保険から給付されます。

### <サービスの概要>

- ① 食事 (但し、食材料費は別途いただきます。)  
当事業所では、栄養並びにご契約者の身体および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② 入浴  
入浴又は清拭、シャワー浴を行います。車椅子の方でも特別浴槽を使用して入浴することができます。入浴の提供時間は午前のみとしております。
- ③ 排泄  
ご契約者の排泄の介助を行います。
- ④ レク活動  
ご契約者が可能な限りその居宅において、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るよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持を図るための活動を行います。

### <サービス利用料金>

下記の料金表によって、ご契約者の要支援状態に応じた利用料金をお支払い下さい。  
(上記サービスの利用料金は、ご契約者の要支援状態に応じて異なります。)

要介護 状態区分等	単位	自己負担額 (1割の場合)
事業対象者 要支援1	週1回まで 436 単位/回 月4回を超える場合 1,798 単位/月	442 円 1,823 円
事業対象者 要支援2	週2回まで 447 単位/回 月8回を超える場合 3,621 単位/月	453 円 3,672 円

※事業対象者の場合は週の利用回数が1回か2回かにより異なります。

※高松市は地域区分が「7級地」になります。

科学的介護推進体制加算	40 単位/月
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日
介護職員処遇改善加算Ⅱ	算定した単位数の 1,000 分の 90 に相当する単位数

※当月1日で契約がなされなかった場合に限り日割りとする。

### (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

## <サービスの概要と利用料金>

### ① 食事の提供（食材料費含む）

ご契約者に提供する食事の調理費用及び材料にかかる費用です。

料金：1食あたり ￥600

### ② 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代： 現物交換

### ③ 日常生活上に必要となる物

日常生活に要する物でご契約者様にご持参していただく物は以下の通りです。

- ・割れないコップ及び歯ブラシ
- ・入浴時替えの下着

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

## (3) 利用料金のお支払い方法

前月の利用料は、翌月20日に銀行引落としとなります。

口座振替にかかる手数料（110円/月）はお支払者様でご負担ください。請求書はご利用時に手渡し、もしくは郵送いたします。

## (4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護相当サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口（担当者）

生活相談員 小笠原 早奈栄

- ・受付時間 月曜日 ~ 金曜日 AM8:00 ~ PM5:30

TEL (087) 823-0087

- ・ 苦情受付

高松市役所 介護保険課

- ・ 受付時間 月曜日 ~ 金曜日 AM8:30 ~ PM5:15  
TEL (087) 839-2326

- ・ 苦情受付

香川県国民保険団体

- ・ 受付時間 月曜日 ~ 金曜日 AM8:30 ~ PM5:15  
TEL (087) 822-7453

## 7. 緊急時における対応

この事業所が提供する介護予防通所介護相当サービスの事業実施中における、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告します。

## 8. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的な計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っております。

## 9. 事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族、地域包括支援センターに連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (2) 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

## 10. サービス提供時のリスク

事業所は、サービス提供にあたり利用者が快適な時間を送れるように、安全な環境作りに努めるが、予見不可能な利用者の心身状況や疾病に伴う様々な症状及び行動が原因により、以下に例示した回避できない危険性（リスク）が伴うことがあり得る。

- ① 歩行時の転倒、ベッドや車椅子から転落等による骨折・外傷の恐れ
- ② 老化に伴う骨粗しょう症により、通常時における骨折の恐れ
- ③ 老化に伴う皮膚状態の悪化により、通常対応時における表皮剥離の恐れ
- ④ 老化に伴う血管脆弱化により、軽度打撲時における皮下出血の恐れ
- ⑤ 加齢や認知症症状により、誤嚥・誤飲・窒息の恐れ
- ⑥ 脳や心臓の疾患による、状態の急変・急死の恐れ

## 11. 秘密保持

- (1) 当事業所及びその従業者は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービス提供にあたって知り得た秘密を漏らしません。

- (2) 当事業所及びその従業者が退職後、在職中に知り得た利用者及び利用者の家族に対する秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
- (3) 当事業所はサービス担当者会において、利用者及び利用者の家族の個人情報を用いる場合は必ず同意を得るものとします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

指定介護予防通所介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 瑞祥会 デイサービス 花らんまん

説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防通所介護相当サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印