

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。
(香川県指定 第3770102584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 榎村 恵子

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・令和6年4月1日指定 高松市
3770102584号

(2) 事業所の目的

在宅の要支援高齢者に対し、介護予防通所介護相当サービス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、心身機能の維持向上等を図るとともに、ご利用者またはその家族の身体的・精神的な負担の軽減を図る。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 真珠の湯デイサービスセンター
(4) 事業所の所在地 香川県高松市新田町2712番地1
(5) 施設の概要 建物構造 鉄骨造陸屋根2階建
敷地面積 2,070㎡
延床面積(デイサービス) 728.05㎡
(6) 電話番号 087-818-1050
FAX番号 087-818-1030
(7) 管理者 氏名 堀川 明紀
(8) 当事業所の運営方針

居宅要支援者等について、デイサービスセンター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支援を行う。

- (9) 開設年月 平成 18年 9月
(10) 利用定員 月・火・金曜日 25名
水・木曜日 20名

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・さぬき市 (片道30分以内で送迎できる距離)

- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (12/31～1/3を除く)
受付時間	月～金 AM 8:00～PM 5:30
サービス提供時間	月～金 AM 9:00～PM 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、ご利用者に対して指定通所介護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	基準	配置職員数
1. 管理者	1名	1名 ※1
2. 生活相談員	1名	2名 ※2
3. 看護職員	1名	2名 ※3
4. 介護職員	4名	7名 ※4
5. 機能訓練指導員	1名	2名 ※5

※1 他施設管理者と兼務しています。

※2 他施設計画作成担当者、介護職員と兼務しています。

※3 機能訓練指導員、介護職員と兼務しています。

※4 利用日の利用者数によって変動します。他職種と兼務しています。

※5 看護職員と兼務しています。

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、ご利用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) 利用料金の全額を負担いただく場合 |

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、自己負担分(1割、2割、または3割:介護保険証負担割合証による)を除いた分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、栄養並びにご利用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

住宅環境及びご自宅で入浴することが困難な場合、ご利用者の入浴又は清拭、シャワー浴を行います。

③ 排泄

ご利用者が排泄時に介助が必要な場合、職員が介助及び定期的にトイレへの時間誘導を行います。

④ 機能訓練

機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必

要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

<サービス利用料金(1ヶ月あたり)>

下記の料金表によって、ご利用者の要支援状態や利用状況に応じた利用料金からをお支払い下さい。

項 目	料 金(単位数)
週 1 回までの利用 (事業対象者、要支援 1)	(基本) 436 単位/回 月 4 回を超える場合 1798 単位/月
	(加算) サービス提供体制強化加算 サービス提供体制強化加算Ⅰ・・・88 単位/月 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士が70%以上 ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上 サービス提供体制強化加算Ⅱ・・・72 単位/月 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上 サービス提供体制強化加算Ⅲ・・・24 単位/月 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士が40%以上 ②介護職員の総数のうち、勤続7年以上の者が30%以上 ※上記いずれかの条件に該当する場合に、サービス提供体制強化加算Ⅰ、サービス提供体制強化加算Ⅱ、サービス提供体制強化加算Ⅲのいずれかを算定します。 科学的介護推進体制加算 1月:40単位 口腔・栄養スクリーニング加算 20単位(1回/6月) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) …基本料金に各種加減算を加えた総単位数に9.0%を乗じて得られた単位数
週 2 回までの利用 (事業対象者、要支援 2)	(基本) 447 単位/回 月 8 回を超える場合 3621 単位/月
	(加算) サービス提供体制強化加算 サービス提供体制強化加算Ⅰ・・・176 単位/月 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士が70%以上 ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上 サービス提供体制強化加算Ⅱ・・・144 単位/月 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上 サービス提供体制強化加算Ⅲ・・・48 単位/月 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士が40%以上 ②介護職員の総数のうち、勤続7年以上の者が30%以上 ※上記いずれかの条件に該当する場合に、サービス提供体制強化加算Ⅰ、サービス提供体制強化加算Ⅱ、

	<p>サービス提供体制強化加算Ⅲのいずれかを算定します。</p> <p>科学的介護推進体制加算 1月:40単位</p> <p>口腔・栄養スクリーニング加算 20単位(1回/6月)</p> <p>介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)…基本料金に各種加減算を加えた総単位数に9.0%を乗じて得られた単位数</p>
--	---

(減算) 送迎を行わなかった場合 片道:47単位減算

※1 自己負担分は、表中の単位数を加減算して得られた単位数に地域区分(10.14円)を乗じて得られた金額の1割、2割、または3割(介護保険負担割合証による)となります

※2 介護予防通所介護相当サービスにおいては、上記加算以外にも設定されている加算があります。それぞれのご利用者の心身の状況に応じて、必要な支援を行い、その支援を提供することによって算定できる加算がある場合は、文書等で説明し同意をいただいたうえで算定する場合があります。

(2)介護保険の給付対象額とならないサービス

下記のサービスは、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 食事の材料の提供(食材料費)

ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料 金: 1食あたり ¥700

② 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものについては費用をご負担いただきます。

おむつ等について:ご利用者でご用意ください。利用中に不足等ありましたら、事業所のものを使用していただきます。次の利用日に同等品をご返却いただくか、実費を負担いただきます。常におむつ等を使用されている場合など、事業所において一定量をお預かりすることも可能です。

③クラブ活動、外出行事等に必要な費用

クラブ活動、外出行事等に必要な費用(材料費、入場料、食事代等)をご負担いただきます。

④日常生活上に必要となる物

日常生活に要する物でご利用者にご持参していただく物は以下の通りです。

- ・上履き(利用後には当事業所においていただくことも可能です)
- ・割れないコップ及び歯ブラシ(昼食後に口腔ケアを行います)
- ・入浴後の交換下着や上着(必要な方のみ)

⑤サービス提供記録の開示について

ご利用者に関するサービス提供記録を開示する事ができます。複写物の交付をお求めになる場合は、実費(1枚10円)をいただきます。

☆経済状況の著しい変化その他やむをえない理由がある場合、相当な額に変更する事があります。その場合事前に変更の内容と理由について、事前にご説明します。

(3)利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払については、ひと月分をまとめて翌月の20日に銀行引落しとなります。

別途、銀行引き落とし手数料(110円/月)が必要となりますが、ご負担をお願いいたします。

6. 利用上の注意事項

(1) 利用のお休みについて

利用予定日に、様々な理由でお休みになられる場合は、利用予定日の朝8時までに当事業所へ直接ご連絡ください。

(2) 利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護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。この場合には担当の介護支援専門員にご連絡ください。

②担当の介護支援専門員を介してサービス利用の変更・追加の申し出があった場合において、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

(3) 喫煙について

当事業所は建物内を禁煙としています。

(4) 金銭の持込について

当事業所におきまして、物品を購入できるのは自動販売機の飲料だけです。したがって、通常の利用に際して高額の金銭は必要ありません。また、腕時計や指輪等の装飾品については、当事業所におきまして十分な管理はできませんので、持ち込みについてご配慮をお願いします。紛失された場合の責任を負いかねます。

(5) 利用時の体調管理について

受診してインフルエンザと診断された場合は、他の利用者への感染を予防するため、解熱後2～3日間は自宅療養をお願いします。通所介護の利用再開については、解熱後3～4日目から可能ですが、体調に充分注意しマスクを使用してください。他の感染症につきましては、感染リスクを勘案して、適時利用のあり方等を検討します。また、インフルエンザ等に関わらず、37℃以上の体温がある場合は利用に関して充分ご配慮ください。

(6) 受診について

当事業所内で発生した事故等に伴うケガや生命に危険が伴う体調急変については、当事業所職員が付き添うなどして受診します(必要に応じて、ご家族に受診先病院等へお越しいただかなければならないときがあります。)が、それ以外については、通所介護利用中の受診はできません。

(7) 飲食物の持込について

飲食物の持ち込みは原則禁止しています。医療、健康管理上の必要があるものについては、職員にご相談ください。

(8) 宗教、政治、営利活動について

当事業所内において、他の利用者や職員に対する宗教、政治活動(勧誘含む)、営利活動はご遠慮ください。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

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
真珠の湯ダイサービスセンター

説明者: _____

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: _____

利用者氏名: _____

代理人住所: _____

代理人氏名: _____