

社会福祉法人 まほろば福祉会 デイサービス扇寿
高松市介護予防・日常生活支援総合事業
(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。
香川県指定 第 3771400359 号

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方と事業対象者の方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

《目次》

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービス
6. 利用料とお支払方法
7. 事故発生時の対応について
8. 苦情の受け付けについて

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 まほろば福祉会
- (2) 法人所在地 香川県高松市香南町横井492番地1
- (3) 電話番号 087-815-8231
- (4) 代表者氏名 理事長 渡邊朋之
- (5) 設立年月 平成14年3月4日

2. 事業所の概要

- (1) イ 事業所の種類 高松市介護予防通所介護事業所
ロ 指定年月日 平成18年9月1日
ハ 介護保険指定番号 香川県指定第3771400359号
- (2) 事業所の目的
事業所の生活指導員及び看護職員、介護職員、機能訓練指導員が要支援状態にある利用者に対し、適正な介護予防サービスを提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービス 扇寿
- (4) 事業所の所在地 香川県高松市香南町横井492番地1
- (5) 電話番号 087-815-8231
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 岡田 修三
- (7) 当事業所の運営方針
事業所の介護従業者は、要支援状態等の心身の特性を踏まえて、その利用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に、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。
- (8) 開設年月 平成15年4月1日
- (9) 利用定員 15名
- (10) 事業所が行なっている他の業務
・地域密着型通所介護 平成15年4月1日指定 香川県指定第3771400359号

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(島嶼部、旧牟礼町、旧庵治町を除く)
- (2) 営業日 毎週月曜日～日曜日(12月31日～1月2日は休業)
- (3) 営業時間 午前8時30分～午後5時
- (4) サービス提供時間 午前9時15分～午後16時30分

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 種	配 置	指定基準
1. 管理者	1 名	1 名
2. 生活相談員	1 名以上	1 名
3. 介護職員	3 名以上	3 名
4. 看護職員	1 名以上	1 名
5. 機能訓練指導員（看護職員が兼務）	1 名以上	1 名

5. 当事業所が提供するサービス

当事業所では、「介護予防サービス支援計画書」に沿って、「介護予防通所介護計画」を作成し、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

（1）入浴

- ・看護職員が健康チェックをした上で、入浴を行います。
- ・車イスの方も機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ・入浴をされない方は清拭、足浴、洗髪を行うことができます。

（2）個別機能訓練

- ・機能訓練指導員(看護職員兼務)により、各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。

（3）送迎

- ・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。送迎車への移動、移乗の介助を行います。

（4）排泄

- ・ご利用者の状態に応じて適切な排泄の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。

（5）食事

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態および考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を行うことを原則としています。
(食事時間) ・昼食 12:00～ ・おやつ 15:30～

6. 利用料とお支払い方法

（1）介護保険の給付対象となるサービス

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をご負担いただきます。自己負担額については介護保険負担割合証に明記されている割合となります。また、高松市は介護報酬の地域区分で7等級に該当する為1単位×10.14の数式を用い料金を算定し、小数点以下は切り捨てとします。

・基本料金

利用者の要介護度		要支援 1		要支援 2	
		週 1 回まで	月 4 回を超える	週 2 回まで	月 8 回を超える
1 サービス利用料金 (1 単位×10.14)	単位	436 単位/回	1,798 単位/月	447 単位/回	3,621 単位/月
	料金	4,421 円	18,231 円	4,532 円	36,716 円
2 うち、介護保険から 給付される金額	1 割	3,978 円	16,407 円	4,078 円	33,044 円
	2 割	3,536 円	14,584 円	3,625 円	29,372 円
	3 割	3,094 円	12,761 円	3,172 円	25,701 円
3 サービス利用にか かる自己負担額 (1－2)	1 割	443 円	1,824 円	454 円	3,672 円
	2 割	885 円	3,647 円	907 円	7,344 円
	3 割	1,327 円	5,470 円	1,360 円	11,015 円

加算に関する項目（1 月につき）

加算項目	加算料金 (1 単位×10.14)		負担 割合	保険給付額	自己負担額
サービス提供体制 強化加算Ⅰ 要支援 1	単位	88 単位	1 割	802 円	90 円
	利 用 料金	892 円	2 割	713 円	179 円
			3 割	624 円	268 円
サービス提供体制 強化加算Ⅰ 要支援 2	単位	176 単位	1 割	1,605 円	179 円
	利 用 料金	1,784 円	2 割	1,427 円	357 円
			3 割	1,248 円	536 円
介護職員処遇改善加算 Ⅰ 口	総 サービス 費 の 12.7% (小数点以下 四捨五入)		1 割	加算額×90/100	加算額×10/100
			2 割	加算額×80/100	加算額×20/100
			3 割	加算額×70/100	加算額×30/100
			3 割	加算額×70/100	加算額×30/100

(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。

① 食事に係る費用 1 回あたり 6 5 0 円

・ご利用者に提供する食事(昼食代 6 0 0 円とおやつ代 5 0 円)にかかる費用です。

②レクリエーション、クラブ 活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。材料代等を実費でいただく場合があります。

③複写物の交付

ご契約者(ご利用者)は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。**(1枚につき10円)**

④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契約者の日常生活に要する費用でご契約者(ご利用者)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。

- ・オムツ代 (パンツ式) M・L **210円** LL **230円** (テープ式) **210円**
- ・ガーゼ代 1枚 **10円**

(3) 利用料金のお支払い方法

前項(1)(2)の料金、費用を1か月ごとに計算し請求します。請求書は翌月15日に発行いたします。

ア. 窓口で現金支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

(別途手数料が金額に応じかかります。)

114銀行 空港口支店 普通預金 0574941

社会福祉法人 まほろば福祉会 理事長 渡邊 朋之

ウ. 口座からの自動引き落とし

(別途手数料110円がかかります。)

(4) 利用の中止、変更、追加

- ・利用予定日の前に、ご利用者の都合により、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出してください。
- ・月のサービス利用日や回数については、利用者の状態の変化、介護予防通所介護計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ・利用者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日よりも少なかった場合、又は多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はいたしません。
- ・利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業所と調整の上、介護予防サービス支援計画書の変更または要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等の支援を行いません。
- ・月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。
- ・サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により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、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

(5) サービスの利用限度

- ・ 利用する曜日や内容等については、介護予防サービス支援計画に沿いながら、ご契約者様と協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。
- ・ ただし、ご契約者様の状態の変化、介護予防通所介護計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ・ ご利用者がまだ要支援認定を受けていない場合には、償還払いとなります。また、介護予防通所介護計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ・ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

7. 事故発生時の対応について

- ・ 当施設における介護福祉施設サービスの提供により、事故が発生した場合には、ご家族等に連絡するとともに、必要に応じ速やかに市町村への連絡など、必要な措置を行います。
- ・ 前項の事故の状況及び事故に際して取った処置について記録を行います。
- ・ 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。
- ・ サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。また、施設において損害賠償保険に加入しています。

8. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における相談、要望、苦情は以下の担当職員にお申し出ください。

- ・ 苦情受付 8 : 30 ~ 17 : 30
- ・ 担当職員 生活相談員 井下 靖子

また、苦情受付ボックスをデイルーム内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

高松市健康福祉局 介護保険課	所在地 香川県高松市番町1丁目8番15号 電話番号 087-839-2326
香川県国民健康保険団体連合会	所在地 香川県高松市福岡町2丁目3番2号 電話番号 087-822-7431
香川県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 香川県高松市番町1丁目10番35号 電話番号 087-861-1300
高松市包括支援センター	所在地 香川県高松市桜町1丁目10番27号 電話番号 (087) 839-2811

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の説明を行いました。

デイサービス扇寿 説明者 氏 名 _____ 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、サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者住所

氏 名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

署名代行理由 (_____)