

指定介護予防通所介護相当サービス

《 重要事項説明書 》

デイサービスセンターおひいさん

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 3770400707 号)

社会福祉法人 正友会

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 正友会
- (2) 法人所在地 香川県仲多度郡まんのう町長尾 1102 番地
- (3) 電話番号 0877-56-9166
- (4) 代表者氏名 理事長 長谷川智一
- (5) 設立年月 昭和 51 年 11 月 5 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所介護事業所・平成 26 年 7 月 1 日指定
香川県 3770400707 号
- (2) 事業所の目的 要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定介護予防通所介護相当サービス(以下「介護予防通所介護サービス」という。)を提供すること。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターおひいさん
- (4) 事業所の所在地 香川県善通寺市生野町 1308-3
- (5) 電話番号 0877-64-2280
- (6) 管理者 高木紫帆
- (7) 当事業所の運営方針 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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ならびに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ること。また、地域や家庭との結びつきを重視するとともに、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めること。
- (8) 開設年月 平成 26 年 7 月 1 日
- (9) 利用定員 月～金曜日 10 人(通所介護サービスを含む)

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 善通寺市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日(12/29～1/3を除く)
営業時間	8時00分～17時00分
サービス提供時間	9時00分～16時00分

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	員 数
1. 管理者	生活相談員と介護職員兼務 1
2. 看護職員兼訓練指導員	1 名以上
3. 生活相談員	専従 1 名以上
4. 介護職員	2 名以上

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) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護予防給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

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

＜サービスの概要＞

- ① 日常生活上の援助
- ② 健康状態の確認
- ③ 送迎サービス
- ④ 入浴サービス
- ⑤ 食事サービス
- ⑥ 相談、助言等に関すること
- ⑦ アクティビティの実施

＜サービス利用料金（1月あたり）＞（契約書第7条参照）

ご利用料金は、ご利用者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護予防給付費額を除いた金額（自己負担額）と介護予防給付対象外の食費の合計金額となっております。ご利用料金は、別紙料金表の通りです。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、介護予防サービス支援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、ご契約者が予防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。

☆ご利用者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合には、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。

(2) 介護予防給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。ただし詳細については別途協議相談のうえ決定します。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食費

ご契約者に提供する食費にかかる費用です。 料金：昼食 650円

②レクリエーション等に特別の材料費等を要する場合

③その他ご契約者のご希望が、介護予防給付内容に含まれないと判断される場合

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、サービス利用終了後、1ヵ月ごとに計算しご請求しますので、翌月の27日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（1ヵ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

- | | |
|---|--|
| ア | ご契約者の指定金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用になれる金融機関は、ご契約時にご確認ください。 |
| イ | 下記指定口座へのお振込み
百十四銀行満濃支店 普通預金 0440161
社会福祉法人正友会
デイサービスセンターおひいさん 理事長 長谷川智一 |
| ウ | 施設窓口での現金支払い |

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○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へ申し出てください。

- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10%（自己負担相当額）

- 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. 守秘義務について

- (1) 事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。この守秘義務は契約が終了した後も継続します。従業者は退職後においても同様の義務を負うものとします。
- (2) 前項にかかわらず、契約者にかかる他の介護予防支援事業者との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又は契約者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

7. 事故発生時の対応について

- (1) 当事業所では、ご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は、速やかに家族、かかりつけ医、介護予防支援事業所、保険者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所では、サービスの提供にともなう、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。

8. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情等の受付

当施設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。また、別紙①のとおり対応します。

○苦情受付窓口（担当者）

管理者 高木紫帆 (TEL 0877-64-2280)

○意見・要望等の相談解決等第三者委員

第三者委員氏名 安西 朱実 (TEL 0877-77-2530)

(五十音順) 佐野 利昭 (TEL 0877-84-2971)

平井 英津子 (TEL 0877-73-4488)

連絡先 社会福祉法人正友会法人本部事務局 TEL0877-56-9166

○受付時間

8:30～17:00（土日、祝日、年末年始を除く）

○苦情受付ボックスを施設事務室前に設置しています。

(2) 当施設における苦情等の処理

社会福祉法第82条の規定により、社会福祉法人正友会「意見・要望等の相談解決実施要綱」に基づき適正な処理を行います。

○苦情解決責任者 統括責任者 小嶺 輝

(3) 行政機関その他の苦情受付

(市町村介護保険担当課)	※保険者が、善通寺市以外の利用者の場合に説明担当者が記入 所在地 電話番号 受付時間
善通寺市 地域包括支援センター	所在地 香川県善通寺市文京町2丁目1番1号 電話番号 0877-63-6364 受付時間 月～金曜日（祝日・年末・年始を除く）8:30～17:15
香川県健康福祉部 長寿社会対策課	所在地 香川県高松市番町4-1-10 電話番号 087-832-3269 087-832-3274 受付時間 月～金曜日（祝日・年末・年始を除く）9:00～17:00
香川県運営適正化委員会 （香川県社会福祉協議会内）	所在地 香川県高松市番町1-10-35 電話番号 087-861-1300 受付時間 月～金曜日（祝日・年末・年始を除く）10:00～16:00
香川県国民健康保険団体連合会 介護保険室	所在地 香川県高松市福岡町2-3-2 電話番号 087-822-7431 受付時間 月～金曜日（祝日・年末・年始を除く）9:00～17:00

令和 年 月 日

介護予防通所介護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。

指定介護予防通所介護事業所 デイサービスセンターおひいさん
説明担当者 職名
氏名

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、介護予防通所介護サービスの開始に同意しました。

契約者 住所

氏名

利用者 氏名

契約者との続柄

◇この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所申込者またはその家族への重要事項の説明のために作成したものです。

[2025.04.01]