

「指定通所介護（デイサービス）」
「指定介護保険法に基づく第1号通所事業（通所型サービス）」

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 3771200031号)

当事業所は契約者に対して指定通所介護サービス・介護保険法に基づく第1号通所事業（通所型サービス）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」又は「要支援」と認定された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。

1. 事業所経営法人

(1) 法人名	社会福祉法人 聖マルチンの家
(2) 法人所在地	香川県坂出市沖の浜1番5号
(3) 電話番号	0877-46-3776
(4) 代表者氏名	理事長 松本 尚史
(5) 設立年月日	昭和42年 2月21日

2. ご利用事業所

(1) 事業所の種類	指定通所介護事業所 指定介護保険法に基づく第1号通所事業（通所型サービス）事業所	
	指定年月日	平成12年 2月24日 平成18年 4月 1日
	指定番号	香川県 第3771200031号
	※当事業所は特別養護老人ホームマリアの園に併設されています。	
(2) 事業所の名称	特別養護老人ホームマリアの園（マリア園デイサービスセンター）	
(3) 事業所の所在地	香川県小豆郡小豆島町草壁本町字上蔵田1番地13	
(4) 電話番号	0879-82-3578 050-3537-7316	
(5) FAX番号	0879-82-4714	
(6) 管理者	施設長 山本 順子	
(7) 開設年月日	平成 4年 4月 9日	
(8) 通常の事業の実施地域	小豆郡（小豆島町、土庄町、但し離島は除く）	
(9) 営業日及び営業時間	営業日	日曜日～土曜日
	受付時間	日曜日～土曜日 8:15～17:15
	サービス提供時間	日曜日～土曜日 9:15～16:15
	※但し、8月13日～15日、10月15日 12月31日～1月3日は休業日です。	
(10) 利用定員	30名	

3. 事業所の目的と運営方針

事業所の目的	指定通所介護・指定介護保険法に基づく第1号通所事業（通所型サービス）（以下「通所介護サービス等」という。）は、介護保険法令に従い、契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、契約者に通所介護サービス等を提供します。
事業所の運営方法	1. 事業所の介護員等は、キリスト教精神に基づき、契約者の人格を尊重し、真の幸福を求めつつ、安らかな余生が送られるよう、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に、入浴、排泄、食事、手作業の援助を行うことより、契約者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持向上並びに契約者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。 2. 契約者とその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画等を作成することにより、契約者が必要とする適切なサービスを提供します。 3. 事業の実施に当たっては、介護保険法並びに、関係する厚生省令、告示の趣旨内容に沿ったものとし、関係市町村、地域の保健、医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定通所介護サービス・介護保険法に基づく第1号通所事業（通所型サービス）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。

職 種	現 員
1. 事業所長（管理者）	（1 名）
2. 介 護 職 員	7 名 【常勤6名内、生活相談員兼務3名、非常勤1名】
3. 生 活 相 談 員	3 名 【介護職員兼務】
4. 看 護 職 員	3 名 【常勤1名、非常勤2名】
5. 機能訓練指導員	4 名 【常勤1名、看護職員3名兼務】
6. 介護支援専門員	—
9. 栄 養 士	（2 名）
10. 調 理 員	（6 名）【常勤4名、非常勤2名】
11. 事 務 員	（3 名）

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

尚、（ ）内は、併設施設と兼務となっています。

5. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 介 護 職 員	勤務時間 8:15～17:15
2. 看 護 職 員	勤務時間 8:15～17:15
3. 生 活 相 談 員	勤務時間 8:15～17:15
4. 機能訓練指導員	理学療法士、看護職員が指導に当たります。

6. 当事業所が提供するサービス

当事業所では、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、下記のものがあります。

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

(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、通常 9 割又は 8 割又は 7 割が介護保険から給付されます。

種 類	内 容
入浴サービス	・入浴又は清拭を行います。 ・機械浴槽を使用して入浴することができます。 ・入浴については、ご希望の方だけのご利用となっています。
排 泄 介 助	・プライバシーの保護に努め、排泄介助を行います。 ・契約者の身体の状態に応じて、移動の介助を行います。
機 能 訓 練	・機能訓練指導員により、契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復、又は、その減退を防止するための個別リハビリ、集団リハビリを実施します。 ・レクリエーション、趣味活動、行事的活動等がリハビリに繋がるよう楽しみながら残存機能を活かした援助を行います。
口腔機能向上	・口腔機能向上を目的として、口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行います。 ・口腔機能向上については、必要と判断された方のみ実施します。
健 康 管 理	・看護職員により、体温、血圧等の測定が行われ健康状態の確認をします。
相談及び助言	・日常生活動作に関する訓練の相談、助言が受けられます。 ・福祉用具の利用法の相談、助言が受けられます。
送迎サービス	・安全に心掛け、契約者の自宅までの送迎を行います。 ・障害の程度、地理的条件等により専用車輛により送迎を行います。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

次に掲げるサービスについては、別に利用料金が必要となります。

種 類	内 容
食事サービス	・ 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態に基づいた食事を提供させていただきます。 ・ 契約者の自立支援のため、楽しく食事をとっていただけるよう援助を行います。 ・ 食事時間は12時からとなっています。 ・ 契約者に提供する食事の費用（おやつ代込）1回あたり：750円
おむつ代	・ 必要な方のみいただきます。 ・ 尿取りパット 1枚 20円 ・ リハビリパンツ 1枚 100円 ・ カバー併用型 1枚 100円 ・ フラットタイプ 1枚 30円
材料代等	・ レクリエーションや趣味活動に参加される場合の材料費として実費をご負担いただきます。
日用品費	・ 日常生活用品の購入代金等、契約者に負担いただくことが適当であると思われる費用です。
複写物	・ 契約者は、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
洗濯代	・ 洗濯を行った場合+乾燥機にかけた場合 1回：200円+100円

7. 利用料金と支払い方法

利用料金は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ア. 窓口での現金支払い
イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

※引き落としを希望される場合は、翌月20日（金融機関定休日の場合は翌日）に引き落としとなります。

《介護認定で要介護・要支援に認定された方のサービス利用料金1回あたり》

下記の料金表によって、契約者の要介護度・要支援度に応じたサービス利用料金をご請求致します。

なお、下記のサービス料には、送迎（往復）が含まれています。

利用料金一覧表

(単位:円)

総合事業通所型サービス

(単位:円)

単位:円	利用料/月	サービス提供体制強化(Ⅰ)	保険料計/月	食費/回
要支援1	1,798	88	1,886	750
要支援2	3,621	176	3,797	おやつ代込
・科学的介護推進体制加算			1月	40

通所介護(7～8時間未満)

単位:円	利用料	サービス提供体制強化(Ⅰ)	入 浴	保険料計	食 費	合 計
要介護1	658	22	40	720	750 おやつ代込	1,470
要介護2	777			839		1,589
要介護3	900			962		1,712
要介護4	1,023			1,085		1,835
要介護5	1,148			1,210		1,960
・科学的介護推進体制加算					1月	40
・個別機能訓練加算(Ⅰ)イ			※同時に加算はしない	1日	56	
・個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ				1日	76	
・送迎を実施しない場合(家族による送迎)					片道	▲ 47

共通

・介護職員処遇改善加算: 利用料(自己負担外)の合計額に92/1000を掛けた額

利用料金 : 1日当たりの自己負担額 1割又は2割又は3割 (上記利用料金は例として1割を記載)

※ 機能訓練を実施した日のみ、個別機能訓練加算を算定します。

※ 該当するもののみ加算になります。

8. 利用の中止・変更・追加

- (1) 利用予定日の前に、契約者の都合により、通所介護サービス等の利用を中止、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所に申し出てください。
- (2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になっても利用を中止の申し出をされなかった場合取消料として当日のサービス利用料金相当額をお支払いいただく場合があります。但し、契約者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。
- (3) 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。
- (4) 入院された場合は一旦利用中止とし、退院後再度曜日等検討させていただきます。その際、定員がいっぱいの場合はお待ちいただくようになりますので、ご了承ください。

9. 緊急時の対応及び非常災害対策

- (1) 契約者に病状の急変が生じた場合には、応急処置をとると共に、速やかに家族並びに主治医等へ連絡、又は救急車にて搬送する等必要な措置をとります。
- (2) 非常災害に備え定期的に非難、救出等必要な訓練を行います。
- (3) 火災発生時には、火元確認後、安全方向に誘導及び介助にて避難していただきます。

10. 事故発生時の対応

- (1) 契約者に対するサービス提供により、事故が発生した場合には速やかに市町村、契約者家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。
- (2) 送迎途上の交通事故発生時には、警察の指示に従い、賠償問題等については保険会社に一任いたします。
- (3) 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。
- (4) 事業所において、契約者のための「しせつの損害補償」保険に加入しています。サービス提供中に受傷し入院された場合には、契約者の有利になるよう手続きをとります。

11. 苦情の受付

苦 情 解 決 責 任 者	管理者 山本 順子
当施設ご利用における 苦情の受付	苦情受付窓口（担当者） 副 施 設 長 森上 明美 受付時間（定休日以外） 9：00～17：00
第三者による苦情の受付	第三者委員会 氏 名：岡田 八重子 所在地：小豆島町安田甲 454 Tel：(0879) 82-0604 氏 名：空林 志郎 所在地：小豆島町安田甲 1644 Tel：090-4335-6363
行 政 機 関 等 その他苦情受付機関	●行政機関名：香川県健康福祉部長寿社会対策課 在宅サービスグループ 所 在 地：高松市番町高松市番町 4 丁目 1 番 10 号 電 話 番 号：(087) 832-3269 FAX 番 号：(087) 806-0206 受 付 時 間：(月曜～金曜) 9：00～17：00 ●行政機関名：香川県社会福祉協議会内 福祉サービス運営適正化委員会事務局 所 在 地：高松市番町高松市番町 1 丁目 10 番 35 号 電 話 番 号：(087) 861-1300 FAX 番 号：(087) 861-1300 受 付 時 間：(月曜～金曜) 9：00～17：00 ●行政機関名：小豆島町役場 高齢者福祉課 介護保険係 所 在 地：小豆島町片城甲 44-95 電 話 番 号：(0879) 82-7006 FAX 番 号：(0879) 82-1120 受 付 時 間：(月曜～金曜) 9：00～17：00 ●行政機関名：香川県国民健康保険団体連合会 介護保険課 所 在 地：高松市福岡町二丁目 3 番 2 号 電 話 番 号：(087)822-7461 FAX 番 号：(087)822-6023 受 付 時 間：(月曜～金曜) 9：00～17：00

- ・ 苦情受付ボックスを併設事業所事務所前受付カウンターに設置しています。

1 2. 虐待の防止

- (1) 虐待防止に関する担当者を選任しています。
虐待防止措置担当者： 管理者 山本 順子
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（現に擁護している家族・親族・同居人）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。

1 3. 契約者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取り組み			あり
第三者（ボランティア等）へのアンケート調査、意見等を把握する取り組み			あり
第三者による評価の実施状況	なし	結果の公表	

説 明 日 時：令和 年 月 日

指定通所介護サービス・指定介護保険法に基づく第1号通所事業（通所型サービス）
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。

説明者職種： 生活相談員 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、指定通所介護サービス・
指定介護保険法に基づく第1号通所事業（通所型サービス）の提供開始に同意しました。

契 約 者： 住 所 香川県小豆郡

(利 用 者) 氏 名

私は、下記の理由により本人に代わり、上記署名を代行し、本人の契約意志を確認し
ました。

署名代行者： 住 所

氏 名

続 柄

署名を代行した理由： 筆記が困難な為 高齢な為 手が震う為

その他