

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



株式会社 ピュアライフ

高松市介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 ピュアライフ
主たる事務所の所在地	〒761-8074 高松市太田上町 420 番地 1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 石村 久香
設立年月日	平成 18 年 7 月 27 日
電話番号	087-816-1122（運営についてのお問合せ：087-813-8200）

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	瀬戸日和	
サービスの種類	高松市介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒761-0394 高松市上林町 495 番地	
電話番号	087-802-7800	
指定年月日・事業所番号	平成 30 年 3 月 1 日 指定	37A0101464
実施単位・利用定員	1 単位	定員 18 人 (地域密着型通所介護を含む)
通常の事業の実施地域	高松市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

介護予防通所介護相当サービスは、事業者が設置する事業所（瀬戸日和）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで 年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後17時30分まで
サービス 提供時間	午前9時30分から午後3時まで （利用者の事情により提供時間が短縮した場合は、事業所が何らかのサービス（到着時の健康状態の確認を含む）を実施していれば、最低時間数に達していない場合でもご利用回数は算定となります）

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	人 数
生活相談員	2名
看護職員	1名以上
介護職員	2名以上
機能訓練指導員	1名以上

7. 管理者

事業所の管理者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者の氏名	原 寛治
--------	------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割から3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）（通所事業）介護予防通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分】

令和6年6月1日改定

利用者の 要介護度	基本利用料	地域区分 単位×10.14	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1 (週1回まで)	① 週1回まで 436単位/回	4,421円	443円	885円	1,327円
	② 週1回まで 月4回超の場合 1798単位/月	18,231円	1,824円	3,647円	5,470円
事業対象者 要支援2 (週2回まで)	③ 週2回まで 447単位	4,532円	454円	907円	1,360円

	④ 週 2 回まで 月 8 回超の場合 3621 単位	36,716 円	3,672 円	7,344 円	11,015 円
--	-----------------------------------	----------	---------	---------	----------

【加算】

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		基本利用料	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）	利用者負担（3割）
口腔機能向上加算 （150 単位）	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除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った場合	1,521 円	153 円	305 円	457 円
同一建物減算 （-94 単位/回）	事業所と同一の建物等に居住する利用者で、基本部分 ①③の方	-953 円	-96 円	-191 円	-286 円
同一建物減算 （-376 単位/月）	事業所と同一の建物等に居住する利用者で、基本部分 ②の方	-3,812 円	-382 円	-763 円	-1144 円
同一建物減算 （-752 単位/月）	事業所と同一の建物等に居住する利用者で、基本部分 ④の方	-7,625 円	-763 円	-1525 円	-2288 円
送迎減算減算 （-47 単位/片道）	施設が送迎を行わない場合	-476 円	-48 円	-96 円	-143 円
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ※		（基本単位+加算）×8.0%			

※定員超過による減算、従業者欠員による減算は、高松市総合事業の単位（金額）に準じます。

（2）その他の費用

食費	食事の提供をする場合、1食につき756円の食費をいただきます。
おむつ代	実費を頂きます。
その他	レクリエーション・クラブ活動の材料費の実費、複写物の交付

（3）キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出が無く、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頂く場合があります。但し、ご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。

利用 24 時間前までにご連絡いただいた場合・・・キャンセル料は無料

利用 12 時間前までにご連絡いただいた場合・・・キャンセル料は利用者負担額の 50%

利用 12 時間前までにご連絡が無かった場合・・・キャンセル料は利用者負担額の 100%

（4）支払い方法

上記（1）から（3）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次の方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後

にお渡しします。

支払い方法	支払い要件等
口座引落	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は翌営業日）に、あなたが指定する口座より引き落としします。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び高松市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

（1）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 087-802-7800 面接場所 当事業所の応接室
---------	------------------------------------

（2）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	高松市介護保険課	電話 087-839-2326
	香川県国民健康保険団体連合会	電話 087-822-7431

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- （1）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- （2）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- （3）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えております。

防災訓練 年2回以上

避難訓練 年2回以上

通報訓練 年2回以上

14. その他運営についての留意事項

1. 事業所は、従業員の質的向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制の整備を行うものとする。
 - ①採用時研修 採用後3カ月以内
 - ②継続研修 月1回以上
2. 従業員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
3. 従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においても秘密を保持すべき旨を、雇用契約の内容に含むものとする。
4. この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は㈱ピュアライフと事業所の

管理者との協議に基づいて定めるものとする。”

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を説明しました。

事 業 者 所在地 高松市太田上町 420 番地 1
事業者 株式会社 ピュアライフ
代表取締役 石村 久香 印
説明者・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住 所
氏 名 印

利用者の家族又は代理人 住 所
氏 名 印
利用者との関係（ ）