

地域密着型通所介護事業所重要事項説明書

〈2025年 4月 1日〉

1. 当方が提供するサービスについての相談窓口

電話：087-899-5011(毎週 月・火・水・木・金・土の午前9時～午後4時まで)

* ご不明な点は、ご遠慮なくおたずねください。

2. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人ひだまり福祉会
主たる事務所の所在地	〒761-1705 香川県高松市香川町川東下 1190-1
代表者(職名・氏名)	理事長 青梅スミ江
設立年月日	令和6年12月12日
電話番号	087-899-6311

3. 地域密着型通所介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所の名称	デイサービス香川ひだまり
事業所の所在地	香川県高松市香川町川東下 1190-1
電話番号	087-899-5011
FAX 番号	087-899-5012
介護保険事業所番号	地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス (高松市 3790101202 号)
実施単位・利用定員	1単位 18名
サービスを提供する地域	高松市(島嶼部除く)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会福祉法人ひだまり福祉会が開設するデイサービス香川ひだまり(地域密着型通所介護事業所及び介護予防通所介護相当サービス事業所)(以下、「事業所」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者、介護職員、生活相談員、看護職員又は機能訓練指導員(以下、「通所介護従事者」という。)が要介護状態又は要支援状態にある高齢者及び事業対象者と認定された高齢者に対し、適正な通所介護又は介護予防通所介護相当サービス(以下、「通所介護等」という。)を提供することを目的とする。
-------	---

運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の通所介護従事者は、要介護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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。 ・事業の実施にあたっては、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。 ・事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。
-------	--

(3) 提供するサービスの内容

- ・食事の提供
食事の提供及び必要な介助を行います。
- ・入浴（個浴、機械浴）
入浴サービスの提供及び必要な介助を行います。
- ・日常生活動作の機能訓練
利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。
- ・健康状態の確認
体調や血圧等の確認を行います。
- ・送迎
居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。
- ・日常生活における相談及び助言
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ・その他日常生活上の援助
利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。

(4) 営業日 毎週 月・火・水・木・金・土曜日
ただし、年末年始（12月31日から1月2日）を除きます。
営業時間 9：00～16：00

(5) サービスの提供時間帯 10：00～15：30（送迎時間を除く）

(6) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	備考
管理者		1名		1名	介護員と兼務
看護職員	正看・准看護師		2名	2名	機能訓練指導員と兼務
生活相談員	介護福祉士	2名		2名	
機能訓練指導員	正看・准看護師		2名	2名	看護職員と兼務
介護員	介護福祉士・介護職員初任者研修	1名	6名	7名	

(7) 利用料金 法定代理受領分—介護報酬の告示上の額の1割又は2割又は3割
法定代理受領分以外—介護報酬の告示上の額

交通費 通常の事業の実施地域を越える地点から片道 1 k m未満 20 円
 (以降 1km ごとに 20 円)
 食費 (おやつ代含む) 600 円

その他 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が
 適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な
 身の回り品など) について、費用の実費をいただきます。

4. 当方の通所介護サービスの特色等

利用者の安心が得られるよう家庭的雰囲気大切にしながら、個別援助に努めています。

5. 利用日の取り消しについて

利用者は、利用日の取り消しを行う場合は、給食、送迎費の問題があり、実施予定日の前
 日 16 : 00 までにご連絡下さい。

当日、やむを得ない場合は当日の 9 : 00~9 : 30 までにお知らせ下さい。

デイサービス香川ひだまり 電話 087-899-5011

6. 支払い方法

毎月、15 日までに前月分の利用料の請求をいたします。お支払方法は、請求月の 27 日に
 銀行・郵便局の指定口座からの引き落としになります。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救
 急隊、親族、居宅介護支援業者等への連絡を致します。

主治医	主治医氏名		医療機関名	
連絡先	所在地		電話番号	
緊急 連絡先 (家族等)	① 氏名		電話番号	
	② 氏名		電話番号	

8. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し付けください。

9. 苦情処理

管理者は、提供した指定通所介護に関する利用者からの苦情に対して、迅速且つ適切に対
 応するため、担当職員を置き、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じ、利用者及
 び家族に説明するものとする。又、下記担当窓口へ報告を行う。

① 事業所の苦情処理担当者 福井吏沙 TEL 087-899-5011
 受付時間 営業日の 9:00~16:00

② 高松市介護保険課 TEL 087-839-2326

③ 香川県国保連合会 TEL 087-822-7431

10. 事故発生時の対応

事故発生時の対応は次のとおりとする。

- (1) 当事業所は、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には、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (2) 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責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せん。
- (3) 当事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償保険に加入します。

11. 秘密保持

通所介護事業者は、業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持する。

事業者は、通所介護従業者であった者に、業務上知りえた利用者又は家族の秘密を保持させるため、通所介護従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、通所介護従業者との雇用契約の内容とする。

12. 契約の終了

- 1 利用者は事業者に対して、契約終了希望日の1週間前までに文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、契約終了希望日の1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- 2 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、契約終了日の1ヶ月前までに理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- 3 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業者が利用者やその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ④ 事業者が破産した場合
- 4 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 利用者のサービス利用料金の支払が2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、2週間以内に支払われない場合
 - ② 利用者またはその家族などが、事業者やサービス従事者に対して、本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合
- 5 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者が、介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が、自立と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡した場合

(補足)

料金表

(令和7年4月1日より)

(1) 保険内のサービス

【地域密着型通所介護】

基本 (通常のサービスは5時間以上～6時間未満)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上～4時間未満	4,218円	4,846円	5,475円	6,084円	6,722円
1割負担	422円	484円	547円	609円	672円
2割負担	844円	970円	1,095円	1,217円	1,345円
3割負担	1,266円	1,454円	1,643円	1,826円	2,017円
4時間以上～5時間未満	4,421円	5,080円	5,739円	6,378円	7,047円
1割負担	443円	508円	574円	638円	705円
2割負担	885円	1,016円	1,148円	1,276円	1,410円
3割負担	1,327円	1,524円	1,722円	1,914円	2,115円
5時間以上～6時間未満	6,661円	7,868円	9,085円	10,271円	11,498円
1割負担	666円	787円	909円	1,027円	1,150円
2割負担	1,333円	1,574円	1,817円	2,055円	2,300円
3割負担	1,999円	2,361円	2,726円	3,082円	3,450円

加算	単位
入浴介助加算 (I)	405円/日
	1割負担 41円 2割負担 81円 3割負担 122円
介護職員等処遇改善加算 (II)	1ヶ月の所定単位数に9.0%の加算
地域区分上乗せ	1単位：10.14
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合は片道につき -476円
	1割負担 -48円 2割負担 -96円 3割負担 -143円

【介護予防通所介護相当サービス】

基本

要支援1				要支援2			
(週1回・月4回を超える)		(週1回まで)		(週2回・月8回を超える)		(週2回まで)	
18,231円/1月		4,421円/1回		36,716円/1月		4,532円/1回	
1割負担	1,823円	1割負担	443円	1割負担	3,671円	1割負担	453円
2割負担	3,647円	2割負担	885円	2割負担	7,344円	2割負担	907円
3割負担	5,470円	3割負担	1,327円	3割負担	11,015円	3割負担	1,360円

加算	単位
介護職員等処遇改善加算 (II)	1ヶ月の所定単位数に9.0%の加算
地域区分上乗せ	1単位：10.14

(2) 保険外のサービス

- ・昼食代 (おやつ代含む) : 600円
- ・その他、行事費用を頂く場合がありますのでご了承ください。