

仏生山デイトレネクスト重要事項説明書

高松市通所型サービス A（第一号通所事業）

＜令和 6 年 4 月 1 日現在＞

お客様が利用しようと考えている高松市通所型サービス A（第一号通所事業）（以下「サービス」という。）について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

引き続き実際に契約を結ぶときには、本書の内容の説明を受けたことを証するため、本書の最終面に記名をお願いいたします。

当施設が提供するサービスについての相談窓口

（電 話） 087-888-5529

（担当者） 管理者：橋 史絵、従事者：坂東 聖仙

（受 付） 月曜日～土曜日（但し祝祭日・盆・年末年始は除く）
8:00～17:30

※ご不明な点等ございましたら、何なりとお尋ねください。

1. 事業者の概要

法人名	有限会社 AM プランニング
法人所在地	高松市多肥上町 1932-3
電話番号	087-813-9881
代表者名	取締役社長 辻岡 寛一
設立年月日	平成 15 年 5 月 30 日

2. 事業所の概要

① 事業所名称及び事業所番号

事業所名	仏生山デイトレネクスト
所在地	高松市多肥上町 1846-1
電話番号	087-888-5529
FAX 番号	087-813-8871
介護保険 事業所番号	高松市通所型サービス A（第一号通所事業） 事業所番号 第 37A0101837
開設日	平成 21 年 6 月 1 日
定員	午前/午後 15 名

② 事業所の職員体制

従業者の職種	人数	区分（人）				指定基準	備考
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1	従事者と兼務
従事者	26		5	9	12	1	内１名は管理者と兼務

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しております

なお、職員体制における職員数は年度ごとに介護サービス情報の公表において情報公開し、周知するものとします

③ 事業所の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	従事者と兼務
従事者	勤務時間 8:00～17:30（常勤・非常勤） ☆原則として1名以上の従事者が勤務

④ 事業の実施地域

事業の実施地域	仏生山町、出作町、多肥上町、太田上町、三名町、寺井町、一宮町
---------	--------------------------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください

⑤ 営業日

営業日	月・火・水・木・金・土
営業しない日	日曜・祝祭日（国民の祝日に関する法律に規定する休日） 盆（8月11日～15日）・年末年始（12月30日～1月3日）の年間10日間
営業時間	8:00～17:30
サービス提供時間	午前クラス 8:45～12:00 午後クラス 13:45～17:00
時間外サービス	無

※ 暴風・大雨・その他の異常気象時や施設の保守管理のため、臨時に休業することがあります。

⑥ 運営方針及び目的

当施設は利用者が住み慣れた家・地域の中で、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるように鍼灸マッサージ師・柔道整復師の技能を存分に発揮し、機能回復訓練等を行い、運動器の機能向上にあたります。また、一人ひとりに合わせたプログラムを作成し、運動と口腔の両面から無理なく続けられるようにサポートし、ご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家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目指します。

3. サービスの内容及び費用

利用者の方からいただく利用者負担金は、①介護保険の給付の対象となるサービス（原則的に1割負担。一定の所得がある方は2割または3割負担。）と②介護保険の給付の対象とならないサービス（利用者の方全額負担）の2種類に分かれます。（なお②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得られなければならないとされています。疑問点等あればお尋ねください）

なお、お客様の利用料金負担額については、サービス内容説明書【契約書別紙】に記載します。

① 介護保険給付対象サービス

(1) サービス内容

種類	内容
健康状態の確認	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います
機能訓練サービス	機能訓練指導員が利用者の方の状況に適した機能訓練を計画、実施し、身体機能の維持・向上に努めます。また、口腔体操を行うことで口腔内の環境を整えます。
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅（場合によってはご自宅近隣）から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。

※送迎サービスについて

送迎サービスはご自宅（玄関先もしくは門扉）から施設間の送迎となります。目的地の変更や途中で下車は出来ません。

※送迎サービスを利用しない場合について

（都合により、ご自分での来所や退所、自家用車または家族の送迎での利用等）

- ・迎えを利用しない場合は施設入室時から
- ・送りを利用しない場合は施設玄関退出時まで

が弊社サービスとなります。

サービス外での事故に関しまして、弊社は一切の責任を負いかねますので、予めご理解をお願いいたします。

(2) 費用

高松市通所型サービスA費（日額制）

＊費用および加算等については、契約書別紙を参照するものとします。

＊サービスの利用の振替利用について

振替での利用は、同じ週内の振替のみ可能となります。（ただし定員の範囲内に収まる場合のみ）

② 介護保険給付対象外サービス

支給限度額を超えてサービスを利用される場合、超過分が全額負担となります。

4. 請求とお支払方法

請求	①利用料その他の費用は、月ごとに請求いたします。 ②請求書は、毎回のサービス提供日及びそれぞれのサービス提供ごとの金額を明らかにした明細書を添えて、利用月の翌月 10 日までにお渡しします。
支払	①居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターからお客様にあらかじめ交付されているサービス利用票（第 7 表）と、請求明細書を照合のうえ請求月の 20 日（金融機関が休業日の場合は翌営業日）に口座より引き落としいたします。 ②お支払いの確認後、領収書を発行いたしますので、大切に保管してください。 ③お支払いが 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係らず、2 週間以内にお支払いいただけない場合は、契約を解約させていただいた上で未払い分をお支払いいただくことになります。

※ 自動引き落としに係る手数料は事業者が負担します。

※ 引き落としの際の印字は『 プッシュウザンネク 』です。

5. 健康診断について

利用前の健康診断受診に、ご協力お願いいたします。（高松市でも基本健康診断を行っています）

6. サービスの利用について

利用 申し込み	電話または来所のうえお申し込みください。 指定介護予防支援事業者に介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。 本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、お客様の同意を得た上で、契約を締結します。
契約期間	契約の有効期限は介護保険認定の期間と同じです。但し、引き続き認定を受け、お客様またはご家族から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。事業対象者については、利用者の介護予防サービス・支援計画に基づく期間を契約期間とする。
サービスの 終了	1. お客様のご都合でサービス提供を終了する場合は、契約終了を希望する日から1週間前までにお申し出ください。但し、お客様の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。やむを得ない事情により、サービス提供終了をお電話にて行う場合、お客様ご本人、ご家族様または担当ケアマネージャーからのお申し出にて受付致します。その場合、契約解除日は当事業所がお申し出を受け付けた日とします。 2. 事業所はやむを得ない事情がある場合、お客様に対して、契約終了の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、この契約を解除することができます。 3. 次の事由に該当した場合は、お客様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 お客様のサービス利用料金の支払いが3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 お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態が明らかになった場合。 ③ お客様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、本契約を継続し難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 事業対象者でない利用者の要介護状態区分が、自立と認定された場合 ③ 利用者が死亡した場合

7. 緊急時の対応方法

事業者は、現にサービスの提供を行っているときにお客様の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治の医師または歯科医師、介護支援専門員（ケアマネージャー）に連絡いたします。

また、心肺停止状態等の生命に関わる緊急事態が生じた場合には、当施設より救急車要請をいたします。救急隊に引き継ぐまでの間、救命処置等の対応を行います。

8. 事故発生時の対応方法

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、市町村、利用者の家族、介護支援専門員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. サービス内容に関する苦情・相談について

サービス内容に苦情・相談ある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

事業所の窓口	〒761-8076 高松市多肥上町 1846-1 (電 話) 087-888-5529 相談担当者 管理者（橘史絵）・従事者（坂東聖仙）
居宅支援事業所の窓口	お客様が契約を結んでいる居宅支援事業所になります。
公的団体の窓口	香川県国民健康保険団体連合会 介護保険室 〒760-0066 高松市福岡町 2 丁目 3 番 2 号 香川県自治会館内 (電 話) 087-822-7435
市町村の窓口	高松市健康福祉部介護保険課 〒760-8571 高松市番町一丁目 8 番 15 号 (電 話) 087-839-2326

10. 虐待防止の取り組みについて

事業者は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）高齢者虐待防止に関する事項について、研修等を通じて、職員のご利用者に対する人権意識の向上や知識の向上に努めます。

（２）ご利用者やご家族に対する苦情処理体制の周知徹底状況の確認を行います。

（３）サービス提供中に当事業者職員又は養護者（ご利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、被虐待者とされるご利用者の心身状況の確認、保護、記録を行い、速やかにこれを被保険者に通報します。

（４）職員の支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

11. 運動時の中止・休止基準について

事業者は、安全な機能訓練・運動指導実施のため、次に掲げる基準（アンダーソン・土肥の基準）に則り、サービスの提供を行います。

（１）運動を行わない方がよい場合

- ① 労作性狭心症を現在有するもの
- ② 安静時脈拍数 120 回／分以上
- ③ 拡張期血圧 120mmHg 以上
- ④ 収縮期血圧 200mmHg 以上
- ⑤ 新鮮心筋梗塞 1 ヶ月以内のもの
- ⑥ うっ血性心不全の所見が明らかなもの
- ⑦ 心房細動以外の著しい不整脈
- ⑧ 運動前すでに動悸、息切れのあるもの

（２）途中で運動を中止する場合

- ① 運動中、中等度の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心痛などが出現した場合
- ② 運動中、脈拍が 140 回／分を超えた場合
- ③ 運動中、1 分間 10 個以上の期外収縮が出現するか、または頻脈性不整脈（心房細動、上室性または心室性頻脈など）あるいは徐脈が出現した場合
- ④ 運動中、収縮期血圧 40mmHg 以上または拡張期血圧 20mmHg 以上上昇した場合

（３）次の場合は運動を一時中止し、回復を待って再開する

- ① 脈拍数が運動時の 30%を超えた場合、ただし、2 分間の安静で 10%以下にもどらぬ場合は、以後の運動は中止するかまたは極めて軽労作のものに切り替える。
- ② 脈拍数が 120 回／分を超えた場合
- ③ 1 分間に 10 回以下の期外収縮が出現した場合
- ④ 軽い動悸、息切れを訴えた場合

12. 当施設利用に際しての注意点

項目	内容
見学	見学 9:30～11:30 / 14:30～16:30 それ以外の時間についてご相談ください。
外出・退出	サービス利用中、個人での外出は出来ません。また、止むを得ず退出する場合は、管理者の許可を必要と致します。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室・設備・器具は、本来の用法に従ってご利用下さい。これに反するご利用により、破損等が生じた場合は賠償して頂くことがあります。
喫煙	当施設は禁煙ですので、ご遠慮ください。
迷惑行為	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭・貴重品の管理	利用者の金銭および貴重品の管理は出来ません。紛失されても責任を負えません。
宗教・政治活動	施設内で、他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮下さい。
危険物・動物等の持込	施設内への危険物・動物等の持ち込みは禁止します。
サービス利用の変更・追加	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。
利用者又はご家族からの授受	金銭などの授受は固くお断りいたしております。

令和 年 月 日

サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

事業者 《事業者名》 仏生山デイトレネクスト
 《説明者》 橘 史絵

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、同意しました。

《氏 名》 _____ (本人・代筆)

《代理人氏名》 _____