

地域密着型通所介護重要事項説明書

<令和7年5月1日現在>

1. 事業者の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	介護予防ジム クオ
所在地	三重県桑名市大字大福214番地
サービスを提供する対象地域	桑名市にお住まいの方

(2) 職員体制

生活相談員	常勤兼務 2名	非常勤兼務 1名
看護職員	常勤兼務 1名	非常勤専従 1名
介護職員	常勤兼務 4名	非常勤兼務 4名
	常勤専従 1名	非常勤専従 3名
機能訓練指導員	常勤兼務 1名	非常勤兼務 3名
		非常勤専従 2名

(3) 施設の概要

床面積1階	191.38㎡
機能訓練室	78.4㎡
定員	月～土 午前18名 火 午後18名 土 午後15名

(4) 営業時間 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

(ア) 営業日 月曜日から土曜日

※暴風雨警報、積雪等で、通所が危険と判断される日は、

臨時休業する場合がある。

(イ) 営業時間

午前8時30分から午後17時00分

(ウ) サービス提供時間 月曜日～土曜日

午前 9 時 10 分から午後 12 時 15 分

午後 13 時 25 分から午後 16 時 30 分

(エ) 休日

日曜日

2. サービス内容

①送迎

移動、移乗の介助、社用車による送迎など

②機能訓練

日常生活動作に重点をおいたトレーニング、体操などを含む

厚生労働省「介護予防マニュアル」に基づいたプログラムを実施

留意点については、重要事項説明書（別表 2）参照

③看護・介護・医療処置等

居宅介護支援事業所からの介護サービス計画に基づいて対応

④健康管理

体温や血圧、脈拍などの測定など看護職員による健康の管理

⑤相談

利用者及びその家族の日常生活における心身上、介護に関する相談助言

⑥その他

利用者及びご家族等のご要望には、相談の上、お応えいたします。

3. 料金

重要事項説明書（別表 1）参照

4. 要介護認定の申請に係る援助

要介護認定が行われていない場合には、当該利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助をいたします。

5. 相談・要望・苦情等の窓口

デイサービス事業に関する相談・要望・苦情等は生活相談員までお申し出ください。

・ サービス相談窓口 栗田 洋子

電話番号：0594-41-3313

受付時間：月曜日～土曜日（年末年始を除く）

午前9：00～午後4：30

・ 桑名市介護・高齢福祉課：0594-24-1489

・ 三重県国民健康保険団体連合会：059-222-4165

6. 守秘義務

当事業所の従業員において、その業務上知りえた利用者又は家族の秘密の保持を従業者でなくなった後も義務づけています。

サービス担当者会議等において利用者又は家族の個人情報を用いる場合は文書により同意を得るものとします。

7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、市町村・家族・居宅介護支援事業所等への連絡等などの必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して採った処置について記録し、損害賠償を速やかに行います。

8. 損害保険

損保ジャパン日本興亜

9. 虐待の防止について

①利用者等の人権擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合には、秘密保持義務の例外として市に通報する物とします。

②虐待防止のための指針を整備し、従業員に対して定期的な研修を実施しています。

10. ハラスメントの防止について

当事業所におけるハラスメント防止のための指針に基づき、パワーハラスメント・セクシュアルハラスメント・カスタマーハラスメントが発生しないよう業務に努め、事例が発生した場合には、役員、管理者で検討し、迅速に必要な対応を行ないます。

11. サービスの第三者評価実施の有無 無し

12. 緊急時の対応 体調の変化等、緊急の場合は下記に定める連絡先に連絡を致します。

家族	氏名	(続柄：)	
	住所		
	電話番号		携帯電話
主治医	施設名		医師名
	住所		
	電話番号		

地域密着型通所介護の提供にあたり、本書面にに基づき重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

〈事業者名〉 (有) QR クオ
〈事業者番号〉 2470101052
〈住 所〉 桑名市大字大福214
〈代表者名〉 代表取締役 栗田正典 印
〈説明者名〉 印

地域密着型通所介護の利用にあたり、本書面に基づいて重要な事項について説明を受け
了承します。

令和 年 月 日

利用者

〈住 所〉
〈氏 名〉 印

本人に代わり説明を受け、これに了承します。

代理人 (続柄:)
代理理由 ()
〈住 所〉
〈氏 名〉 印

地域密着型通所介護重要事項説明書 別表1

<令和6年10月1日現在>

(1)利用料金(介護保険対応)

地域密着型通所介護事業 <3時間以上4時間未満>

単位数:1 単位当たり 10.27 円(地域区分:6 級地)							1 回当たりの自己負担額 (目安であり、確定の数値ではありません)		
介護度	基本	サービス 提供体制 加算 I	個別機能訓 練加算 I 口	個別機能 訓練加算 II	科学的介護 推進加算	介護職員 処遇改善 加算 III	1 割	2 割	3 割
要介護1	415	22	76	20	40	所定単位数 ×80/1000	635	1271	1906
要介護2	476	22	76	20	40	所定単位数 ×80/1000	703	1406	2109
要介護3	538	22	76	20	40	所定単位数 ×80/1000	771	1543	2315
要介護4	598	22	76	20	40	所定単位数 ×80/1000	838	1677	2515
要介護5	661	22	76	20	40	所定単位数 ×80/1000	908	1816	2725

<通所介護 1回あたり>

※ご家族又はご自身で来られるなど、当事業所が送迎を実施しない場合は、片道あたり 47単位を基本単価から減算します。

(2)キャンセル料

ご利用日の送迎車出発前までにご連絡無く、利用者様のご都合でサービスを中止される場合、キャンセル料 500 円をお支払いいただきます。

*但し容態の急変など、やむを得ない場合は、この限りでは有りません。

(3)その他の料金(介護保険非対応)

水分補給の為、水筒またはペットボトル飲料を各自ご持参のお願いをいたして

おりますが、用意が難しい方は 500 mlの緑茶を 1 本100円で対応いたします。

(4)利用料金(介護保険非対応)

暫定ケアプランでの利用について

申請中に暫定ケアプランで利用された方が、万が一非該当になった場合の利用料金を、1回 630 円と設定致します。

*非該当確定後は、この料金ではご利用できませんのでご了承ください。

(5)利用料金のお支払い方法

利用料金は、1か月ごとに計算し、翌月10日以降にご請求いたしますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 口座振替サービス

ご利用者が指定する桑名信用金庫からの自動引き落としとなります。

(毎月発生する手数料は当社で負担させていただきます。)

② 下記指定口座への振り込み

*振り込み手数料は各自ご負担いただきます

《お振込み金融機関指定口座名》

桑名信用金庫 馬道支店 【普通】1093993

《 名 義 》

有限会社QR 代表取締役 栗田正典

③ 現金支払

地域密着型通所介護重要事項説明書 別表 2

○トレーニング実施前の留意点

トレーニングを行う前の状態チェックで、以下に該当する場合は運動を実施しない。

以下に該当する場合は、運動を実施しない

- ・ 安静時に収縮期血圧 180 mmHg 以上、または拡張期血圧 110 mmHg 以上である場合
- ・ 安静時脈拍数が 110 拍/分以上、または 50 拍/分以下の場合
- ・ いつもと異なる脈の不整がある場合
- ・ 関節痛など慢性的な症状の悪化
- ・ その他、体調不良などの自覚症状を訴える場合

また、参加者の事前注意として以下の項目を参加者に周知する。

- ・ 運動直前の食事はさける
- ・ 水分補給を十分に行う
- ・ 睡眠不足・体調不良の時には無理をしない

身体に何らかの変調がある場合には、実施担当者に伝える

○運動中に留意すること

運動中は、正しい運動姿勢を保つように配慮する。疲労の蓄積などにより一時的に

運動器の機能が低下する場合は、負荷量を大きく減少させて、疲労の回復を図る。

実施中には、以下の自覚症状や他覚所見に基づく安全の確認を行う。

- ・ 嘔吐 ・ 顔面蒼白 ・ 冷や汗 ・ 吐き気 ・ 脈拍 ・ 血圧

ご利用者様の既往歴及び、アセスメントの結果により、当事業所ご利用の可否、又は禁忌事項について、事前に主治医へのご確認をお願いする場合があります。又、上記の理由により、職員の判断で運動を中断または中止させて頂くことがあります。安全で効果的なトレーニングを継続するため、ご理解頂きますよう、よろしくお願い致します。

