

パーキンソン病特化型デイサービス Beaver 重要事項説明書

指定地域密着型通所介護

指定高松市・三木町介護予防通所介護相当サービス（第1号通所介護）

<令和8年9月1日現在>

お客様が利用しようと考えている、指定高松市・三木町介護予防通所介護相当サービス（第1号通所介護）、指定地域密着型通所介護（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）087-884-1289

（担当者）管理者（松本 健嗣）

（受 付）月～土曜日（但し祝祭日・年末年始は除く）

8:30～17:30

※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	FunnyLife 合同会社
法人所在地	香川県高松市前田東町字長渕 1070 番地 1
電話番号	087-884-1289
代表者名	代表社員 松本健嗣
設立年月日	令和5年10月25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	パーキンソン病特化型デイサービス Beaver
所在地	香川県高松市前田東町字長渕 1070 番地 1
電話番号	087-884-1289
FAX 番号	087-884-1289
介護保険 事業所番号	指定高松市・三木町介護予防通所介護相当サービス（第1号通所介護）、指定地域密着型通所介護 事業所番号 第3790101152
開設日	令和6年4月15日
定員	午前クラス10名/午後クラス10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		
生活相談員	2	0	2	0	1	1	
介護職員	3	1	3	2	2	1	
機能訓練指導員	4	0	4	0	4	1	
看護職員	3	0	1	0	2	0	

※職員の配置については、指定基準を遵守しております

③ 事業所の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	機能訓練指導員と兼務
生活相談員	勤務時間 8:30～17:30（常勤） ☆原則として1名以上の生活相談員が勤務します
介護職員	勤務時間 8:30～17:30（常勤・非常勤） ☆原則として1名以上の介護職員が勤務します
機能訓練指導員	勤務時間 8:30～17:30（常勤・非常勤） ☆原則として1名以上の機能訓練指導員が勤務します
看護職員	勤務時間 8:30～17:30（常勤・非常勤）

④ 事業の実施地域

事業の実施地域	多肥上町、多肥下町、林町、上林町、六条町、春日町、元山町、東山崎町、十河町、川島本町、川島東町、松縄町、伏石町、亀田町、亀田南町、小村町、前田西町、前田東町、由良町、下田井町、木太町
---------	---

※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	月曜日～土曜日
営業しない日	日・祝祭日・年末年始（12月29日～1月3日）
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	月：①9:15～12:20 ②13:30～16:35 火：①9:15～12:20 水：①9:15～12:20 ②13:30～16:35 木：①9:15～12:20 ②13:30～16:35 金：①9:15～12:20 ②13:30～16:35
時間外サービス	無

※暴風・暴風雪・大雪・洪水警報発令時等の場合は臨時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理学療法士・作業療法士・保健師・看護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、運動を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（原則的に利用者の方は1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。
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の下車は出来ません。

※送迎サービスを利用しない場合（都合によりご自分での来所や退所・自家用車や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のサービスとなります。サービス外での事故に関しましては、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

高松市在住の要介護の方の場合は日額制

高松市・三木町介護予防通所介護相当サービスのご利用の場合は月額制

費用・加算等詳細については契約書別紙参照

介護保険給付対象外サービス

サービス項目	内容	金額
介護保険給付の支給限度額を超えるサービスの利用	介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。	
材料費	園芸、学習療法等の材料費	その都度実費負担、別紙記載
デイ行事	レクリエーション等	その都度実費負担、別紙記載
介護保険外での実費利用	ご利用 1 回につき ¥ 5, 0 0 0 - (3 ~ 4 h)。	

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	お支払は口座振替となります。契約時に預金口座振替依頼書のご提出をお願いしております。なお、振替手数料は事業所で負担いたします。 ① 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターから利用者にあらかじめ交付されているサービス利用票と、請求明細書の照合をお願いします。利用月の翌月の 27 日（金融機関の休業日の場合は翌日以降）に登録されました口座より自動的に振替されますので、事前に残高についてご確認をお願い致します。 ② 口座振替が完了しましたら、口座振替の翌月（利用月の翌々月）の 10 日までに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 書類の不備、または残高不足等により、口座振替ができなかった場合、次の月に繰り越し請求致します。 ④ 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。

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。

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。 居宅介護支援事業所に指定高松市・三木町介護予防通所介護相当サービス（第1号通所介護）、指定地域密着型通所介護サービス計画・支援計画書または居宅サービス計画（ケアプラン）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。
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。 <u>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。</u> 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・要支援認定区分が、自立と認定された場合 ③ 利用者が死亡した場合

7. 緊急時の対応方法

事業者は、現に地域密着型通所介護および指定高松市・三木町介護予防通所介護相当サービス（第1号通所介護）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。

8. 事故発生時の対応方法

利用者に対する指定地域密着型通所介護および指定高松市・三木町介護予防通所介護相当サービス（第1号通所介護）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. 地域との連携について

運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね6月に1回以上運営推進会議を開催します。

運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

10. 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・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

事業所の窓口	〒761-0322 香川県高松市前田東町字長渕 1070 番地 1 (電 話) 087-884-1289 (e-mail funnylife.llc@gmail.com) 相談担当者 管理者(松本健嗣)
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 三木町福祉介護課 介護保険係 〒761-0612 木田郡三木町大字氷上 310 番地 (電 話) 087-891-3304

11. 当施設利用に際しての注意点

項目	内容
見学	見学 9:15～12:20 / 13:30～16:35 それ以外の時間についてはご相談ください。
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	当施設室内は禁煙ですので、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・商品券などの授受は固くお断りいたしております。

12. 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、職員が利用者等の権利養護に取り組める環境の整備に努めます。

13. 身体拘束適正化のための指針の概要

事業者は、利用者の尊厳の保持及び主体性の尊重の観点から、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない介護の実践に努めます。

（１）身体拘束適正化検討委員会を設置し、身体拘束等の適正化に向けた検討・研修（年１回以上）を行います。

（２）緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合は、切迫性・非代替性・一時性の３要件をすべて満たす場合に限り、組織的な検討・決定を経て実施し、その態様・時間・理由

等を記録します。

（３）身体拘束等を行う場合は、その都度、利用者及びその家族に説明し、状況を定期的に確認のうえ、速やかな解除に努めます。

14. ハラスメント対策に関する事項

事業者は、利用者又はその家族等からのハラスメント及び職場におけるハラスメントを防止するため、次の措置を講じます。

（１）ハラスメント防止のための指針を策定し、職員に周知するとともに、研修等を通じて対応力の向上に努めます。

（２）職員が相談しやすい相談窓口を設置し、必要に応じて記録・報告を行います。

（３）著しい迷惑行為が確認された場合は、契約内容の見直しを含め、適切に対応することがあります。

15. 業務継続計画（BCP）の策定状況について

事業者は、自然災害及び感染症の発生時においてもサービス提供を継続又は早期再開できるよう、「自然災害 BCP」及び「感染症 BCP」を策定しています。

（１）平常時の備え、緊急時の対応体制、関係機関との連携方法等を定めています。

（２）定期的な研修及び訓練を実施し、必要に応じて内容の見直しを行います。

（３）計画の詳細は事業所内に備え付けておりますので、ご希望の方は事業所までお申し出ください。

16. 衛生管理等（感染症の予防及びまん延の防止のための措置）

事業者は、利用者が安心してサービスを利用できるよう、次のとおり衛生管理体制を整備しています。

（１）施設、設備及び食器等の衛生的な管理に努めます。

（２）感染症の予防及びまん延防止のための指針を策定し、委員会の開催、職員研修及び訓練を定期的実施します。

（３）感染症が発生し、又はまん延のおそれがある場合は、必要に応じて保健所等の助言・指導を求め、必要な措置を講じます。

17. 秘密保持及び個人情報の保護について

事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切に取り扱います。

（１）取得した個人情報は、介護サービスの提供以外の目的には原則として使用しません。

（２）外部への情報提供が必要な場合は、あらかじめ利用者又はその家族の同意を得るものとします。

（３）従業員及び退職後の元従業員に対しても、業務上知り得た秘密の保持を義務付けています。

18. 第三者評価の実施状況について

現在、第三者評価は実施しておりません。実施した場合には、その結果を速やかに公表いたします。

運動実施にあたり中止・休止基準 同意書 (アンダーソンの基準に基づいて)

下記の項目に該当する場合に、運動を中止・休止することがあります。

■運動中止事項

- 1・収縮期血圧 180mmhg 以上
- 2・拡張期血圧 100mmhg 以上
- 3・安静時脈拍 100／分以上

バイタルチェック時に事前中止

- 4・動作により狭心痛を起こす時
- 5・安静時の動悸、息切れ

■運動途中で中止事項

- 1・呼吸困難、めまい、吐き気、狭心痛などの出現
- 2・脈拍が1分間 120 以上になった時
- 3・不整脈が1分間 10 回以上出現
- 4・収縮期血圧 40mmhg 以上、または拡張期血圧 20mmhg 以上上昇した時

■運動休止事項

- 1・脈拍が運動前の 30%以上増加した時
- 2・1分間 10 回以下の不整脈の出現
- 3・軽い動悸、息切れの出現
- 4・徐脈の時

■それ以外の項目

- | | | |
|--|--|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・熱がある ・前日よく眠れなかった ・下痢をしている ・関節痛が強い ・動悸や息切れがする ・咳や痰がでる ・浮腫がある | <ul style="list-style-type: none"> ・身体がだるい ・食欲がない ・頭痛がする ・便秘が続いている ・ふらふらする ・胸やお腹が痛い ・尿量が少ない | 等の症状がある場合 |
|--|--|-----------|

▼サービス契約の締結にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

<事業者>

《事業者名》 FunnyLife 合同会社
代表社員 松本健嗣
《住 所》 香川県高松市前田東町字長瀬 1070 番地 1
パーキンソン病特化型デイサービス Beaver

《説明者氏名》



▽書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

<利用者>

《氏 名》 _____ (本人・代
筆)

<ご家族>

《氏 名》