

# 第 1 号通所事業 重要事項説明書

高知県介護保険指定事業所番号

3 9 7 0 1 0 3 5 9 8

デイサービス 虹の夢栈橋

## 第1号通所事業 重要事項説明書

あなたが利用しようと考えている第1号通所事業業務について、事前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。ご不明な点があれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「高知市介護予防・日常生活支援総合事業の人員等に関する基準を定める要綱」に基づき、第1号通所事業サービス提供契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

### 1 第1号通所事業を提供する事業者について

法人名称	株式会社 オリザ
代表者氏名	代表取締役 大上 達也
法人所在地 (連絡先)	780-8010 高知市棧橋通り1丁目12-17 TEL 088-837-7902

### 2 ご利用者への第1号通所事業提供を担当する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	デイサービス 虹の夢棧橋
指定事業者番号	高知県指定 3970103598
事業所所在地	780-8010 高知市棧橋通り1丁目12-17
連絡先	TEL 088-837-7902
事業所の通常の事業実施地域	高知県高知市

#### (2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	事業対象者・要支援状態となった場合においてもその利用者が可能な限りその居宅におい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、また利用者の社会的孤立感の解消並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営方針	利用者の状態の軽減、悪化の防止・予防に資するよう目標を設定し計画的に行い、利用者の機能訓練及び日常生活を営むことができるよう必要な相談援助等の生活指導を行う。

#### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
提供時間	午前9時00分から午後4時30分

#### (4) 事業所の職員体制

事業所の管理者	管理者氏名 津野 美和	
職 種	職 務 内 容	人 員 数
介護職員	日常生活の支援・介護・送迎	1 名以上
看護職員	健康管理、健康管理に関する相談・助言	1 名以上
生活相談員	生活指導他介護に関する相談・調整	1 名以上
機能訓練指導員	身体的機能の維持・改善訓練	1 名以上

### 3 第 1 号通所事業の内容、利用料・その他の費用について

(1) 介護予防サービス・支援計画に沿って送迎・排泄、食事等の介護・入浴介助・機能訓練、その他必要な介護を提供します。

(2) 利用者が事業者を支払う所定の利用料等について

#### ①第 1 号通所事業の内容に対応する料金、利用料

給付対象サービス利用料金（1 月あたり）	事業対象者・要支援 1	事業対象者・要支援 2
1. 利用者ご本人の要支援度とサービス利用料金	16,720 円	34,280 円
2. サービス利用に係る自己負担額（1 割）	1,672 円	3,428 円

※通常、利用料金の 8～9 割が介護保険から給付されます。

#### ②第 1 号通所事業の内容に対応する料金、利用料

契約期間が 1 月に満たない場合（日割り計算となります）

給付対象サービス利用料金（1 日あたり）	事業対象者・要支援 1	事業対象者・要支援 2
1. 利用者ご本人の要支援度とサービス利用料金	550 円	1,130 円
2. サービス利用に係る自己負担額（1 割）	55 円	113 円

#### ③各種加算の料金、利用料

若年性認知症利用者受入加算	240 単位/月	
介護職員処遇改善加算	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率を乗じた所定単位数を算定する。※1	(Ⅰ) 月あたりの総単位数×5.9% (Ⅱ) 月あたりの総単位数×4.3% (Ⅲ) 月あたりの総単位数×2.3% (Ⅳ) (Ⅲ)により算定した単位数の 90% (Ⅴ) (Ⅲ)により算定した単位数の 80%
介護職員等特定処遇改善加算	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率を乗じた所定単位数を算定する。※1	(Ⅰ) 月あたりの総単位数×1.2% (Ⅱ) 月あたりの総単位数×1.0%
同一建物内に対する減算	第 1 号通所事業所と同一建物に住居する者又は同一建物から当該事業所に通い通所系サービスを利用するもの。※2	事業対象者・要支援 1 376 単位/月の減算 事業対象者・要支援 2 752 単位/月の減算
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	当該事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 70%以上 または、 当該事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上	事業対象者・要支援 1 880 円/月(利用者負担 88 円/月)
		事業対象者・要支援 2 1760 円/月(利用者負担 176 円/月)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	当該事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上	事業対象者・要支援 1 720 円/月(利用者負担 72 円/月)
		事業対象者・要支援 2 1440 円/月(利用者負担 144 円/月)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	当該事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 40%以上	事業対象者・要支援 1 240 円/月(利用者負担 24 円/月)

	または指定通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上	事業対象者・要支援2 480円/月(利用者負担48円/月)
介護職員等ベースアップ等支援加算	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率を乗じた所定単位数を算定する。※1	月あたりの総単位数×1.1%

※1 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定対象からは除外する。

※2 傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算は行わないこと。

### (3) その他の費用について

食事代	1日当り600円 1日当り800円(行事食)
おむつ代	実費
その他	日常生活上利用者が負担することが適当と認められる費用実費

※その他費用についてはあらかじめ説明を行い同意を得るものとします。

※サービス利用のキャンセルについては、原則として徴収致しませんができるだけ、前日までに(営業時間内)ご連絡ください。

## 4 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料、その他の費用の請求	利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額(1ヶ月単位)により請求いたします。請求書は利用月の翌月中旬までにお渡しいたします。
利用料、その他の費用の支払い	請求月の末日(利用月の翌月末日)までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 請求書記載の指定口座への振込み</li> <li>・ 現金による事業所への直接支払い</li> <li>・ 指定口座からの引き落とし</li> </ul>

## 5 秘密の保持と個人情報の保護について

個人情報の使用目的	利用者及びその家族等の個人情報を、居宅サービス計画に基づくサービス担当者会議の開催及び関係機関との連携、事業所内でのカンファレス、その他サービス提供上必要な場合、その情報を用いる事及び必要な情報の収集を行う為使用するものとします。
利用者及びその家族に関する秘密の保持	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第

	三者への漏洩を防止するものとします。
--	--------------------

6 第1号通所事業業務に関する相談、苦情について

【事業者の窓口】【津野 美和】 デイサービス 虹の夢棧橋	所在地 高知市棧橋通り1丁目12-17 電話番号 088-837-7902
【市町村の窓口】 高知市介護保険課	所在地 高知市本町5丁目-1-45 電話番号 088-823-9972
【公的団体の窓口】 高知県国民健康保険団体連合会	所在地 高知市丸ノ内2丁目8-11 電話番号 088-820-8410

7 賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、利用者に対してその損害を賠償します

8 緊急時（事故等）の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態（事故等）が発生した場合、利用者の主治医・家族・その他の関係機関等に連絡調整を行い、その内容を記録・報告します。又、再発防止の為の対策を講じます。

医療機関	電話番号	主治医
家族	電話番号	勤務先等
関係機関	電話番号	担当者

9 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和     年     月     日
-----------------	----------------------

上記内容について、「指定サービス事業等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業 者	所在地	高知市棧橋通り 1 丁目 12-17
	法人名	株式会社 オリザ
	代表者名	代表取締役 大上 達也 印
	事業所名	デイサービス 虹の夢棧橋
	説明者氏名	管理者兼生活相談員 津野 美和 印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印