

重要事項説明書／個人情報同意書

地域密着型通所介護、第一号通所事業

おかやまコープが通所介護サービスの提供にあたり、省令に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業所が提供するサービスについてのご質問・ご相談窓口

事業所名	おかやまコープ デイサービス中島
事業所の所在地	岡山市中区中島149-5
電話／FAX	086-275-9015／086-275-9016
管理者	芥川 絵理子
受付時間（営業時間）	8時30分～17時00分（月曜日～土曜日）

2. 事業者概要

事業者名称（法人）	生活協同組合おかやまコープ
所在地（法人）	岡山市北区奉還町一丁目7-7
法人の種別	生活協同組合
代表者名	理事長 田中 照周
電話番号	086-256-2593
介護保険法令に基づき岡山市長から指定を受けている事業（事業所指定番号）	地域密着型通所介護（岡山市指定）3370109336 第一号通所事業（岡山市指定）3370109336
サービスを提供する地域	岡山市中区 高島、竜操、操山の中学校区（周辺部応相談）

3. 当事業所の職員体制

職種・資格	員 数
管理者	1名（介護職員との兼務）
生活相談員（社会福祉士等）	1名以上（介護職員との兼務）
介護職員（介護福祉士等）	2名以上
看護職員（看護師）	1名以上
機能訓練指導員（看護師）	1名以上（看護職員との兼務）
調理職員（栄養士等）	1名以上

4. 営業日／休業日

営業日／営業時間	月曜日～土曜日／8:30～17:00
サービス提供時間	9:30～15:30
休業日	日曜日、及び12月30日から1月3日

5. 事業の目的・運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援又は事業対象者状態にある高齢者に対し、適正な指定地域密着型通所介護及び第一号通所事業を提供することを目的としています。
運営の方針	(1) 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、必要な日常生活上の世話（支援）及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持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ために、（また、要支援者又は事業対象者にあつては利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すために）必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。 (2) 通所介護事業の実施にあたっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 (3) 自らその提供する通所介護事業の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努めます。

6. サービスの利用料及び利用者負担

区分		要介護度／加算		単位	利用料金	利用者負担
要介護認定の方	基本料金 (1回)	要介護1		678	6,874円	688円
		要介護2		801	8,122円	813円
		要介護3		925	9,379円	938円
		要介護4		1049	10,636円	1,064円
		要介護5		1172	11,884円	1,189円
	加算料金 (1日)	入浴介助加算Ⅰ		40	405円	41円
		入浴介助加算Ⅱ		55	557円	56円
		個別機能訓練体制加算Ⅰイ		56	567円	57円
		個別機能訓練体制加算Ⅱ		20	202円	21円
		口腔機能向上加算Ⅱ	月2回まで	160	1,622円	163円
		口腔栄養スクリーニングⅠ	6月につき	20	202円	21円
		口腔栄養スクリーニングⅡ		5	50円	5円
		科学的介護推進体制加算		40	405円	41円
	サービス提供体制強化加算Ⅱ		18	182円	19円	
要支援認定の方	月額基本料金 (1月)	要支援1（事業対象者）		1798	18,231円	1,824円
		要支援2		3621	36,716円	3,672円
	加算料金 (1月)	生活機能向上グループ活動加算		100	1,014円	102円
		口腔機能向上加算	月1回まで	160	1,622円	163円
		口腔栄養スクリーニングⅠ	6月につき	20	202円	21円
		口腔栄養スクリーニングⅡ		5	50円	5円
		科学的介護推進体制加算		40	405円	41円
		サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	72	730円	73円
			要支援2	144	1,460円	146円
	共通	介護職員等処遇改善加算Ⅰ		別途合計額に9.2%相当の介護職員処遇改善加算が加わります		
介護保険の介護報酬単価及び岡山市が定める報酬単価に基づきます。サービス利用料金は介護負担割合証の割合に乗じた額が利用者負担となります。 ただし、介護保険の給付限度額を越えたサービス料金は、全額自己負担となります。 また、介護保険料の滞納等で給付制限を受けている場合は、償還払いとなります。 （※）事業対象者においては要支援1と同等の基本料金とします。（その他加算についても同様） （※）介護報酬1単位の単価は、10.14円（地域区分：7級地）となっております						

その他、サービス提供上の費用

サービス等を利用した場合にかかる料金	食事代 (おやつ代含む)	1 食	700 円	700 円
	おやつ代のみ	1 食	100 円	100 円
	紙おむつ	1 枚	150 円	150 円
	尿とりパット	1 枚	50 円	50 円
	趣味活動等の消耗品	—	実費	実費

(その他の費用規定) その他、サービス提供上の費用

内 容	説 明						
交通費	事業実施地域の場合は無料です。 エリア外の場合、実費相当分を負担していただきます。 ・実施地域を越える場合、片道 1 km につき 20 円請求いたします。						
キャンセル料	・サービス利用は利用日の前営業日の 17 時までに連絡をすればキャンセルできます。前営業日 17 時までに連絡がなかった場合は、利用料金と実費負担分の全額もしくは一部を下記の規定で負担していただきます。ただし、ご利用者の病変、急な入院等やむを得ない場合は請求いたしません。 <table border="1"> <tr> <td>利用日の前営業日 17 時までにご連絡をいただいた場合</td><td>無料</td></tr> <tr> <td>当日 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合</td><td>食事代 700 円のみ</td></tr> <tr> <td>何もご連絡がなかった場合 送迎に行っても所在が不明であった場合</td><td>利用料金の全額 (10 割)</td></tr> </table>	利用日の前営業日 17 時までにご連絡をいただいた場合	無料	当日 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合	食事代 700 円のみ	何もご連絡がなかった場合 送迎に行っても所在が不明であった場合	利用料金の全額 (10 割)
利用日の前営業日 17 時までにご連絡をいただいた場合	無料						
当日 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合	食事代 700 円のみ						
何もご連絡がなかった場合 送迎に行っても所在が不明であった場合	利用料金の全額 (10 割)						

7. 料金の支払い方法

利用のあった月ごとに計算して翌月に請求させていただき、口座からの引き落としでお支払いいただきます。
(ただし、口座登録をされていない方は現金でのお支払いとなりますのでご確認をお願いします)

8. 個人情報の保護と取り扱い

当事業所は、利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。また、利用者やご家族に関する個人情報が含まれている記録物に関しては、注意をもって管理を行い、処分の際には漏洩の防止に努めます。

ただし、当事業所がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して知り得た情報については「サービス担当者会議」等でサービスの利用調整を行う際に必要になります。利用者やご家族の個人情報を他のサービス事業所や医療機関等の第三者に提供するにあたっては、あらかじめ同意していただくことになります。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中にご利用者の容体に変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、ご親族、主治医、救急隊、居宅介護支援事業所（担当ケアマネジャー）等へ連絡します。

※ご本人の意思を尊重した対応を行うことを基本とします。ただし例外によりこの限りではありません。

10. 事故発生時の対応

サービス提供中に、事故が発生した場合には、速やかにご家族、居宅介護支援事業所（介護予防にあつては地域包括支援センター）、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を行います。

事故の概況と処置内容を記録し、条例で定められた期間保存します。

事業者は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。そのために、損害賠償責任保険に加入しています。

11. 非常災害への対策

事業者は、想定される非常災害への対応として、具体的計画の策定、避難、救出訓練等を定期的に行います。大きな災害時にあつては、近隣自治体、地域住民、他のサービス事業者等とも相互に協力し、高齢者、障がい者、乳幼児等、特に配慮を要する者の受入にも努めます。

12. 身体的拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体的拘束等を行なう場合の手続き

事業者は通所介護事業の提供に当り、当該利用者又は他の職員等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとし、やむを得ず身体的拘束等を行なう場合には、理由等必要な事項の記録を行います。

また、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、従業者に対する研修の定期的な実施を行います。

13. 虐待防止のための措置

事業者は、利用者の人権擁護、虐待防止のため管理者を虐待防止に関する責任者とし、職員に対する研修等を実施しています。虐待を発見した場合は、法令にそつて速やかに市町村に通報します。

14. 成年後見制度の活用支援

利用者と適正な契約手続等を行うため、必要に応じて成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います。

15. サービスの苦情相談窓口

当事業所は、提供したサービスに苦情がある場合、管理者・生活相談員が速やかに対応を行います。サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡ください。

窓 口	連絡先
おかやまコープ デイサービス中島	電話 086-275-9015
	FAX 086-275-9016
	営業日 月曜日～土曜日（年末年始を除く）
	営業時間 8時30分～17時00分
	【苦情相談窓口担当者】 芥川 絵理子

その他、介護保険の苦情や相談に関しては、他に下記の窓口があります。

岡山県国民健康保険団体連合会	(8:30～17:00)	連絡先 086-223-8811
岡山市介護保険課	(8:30～17:15)	連絡先 086-803-1240
岡山市事業者指導課	(8:30～17:15)	連絡先 086-212-1013
岡山市地域包括ケア推進課	(8:30～17:15)	連絡先 086-803-1246

通所介護サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 生活協同組合おかやまコープ

事業所 おかやまコープ デイサービス中島
岡山県岡山市中区中島 1 4 9 - 5

(説明者) 印

私は、本書面により重要事項内容の説明を受け了承しました。併せてデイサービス中島が、私や家族の個人情報をサービス担当者会議等で使用することに同意します。

年 月 日

[利用者 氏名] _____

印

(代理人 氏名) _____

印

※代理人の方は、利用者が心身機能の事由により自筆署名ができない時、または判断ができない時に利用者に代わって署名・捺印をお願いします。

[家族代表者 氏名] _____

印

2024 年 10 月版