

重要事項説明書／個人情報同意書

地域密着型通所介護、第1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. 当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・オルガ
事業所所在地	岡山市北区奉還町一丁目7-7
電話／FAX	086-252-7721／086-256-2590
管理者	藤原 友美
受付時間	8時30分～17時00分（月曜日～金曜日）

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）3370110938 第1号通所事業（岡山市指定）3370110938
サービスを提供する地域 ※	岡山市（岡山中央・津島・伊島・御野・三門・鹿田・石井の各小学校区）

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください

3. 当事業所の職員体制

職種・資格	員数
管理者	1名
生活相談員（社会福祉主事等）	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（機能訓練指導員、生活相談員等の兼務）
看護職員（看護師等）	1名以上（機能訓練指導員との兼務）
機能訓練指導員（理学療法士、柔整師等）	1名以上（看護職員、介護職員との兼務）

4. 営業日／休業日

営業日／営業時間	月曜日～金曜日／8：30～17：00
営業日／提供時間	月曜日～金曜日／9：30（13：30）～12：30（16：30）
休業日	土曜日・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・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1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、精神的負担の軽減を図るために、（要支援者・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、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回につき)	要介護1	416	4,218円	422円	
		要介護2	478	4,846円	485円	
		要介護3	540	5,475円	548円	
		要介護4	600	6,084円	609円	
		要介護5	663	6,722円	673円	
	加算料金	個別機能訓練加算Ⅰロ	76	770円	77円	
		個別機能訓練加算Ⅱ	20	202円	21円	
		口腔機能向上加算(月2回まで)	160	1,622円	163円	
		口腔栄養スクリーニングⅠ	20	202円	21円	
		口腔栄養スクリーニングⅡ	5	50円	5円	
		A/DL維持等加算Ⅰ	30	304円	31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Ⅰ	22	223円	23円	
要支援認定の方	月額基本料金 (月額)	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 (月額)	口腔機能向上加算	160	1,622円	163円	
		口腔栄養スクリーニングⅠ	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Ⅰ	支援1	88	892円	90円
			支援2	176	1,784円	179円
共通加算	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。				
その他費用 (保険給付外) *サービス等をご利用された 場合にかかる料金です。	ドリンク代	1日	150円	150円		
	紙おむつ	1枚	150円	150円		
	尿とりパット	1枚	50円	50円		
	布下着(ブリーフ、ショーツ等)	1枚	300円	300円		
	趣味活動等の消耗品		実費	実費		
	持ち帰り弁当(希望者のみ)	1食	実費	実費		
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。平成27年8月からは介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。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。 ※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1kmあたり20円	
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。 営業当日8時30分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負担するものとします。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しません。	
	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分までにご連絡をいただいた場合	持ち帰り弁当代 (希望者のみ)
	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	持ち帰り弁当代(※)
※持ち帰り弁当がある方のみ請求となります		

7. 料金の支払い方法

利用のあった月ごとに集計し翌月に請求します。指定された口座での引き落としとさせていただきますので、指定口座への入金等の確認をお願いします。

(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、利用者及び家族の個人情報を契約期間中はもとより契約終了後においても、第三者に漏らすことはありません。ただし、サービス担当者会議等で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、利用者に病状の急変が生じた場合その他の必要な場合には、速やかに主治医に連絡します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を行います。

※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（介護予防にあっ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。大きな災害時にあっては、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たり、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、法令にそっ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. 苦情解決体制の整備と苦情相談窓口

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・オルガ	電話 086-252-7721
	FAX 086-256-2590
	営業時間 8時30分～17時00分
	営業日 月曜日～金曜日(12月30日～1月3日休み)
	【苦情相談窓口担当者】藤原 友美

その他、介護保険の苦情や相談に関しては、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・オルガ

岡山市北区奉還町一丁目7-7

(説明者)



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

____年 ____月 ____日

利用者氏名 _____



(代理人氏名) _____



※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 _____



2025年01月