

指定地域密着型通所介護事業所
デイサービス ころろ

重要事項説明書

有限会社 栄大商事

指定地域密着型通所介護事業所
デイサービス ところ
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
介護保険事業者番号 第3990100939

当事業所はご利用される方に対して、地域密着型通所介護サービスを提供いたします。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことに関しましてご説明いたします。

※当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となりますが要介護認定を受けていない方でもサービスのご利用は可能です。

1. 経営主体 有限会社 栄大商事
住所 高知市下島町10
電話番号 088-822-1095
代表者名 山村 淳子
設立年月日 昭和52年

2. 事業所の概要
種類 地域密着型通所介護・平成30年7月1日（指定）

名称 地域密着型通所介護事業所
デイサービス ところ
所在地 高知市南元町3-4
088-802-2700（代表）
管理者 中内 安希
開設年月日 平成18年6月2日（通常規模・通所介護事業所期間を含む）

3. 事業実施地域及び営業時間
(1) 通常の事業の実施地域
高知市
(2) 営業日および営業時間

営業日	月曜から土曜まで祝祭日も営業いたします
営業時間	午前8：30～午後5：15
サービス提供時間	午前9：00～午後5：00
延長時間	午前8：30～午前9：00 午後5：00～午後5：15

※ご利用時間につきましては、できるだけ御利用者、御家族の御希望に応えられますよう努力してまいります。

4. 職員配置

〈主な職員の配置状況〉

職 種	常 勤	非 常 勤	計
管理者	1名（兼務）		1名
生活相談員	2名（兼務）		2名
看護師	1名（兼務）	1名以上（兼務）	2名以上
介護員	2名（専従）	3名（専従）	5名以上
機能訓練指導員	1名（兼務）	1名以上（兼務）	2名以上

〈職員の勤務体制〉

早 出	8：30～17：00
日 勤	8：45～17：15
遅 出	9：00～17：30

5. サービス内容・利用料金について

当事業所ではご利用される方に対しまして次のサービスを提供いたします。

基本サービスに含まれるものと、付加サービスとして別途介護報酬が発生するものがあります。

（概要） ご利用料金の9割または8割か7割が介護保険から給付されるサービスと介護保険の給付対象とならないサービスがあります。

（1）介護保険の給付対象となるサービス

※基本サービス

①送迎

自宅から事業所まで、事業所から自宅までの送迎となります。ご利用者様の体調不良による受診のための病院までの送迎、病院へのお迎えは基本、致しておりません。またご利用者様の都合により利用時間が遅れる場合は自宅までお迎えにあがります。

※体調不良等、緊急を要する場合は病院までの搬送を行います。

②健康チェック

血圧等を含めた健康状態のチェックを看護師が行います。必要に応じて主治医と連携を図り、適切な措置をとります。

③日常的な介護

ご利用者の身体状況に応じて必要な介助（移動・食事・排泄等）を行います。

④レクリエーション

健康体操、カラオケ、スポーツレクリエーション、園芸活動、手工芸品の創作等を通して、社会交流や生きがい作りの援助を行います。

※必要に応じて保険から給付されるサービス

① 入浴サービス

ご利用者の身体状況に応じて必要な入浴介助を行います。車椅子の方でも特殊浴槽を使用して入浴できます。

《ご利用料金について・参考表示》

サービスご利用料金（1日あたり6～7時間の場合）

（単位：円）

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
地域密着型通所介護費 1割負担	6,780	8,010	9,250	10,490	11,720
地域密着型通所介護費 2割負担	13,560	16,020	18,500	20,980	23,440
入浴（2割負担）	500（1,000）				

ご本人負担額・1割（1日あたり6～7時間の場合）

（単位：円）

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
地域密着型通所介護費 1割負担	678	801	925	1,049	1,172
地域密着型通所介護費 2割負担	1,356	1,602	1,850	2,098	2,344
入浴（2割負担）	40（80）				
介護職員等処遇改善加算 v（9）	介護保険料総額×0.054				

☆介護職員等処遇改善加算とは、介護職員の更なる資質向上の取り組み、雇用管理の改善、労働環境の改善の取り組みを進める事業所を対象とし、更なる上乘せ評価をされるものです。

☆ご本人負担額は、負担割合証に記載された負担割合の1割負担、または2割か3割負担です。

但し、介護保険の給付範囲を超えたサービスご利用料金は全額ご本人負担となります。

☆ご利用者様のご家族様等が行われる送迎、ご利用者様自ら通う場合等、事業所が送迎を実施されない場合、サービスご利用料金より片道47単位が差し引かれます。

☆所得に応じて、1割負担、2割負担または3割負担となります。（介護保険負担割合証に記載）

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（全額本人負担となります）

① 食事の提供

昼食 550円 夕食（必要な場合のみ） 550円

② レクリエーション活動

レクリエーション活動や製作活動に参加された場合は材料費等の実費相当分として教養娯楽費を1回のご利用につき50円頂きます。また、特別な創作レクリエーションに参加される場合は、別途材料費を頂く場合があります。

③ 複写物（コピー）の交付

ご利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費を頂きます。

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用でご利用者にご負担頂くことが適当であるものには、かかる費用をご負担して頂きます。

⑤ 同伴者

同伴者の利用料金に関しては食事代550円をご負担して頂きます。

⑥ 時間延長

ご利用者及びご家族のご都合によりご利用時間を超えてご利用する必要がある場合には、介護保険給付対象外として、ご利用時間30分毎に200円でご利用時間を延長してご利用して頂くことができます。但し、ご帰宅の際のお迎えは、ご家族の方でお願いいたします。

(3) ご利用料金のお支払い方法

上記(1)(2)の料金・費用は1ヶ月毎に計算しご請求させていただきますので、翌月20日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 現金払い

ご本人もしくはご家族が当施設までご持参下さい。
集金のお伺いはいたしません。

イ. 金融機関からの自動引落とし

ご利用頂ける金融機関：四国銀行

ウ. 下記指定口座へのお振込み

(手数料についてはご利用者のご負担となります。)

四国銀行 旭支店 普通預金0703750

有限会社 栄大商事 代表者 山村 淳子

(4) ご利用の中止、変更、追加について

①ご利用予定日の前に、ご利用者のご都合により地域密着型通所介護サービスのご利用を中止・変更、もしくは新たなサービスの追加をすることができます。

この場合には、サービス実施日の前日までに事業所に申し出て下さい。

②サービスご利用者の変更・追加に対して、事業所の稼働状況等により、御利用される方の希望される日時にサービス提供ができない場合、他の御利用可能日を提示させていただく事があります。

6. 事故発生時の対応

(1) 関係機関との連携および措置

・利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者のご家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

・前項の状況及び事故に際して取った措置について記録を残します。

(2) 損害賠償

・ご利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. ご相談(苦情)の受付について

・当事業所におけるご相談(苦情)の受付は、以下の専用窓口にて受け付けます。

※お客様相談窓口 担当者：生活相談員 中内 安希

電話番号 088-802-2700

FAX番号 088-802-2088

受付時間 月曜日から土曜日までの9:00~17:00まで
直接相談していただいてもかまいません。

苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

・行政機関その他苦情受付機関

福祉サービス困りごと解決委員会
(社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 運営適正化委員会)
受付時間 9:00～16:00
土日祝日および年末年始は除く
所在地 高知市朝倉戊375-1 県立ふくし交流プラザ 4F
電話番号 088-802-2611
FAX 番号 088-844-3852

※各市町村窓口でも受け付けています。

高知市役所 介護保険課事業係
受付時間 8:30～17:15
土日祝日および年末年始(12月29日～1月3日)は除く
所在地 高知市本町5丁目1-45 高知市市役所第二庁舎
電話番号 088-823-9972

8. 第三者による評価の実施について

・未実施

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護利用にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 高知市下島町10
有限会社 栄大商事
デイサービス こころ

説明者 中内 安希 印

指定地域密着型通所介護事業の利用にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

(家族) 氏 名 _____ 印