デイサービスセンターよこはま
通所介護・介護予防通所介護・第１号通所事業
事業所重要事項説明書

事業所の概要は次のとおりです。

法人名	医療法人　博愛会
法人所在地	高知県高知市横浜東町 10 番 1 号
電話番号	088-842-7100
代表者氏名	理事長　南　辰也
設立年月日	昭和 54 年 11 月 26 日
事業所の名称	デイサービスセンターよこはま
事業所の種類	通所介護・介護予防通所介護事業所・第 1 号通所事業 平成 23 年 12 月 20 日指定
事業所の目的	利用者の要介護状態の軽減・改善を目的とし、目標を設定して計画的なサービスの提供を行う。また利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
事業所の所在地	高知県高知市横浜東町 10 番 2 号
電話番号	088-841-3232
Fax 番号	088-841-3231
当事業所の運営方針	要介護状態及び要支援状態、基本チェックリスト該当者の利用者に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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び機能訓練等の介護その他、必要な援助を行う。
事業所責任者	管理者　桑名　良宗
開設年月日	平成 23 年 12 月 20 日
利用定員	月～金曜日…1 日 30 名、土曜日…1 日 15 名
営業日及び営業時間	月～土曜日（8：30～17：30） ただし、敬老会開催日（9 月）とクリスマス会開催日（12 月）は除く。
サービス提供時間	月～土曜日（9：00～17：00）
その他臨時休業	天候悪化の場合や施設の改修等にて臨時休業する場合は、速やかに理由・休業日をご利用者様にお伝え致します。
通常の事業の実施地域	高知市、南国市、仁淀川町（地域以外も相談可）

【職員の配置状況】

職　種	常　勤	非常勤	計
管理者	1（兼務）		1
生活相談員	1（兼務）	1	1.5
看護職員		2	1
機能訓練指導員		5	2.5
介護職員	6		6
理学療法士		3	1.5
作業療法士		1	0.5
言語聴覚士		1	0.5
管理栄養士			

1　提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者様に対して以下のサービスを提供します。

【サービスの内容】…送迎、入浴、食事、排泄、運動、レクリエーション等

送迎につきましては、ご利用者様の希望によりご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費は自己負担でお願いいたします。また提供するサービスについて、

（1）　介護保険給付対象となるサービス
（2）　介護保険給付対象とならないサービスの場合

があります。

（1）　介護保険給付対象となるサービス

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担額は原則各利用者の負担割合に応じた額となります。ただし、給付の限度額を超えたサービス利用は全額利用者のご負担となります。

加算対象サービス・選択的サービスについてはご利用者様ごとの選択となります。介護支援専門員からの介護計画に基づき、ご利用者様に必要なサービスを行います。

ご利用の際には加算額の各利用者の負担割合に応じた額を追加料金としてご負担いただきます。

◆通所介護利用料〈通常規模型通所介護：3 時間以上 4 時間未満〉

介護度別	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時（1 割）の 1 日あたりの自己負担額
要介護 1	3,700 円	370 円
要介護 2	4,230 円	423 円
要介護 3	4,790 円	479 円
要介護 4	5,330 円	533 円
要介護 5	5,880 円	588 円

◆通所介護利用料〈通常規模型通所介護：4 時間以上 5 時間未満〉

介護度別	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時（1 割）の 1 日あたりの自己負担額
要介護 1	3,880 円	388 円
要介護 2	4,440 円	444 円
要介護 3	5,020 円	502 円
要介護 4	5,600 円	560 円
要介護 5	6,170 円	617 円

◆通所介護利用料〈通常規模型通所介護：5 時間以上 6 時間未満〉

介護度別	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時（1 割）の 1 日あたりの自己負担額
要介護 1	5,700 円	570 円
要介護 2	6,730 円	673 円
要介護 3	7,770 円	777 円
要介護 4	8,800 円	880 円
要介護 5	9,840 円	984 円

◆通所介護利用料〈通常規模型通所介護：6 時間以上 7 時間未満〉

介護度別	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時（1 割）の 1 日あたりの自己負担額
要介護 1	5,840 円	584 円
要介護 2	6,890 円	689 円
要介護 3	7,960 円	796 円
要介護 4	9,010 円	901 円
要介護 5	10,080 円	1,008 円

◆通所介護利用料〈通常規模型通所介護：7 時間以上 8 時間未満〉

介護度別	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時（1 割）の 1 日あたりの自己負担額
要介護 1	6,580 円	658 円
要介護 2	7,770 円	777 円
要介護 3	9,000 円	900 円
要介護 4	10,230 円	1,023 円
要介護 5	11,480 円	1,148 円

◆加算対象サービス利用料

サービス項目	利用料金	介護保険適用時（1 割）の 自己負担額
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560 円	56 円（1 日）
入浴介助加算（Ⅰ）	400 円	40 円（1 日）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,500 円	150 円（1 回）

◆介護予防通所介護利用料及び通所型サービス費

介護度別	1 月あたり利用料金	介護保険適用時（1 割）の 1 月あたりの自己負担額
要支援 1 通所型サービス 1	17,980 円	1,798 円
要支援 2 通所型サービス 2	36,210 円	3,621 円

※通所型サービス費は各市町村が定める料金です。

※上記の料金は高知市・南国市の額です。

◆加算対象サービス

サービス項目	利用料金	介護保険適用時（1 割）の 自己負担額
生活機能向上グループ 活動加算	1,000 円	100 円（1 ヶ月）

◆選択的サービス利用料

サービス項目	利用料金	介護保険適用時（1 割）の自己負担額
口腔機能向上加算	1,500 円	150 円（1 回）

※選択的サービスについては、複数実施することも可能です。
※サービス内容により負担額は変わります。

◆介護職員等の処遇に関する加算

項目	加算額
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	ひと月の利用料に 6.4%を乗じた金額

(2) 介護保険給付対象とならないサービス（自己負担分）

食費	530 円
日常生活上必要となる諸費用	実費
おむつ代	実費
レクリエーション	材料費等　実費

※介護保険の支給限度額を超えてのサービスのご利用の場合は、実費となります。その他ご不明な点につきましてはご相談ください。

2　利用料金のお支払方法

毎月末日迄の料金・費用を計算し、翌月 15 日にご指定の口座からお引き落としさせていただきます。

3　サービス利用の中止・変更・追加

利用予定日の前に、ご利用者様の都合により中止・変更・新たなサービスの追加を希望される場合は、サービス実施日の前日までに事業所へ申し出てください。サービスの変更・追加の申し出に対し、事業所の稼働状況によりご利用者様の希望される期間にサービス提供ができない場合は他の利用可能日を提示して協議させて頂きます。食事提供の中止の場合は、当日朝 9：30 までにお申し出ください。

4　苦情の受付について

（1）　当事業所のお客様相談・苦情窓口

受付窓口　　：生活相談員　　立岩　由貴

解決責任者　：管理者　　桑名　良宗

電　話　：　（088）841-3232　　ＦＡＸ　：　（088）841-3231

受付日　：月曜～土曜

受付時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分

（2）　行政機関その他苦情受付機関

・高知市介護保険課　事業係　　（088）823-9972

・南国市長寿支援課　介護保険係　（088）880-6556

・仁淀川町医療保険課　　（0889）35-1080

・高知県国民健康保険団体連合会　（088）820-8410

5　事故発生時及び緊急時の対応について

当事業所において、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに協力医療機関、市町村、居宅介護支援事業所、ご利用者の家族等に連絡を行うなど必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

6　非常災害対策について

事業所は非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、あらかじめ防災計画を作成し、その計画に基づき、年 2 回以上利用者及び職員等の訓練を行います。

7　個人情報の保護について

当事業所の職員は、業務上知り得たご利用者様及びそのご家族の秘密を保守いたします。また、退職後においてもこれらの秘密を保守いたします。

介護サービス上、外部への情報提供が必要な場合には、ご利用者様又はそのご家族に同意を得た上で用います。

8　福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無　　有　・　(無)

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

本書面において、重要事項説明書についての説明を受けここに同意し、〔　通所介護　・　介護予防通所介護　・　第１号通所事業〕サービス提供に関する契約を締結します。

契約の証として、本書面をそれぞれ２部作成し、ご利用者様及び事業者記名押印のうえ１部ずつ保有します。

令和　　年　　月　　日

（事業者）　所在地　　高知市横浜東町10番２号

事業所名　　デイサービスセンターよこはま

説明者　　印

（利用者）　ご住所

お名前　　印

（代筆者）　ご住所

お名前　　印