

指定通所介護／介護予防・日常生活支援総合事業
第一号通所事業 重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社オレンジ
主たる事務所の所在地	〒277-0005 千葉県柏市柏 1020 番地 13
代表者（職名・氏名）	代表取締役 渡邊 真司
設立年月日	平成 26 年 4 月 28 日
電話番号	04-7138-6422

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス チャレンジ	
サービスの種類	指定通所介護 介護予防・日常生活支援総合事業における第一号通所事業	
事業所の所在地	〒383-0022 長野県中野市中央二丁目 1 番 2 号	
電話番号	0269-38-1590	
指定年月日・事業所番号	令和 7 年 7 月 1 日 指定	2071100917
管理者の氏名	保科 早姫	
通常の事業の実施地域	中野市 山ノ内町（一部）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法に基づく通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業
運営の方針	利用者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、可能な限り居宅において、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介護及び機能訓練を実施し、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・介護者の身体的及び精神的負担の軽減が図られよう努める。

4. 営業日時

営業日	月曜日から日曜日まで
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで
定休日	12 月 30 日から 1 月 3 日まで（但し、定休日変更の場合あり）
サービス提供時間	午前 9 時から午後 5 時

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数			
管理者	常勤	1人、	非常勤	0人
生活相談員	常勤	2人、	非常勤	0人
機能訓練指導員	常勤	0人、	非常勤	4人
看護職員	常勤	0人、	非常勤	3人
介護職員	常勤	1人、	非常勤	8人

6. 利用料

お客様がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お客様からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証記載の通り、基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 利用料金

①指定通所介護

a. 基本部分

【所要時間 3 時間以上 4 時間未満】

介護保険適用	単価	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
要介護1	370 単位	370 円	740 円	1,110 円
要介護2	423 単位	423 円	846 円	1,269 円
要介護3	479 単位	479 円	958 円	1,437 円
要介護4	533 単位	533 円	1,066 円	1,599 円
要介護5	588 単位	588 円	1,176 円	1,764 円

【所要時間 4 時間以上 5 時間未満】

介護保険適用	単価	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
要介護1	388 単位	388 円	776 円	1,164 円
要介護2	444 単位	444 円	888 円	1,332 円
要介護3	502 単位	502 円	1,004 円	1,506 円
要介護4	560 単位	560 円	1,120 円	1,680 円
要介護5	617 単位	617 円	1,234 円	1,851 円

【所要時間 5 時間以上 6 時間未満】

介護保険適用	単価	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
要介護1	570 単位	570 円	1,140 円	1,710 円
要介護2	673 単位	673 円	1,346 円	2,019 円
要介護3	777 単位	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護4	880 単位	880 円	1,760 円	2,640 円
要介護5	984 単位	984 円	1,968 円	2,952 円

【所要時間 6 時間以上 7 時間未満】

介護保険適用	単価	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
要介護1	584 単位	584 円	1,168 円	1,752 円
要介護2	689 単位	689 円	1,378 円	2,067 円
要介護3	796 単位	796 円	1,592 円	2,388 円
要介護4	901 単位	901 円	1,802 円	2,703 円
要介護5	1,008 単位	1,008 円	2,016 円	3,024 円

【所要時間 7 時間以上 8 時間未満】

介護保険適用	単価	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
要介護1	658 単位	658 円	1,316 円	1,974 円
要介護2	777 単位	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護3	900 単位	900 円	1,800 円	2,700 円
要介護4	1,023 単位	1,023 円	2,046 円	3,069 円
要介護5	1,148 単位	1,148 円	2,296 円	3,444 円

b. 加算

加算の種類	単価	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
入浴介助加算	40 単位	40 円	80 円	120 円
若年性認知症利用者受入加算	60 単位	60 円	120 円	180 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	18 円	36 円	54 円
個別機能訓練加算Ⅰ	56 単位	56 円	112 円	168 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	40 円	80 円	160 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	9.2%	自己負担月額が 1,000 円とすると 92 円の加算で合計 1,092 円となります。		

c. 減算

送迎しなかったとき(片道・往復)	47 単位・94 単位	47 円・94 円	94 円・188 円	141 円・282 円
同一建物に住居する利用者	94 単位	94 円	188 円	282 円

②第一号通所事業

a. 基本部分

サービス名称	基本利用料		利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
通所介護相当サービス	週1回程度の利用	1,798 単位/月 (月4回度)	1,798 円/月	3,596 円/月	5,394 円/月
	週2回程度の利用	3,621 単位/月 (月8回度)	3,621 円/月	7,242 円/月	10,863 円/月
通所型サービスA	1回利用	270 単位/回	270 円/回	540 円/回	810 円/回

b. 加算

加算の種類	基本料金	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
通所型サービス 若年性認知症利用者受入加算(1月当たり)	2,400 円	240 円	480 円	720 円

入浴介助加算（1回当たり）		300円	30円	60円	90円
通所型サービスA 運動器機能向上加算（1月当たり）		2,250円	225円	450円	675円
科学的介護推進体制加算		400円	40円	80円	160円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1 事業対象者	72円	72円	144円	216円
	要支援2 事業対象者	144円	144円	288円	432円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護保険給付対象サービス自己負担月額の9.2% （自己負担月額が1,000円とすると92円の加算で合計1,092円となります）				

c. 減算

減算の種類		基本料金	減算額		
			利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
送迎しなかったとき (片道・往復)	片道	47円	47円	94円	141円
	往復	94円	94円	188円	282円
同一建物に住居する利用者への サービス提供減算（1月当たり）	要支援1 事業対象者	3,760円	376円	752円	1,128円
	要支援2 事業対象者	7,520円	752円	1,504円	2,256円

③自費を頂くもの（介護保険適用外）

昼食代（おやつ代含む）	1食につき	680円
延長料金	30分につき	600円
洗濯代	1日につき	200円
レクリエーション材料費	実費	
日常生活費	実費	
複写物（コピー代）	1枚につき	10円（写真は40円）
送迎費 (通常の事業実施地域外の場合)	1kmあたり	30円
入浴代 (通所型サービスAの場合のみ)	1回につき	100円
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費を頂きます	

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、お客様の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

連絡先	電話番号：0269-38-1590
キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日17時まで	無料
利用予定日の当日9時まで	利用者負担金の100%の額
利用予定日の当日9時以降	利用者負担金の100%の額及び昼食(おやつ含む)代金680円

(3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、原則は口座引き落としでお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	原則サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直前の平日)に、お客様が指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 三井住友銀行 銀座支店 普通口座 8285607 株式会社オレンジ 代表取締役 渡邊 真司(ワタナベ シンジ)

7. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医および家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関名	
	主治医氏名	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	続柄()
	電話番号	

8. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員または地域包括支援センターおよび区市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当デイサービスでは個人の心身状況・疾患・介護度等に基づき、個別機能訓練や運動器機能向上のための機能訓練を行っております。

個人ごとの機能訓練の計画をもとに、看護師等が細心の注意を払いながら機能訓練を実施して

いますが、不測の事態や事故が起こる可能性も否めません。

当日の状態や体調不良については、必ず運動前にスタッフにお伝えください。不測の事態や事故の内容によっては責任を負えない場合もあります。

9. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	0269-38-1590
	窓口担当	管理者 保科早姫
	受付日時間	月曜日～日曜日（但し、12月30日～1月3日を除く） 午前8時30分～午後5時30分
	相談方法	面接相談・電話相談等

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	長野県国民健康保険団体連合会	電話番号 026-238-1580
	中野市役所 高齢者支援課	電話番号 0269-22-2111
	山ノ内町役場 健康福祉課	電話番号 0269-33-8411

10. 非常災害対策

①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取組みを行います。

災害対策に関する担当者 （防火管理者）	高橋 詩織
------------------------	-------

②非常災害に関する具体的計画をたて、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期	毎年2回 4月・10月
----------	-------------

11. 秘密保持及び個人情報の保護

すべての従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び保証人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。

また、事業者は、自らが作成または取得し、保存しているご利用者の個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び、事業者の諸規則に則り、適正な取扱いを行います。

事業者は、法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの、及び緊急の場合の医療機関等へのご利用者様の心身等に関する情報提供、その他、ご利用様が『個人情報取扱同意書』にて予め同意しているもの以外に、ご利用者様及び保証人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。

12. サービスの利用にあたっての留意事項

利用者の都合によりサービスの終了を希望する場合は、終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。

その他のサービス終了（事業所の都合によるもの、自動的に終了するもの等）につきましては、利用契約書でご確認ください。

なお、以下の状況においては利用を変更または中止する場合があります。

- ・風邪、病気等で無理なサービスと判断した場合

- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合

ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。

- ・他の利用者に影響を及ぼす疾患（感染症）が明らかになった場合
速やかに事業所に申し出てください。治癒するまでサービスの提供はできません。