

# 重要事項説明書



2025/08/01 現在

## つるの里 デイサービスセンター

利用者:

様

番号

# 1. 事業主体概要

事業主体名 ソエル株式会社

代表者名 永田 慎司

所在地 〒709-0802 岡山県赤磐市桜が丘西 9 丁目 17-17

# 2. 当事業所の概要

事業所名	つるの里デイサービスセンター
目的	ご利用者が可能な限り居宅で自立した生活を営めるよう、心身機能の維持や孤独感の解消、家族負担の軽減に努め、要介護状態になることを未然に防ぎます。また、要介護状態となった場合でも、その方の有する能力に応じた日常生活機能訓練を行いながら孤独感を和らげ家族の負担を軽減し、在宅生活の安定を図ることを目的とします。
管理者	山本 秀和
開設年月日	2016 年 10 月 1 日
保険事業者指定番号	1. 日常生活支援総合事業 通所型第 1 号事業 2. 指定通所介護事業 3. 基準該当通所介護事業 (1・2) 指定事業所番号: 3372201388 (3) 指定事業所番号: 3341300055
所在地	岡山県赤磐市桜が丘西 9 丁目 17-17
電話番号	086-956-5177
FAX 番号	086-956-5178
施設の概要	ホール:1 室/食堂:1 室/静養室:1 室/相談室:1 室/事務室:1 室/トイレ:3 室/厨房:1 室/送迎車両:7 台
緊急対応方法・事故対応方法	緊急時および事故時は、看護職員と現場職員がご利用者の状態を迅速に把握し、その状況に応じて救急隊やかかりつけ医へ連絡・相談します。続いて、速やかにご家族およびケアマネジャーへ事故報告を行い、職員間で事故内容の検証と対応策の協

	議を実施して再発防止に努めます。なお、すべての対応は緊急時対応マニュアルに準じて行います。
サービス提供地域	赤磐市・和気町・岡山市東区
利用定員	35名

### 3. 当事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤	計
管理者・生活相談員・介護職員兼務	1名	0名	1名
生活相談員・介護職員兼務	0名	1名	1名
看護師・機能訓練指導員兼務	1名	2名	3名
介護職員・調理員兼務	3名	10名	13名
調理員・介護職員兼務	0名	4名	4名
機能訓練指導員	1名	4名	5名

### 4. サービスの提供時間帯

営業時間	月曜日～土曜日 午前 8:00～午後 17:30
サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前 9:00～午後 16:10
定休日	お正月(12月30日～1月3日)

※その他の臨時休業につきましては、施設改修や職員研修、災害発生時等に休館となる場合があります。

## 5. 相談・苦情の窓口

つるの里デイサービスセンター

TEL:086-956-5177 FAX:086-956-5178

管理者・生活相談員:山本 秀和(受付日:営業時間内)

### その他の相談窓口

- 岡山県国民健康保険団体連合会 介護 110 番  
住所:岡山市北区桑田町 17-5 TEL:086-223-8811
- 赤磐市役所本庁 介護保険課 地域包括支援センター  
住所:赤磐市下市 344 TEL:086-955-1470
- 赤磐市役所赤坂支所 健康福祉課 地域包括支援センター赤坂分室  
住所:赤磐市町苅田 517-1 TEL:086-957-2334
- 赤磐市役所熊山支所 健康福祉課 地域包括支援センター熊山分室  
住所:赤磐市松木 636-1 TEL:086-995-2336
- 赤磐市役所吉井支所 健康福祉課 地域包括支援センター吉井分室  
住所:赤磐市周匝 136 TEL:086-954-2533
- 和気町役場本庁舎 介護保険課 地域包括支援センター  
住所:和気郡和気町尺所 555 TEL:0869-92-9778
- 岡山市 介護保険課 管理係  
住所:岡山市北区鹿田町 1-1-1 TEL:086-803-1240

### 障害者総合支援関連窓口

- 岡山県国民健康保険団体連合会 障害者総合支援  
住所:岡山市北区桑田町 17-5 TEL:086-223-9110
- 赤磐市役所本庁 社会福祉課 障害者総合支援  
住所:赤磐市下市 344 TEL:086-955-1115

※当事業所以外に、お住まいの市町村及び岡山県国民健康保険団体連合会などの相談・苦情窓口でも受け付けております。

---

## 6. 通所介護利用料金(1割負担)

※所得に応じて2割・3割負担となります。

### (1) 利用料(通常規模型通所介護費:7時間以上8時間未満)

介護度別	自己負担額(1日あたり)
要介護1	658円
要介護2	777円
要介護3	900円
要介護4	1,023円
要介護5	1,148円

第一号通所事業については、日常生活支援総合事業第一号通所事業実施要綱に基づく額とし、法定代理受領サービスである場合には、その1割・2割・3割の額とします。

交通費は無料

---

### (2) 付加サービス利用料

サービス	自己負担額
入浴介助加算Ⅱ	55円/日
個別機能訓練加算Ⅰ口	76円/日
個別機能訓練加算Ⅱ	20円/月
サービス提供体制加算Ⅰ	22円/回
口腔機能向上加算Ⅱ	160円/回(月2回まで)
中重度者ケア体制加算	45円/日(要介護3以上の方の割合が3割超の場合)
科学的介護推進体制加算	40円/月

---

## 7. 日常生活支援総合事業 第一号通所事業利用料

### (1) 利用料

支援度別	自己負担額(月あたり)
要支援1	1,798 円
要支援2	3,621 円

### (2) 付加サービス利用料

サービス	自己負担額(月あたり)
口腔機能向上加算	160 円(1 回/月)
サービス提供体制加算 I-1(支援 1)	88 円
サービス提供体制加算 I-2(支援 2)	176 円

※処遇改善加算 I : 9.2%を乗じた額が請求単位数となります。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担。

---

## 8. 基準該当生活介護

サービス	自己負担額
基準該当生活介護サービス費 I	693 円/日

---

## 9. 自費をいただくもの

項目	金額
食費(おやつ代・飲み物代含む)	700 円
オムツ・オシメ	100 円/枚
パット大	50 円/枚

項目	金額
パット小	30 円／枚
入浴用タオル(フェイスタオル 2 枚・バスタオル 1 枚)	100 円
通所介護での洗濯(服一式)	100 円

---

## 10. キャンセル料金

区分	金額
当日 8 時まで連絡あり	無料
当日 8 時まで連絡なし	食費 700 円
サービス開始後 3 時間未満で中止(利用者都合)	実費請求

※体調不良などやむを得ない事情は対象外。

---

## 11. 料金の支払方法

1. **現金集金**: 月末締め、翌月 10 日以降に請求。
  2. **銀行振込**: 月末締め、翌月 10 日以降に請求、27 日までに振込。  
銀行: トマト銀行 和気支店 口座番号: 1215572  
口座名義: ソエル株式会社 代表取締役 永田慎司  
※振込手数料はお客様ご負担となります。
  3. **口座引き落とし**: 月末締め、翌月 27 に引落。  
※休日の関係にて引き落とし日に変更なる場合があります。
-

## 12. サービスの利用方法

- 利用開始手順(申込 → (説明) → (体験利用) → 契約)  
※ご利用申し込み後にご希望により、説明や体験利用など行えます。
- 通所介護内での禁止事項(金銭授受・ハラスメント等)
  - ①利用者同士での金銭、薬物、生物の受け渡しはトラブルの原因となりますのでお控えください。  
そのような行為が続く場合はサービスを終了させていただく場合がございます。
  - ②下記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただくことがあります。
    - 暴力又は乱暴な言動、無理な要求
      - ・物を投げつける
      - ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
      - ・怒鳴る、奇声、大声を発する
      - ・対象範囲外のサービスの強要
    - セクシャルハラスメント
      - ・介護従事者の体を触る
      - ・腕を引っ張り抱きしめる
      - ・ヌード写真を見せる
      - ・性的な話し卑猥な言動をする など
    - その他
      - ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
      - ・ストーカー行為 など
- サービス利用終了(本人・家族からの意思表示、長期利用休止時の取扱い)  
サービスを利用中、ご本人様の都合や体調不良などで利用がない状態が3週間続いた場合、継続利用の意思確認や体調の状態把握をさせていただきます。
  - ・利用再開が未定の場合、3か月を経過した時点にて通所介護計画を一時中止いたします。
  - ・利用再開時には、担当介護支援専門員と利用に向けての調整をさせていただきます。

#### 送迎について

① 原則として、玄関までのお迎え、お送りをいたします。  
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスをさせていただきます。

別途、個別の送迎内容が発生する場合は日常生活支援総合事業第一号通所事業計画書または、通所介護計画書へ記載します。

② 送迎時間につきましては、交通事情等で、大幅に到着が遅れる場合がございます。その際は、事業所より電話連絡いたします。

③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。ご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。

④ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。

#### (5) サービス提供について

異常の早期発見の為、サービス提供時間前であってもバイタル測定などで健康状態の把握をさせていただきます。

---

## 第三者による評価の実施状況 ・ なし

---

## 確認署名欄

私は、本書面により事業者から通所介護についての重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

### 利用者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

### 代筆者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

本人との関係: \_\_\_\_\_

【事業者】ソエル株式会社

岡山県赤磐市桜が丘西9丁目17-17

代表取締役 永田 慎司 印

【事業所】つるの里 デイサービスセンター

岡山県赤磐市桜が丘西9丁目17-17

(指定番号:3372201388 岡山県)

(指定番号:3341300055 岡山県)

