

デイサービスセンターそらいろ 重要事項説明書



デイサービスセンター

そらいろ

2025/11/15 現在

利用者： _____ 様

住所：岡山県赤磐市西軽部 1260

電話番号：086-956-2757

FAX 番号：086-956-2756

事業者：ソエル株式会社

事業所：デイサービスセンターそらいろ

管理番号：

・通所介護重要事項説明書

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	デイサービスセンターそらいろ
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。
当事業所の管理者	永田 慎司
開設年月日	2025年7月10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 指定事業所番号：3372201578
所在地	岡山県赤磐市西軽部 1260
電話番号	TEL：086-956-2757
FAX番号	FAX：086-956-2756
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：4台
緊急対応方法及び事故対応方法	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	28名

3. 当事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者生活相談員兼務	1名	名	1名
生活相談員 介護職員兼務	名	2名	2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	2名	3名	5名
調理員介護職員兼務	1名	2名	3名
機能訓練指導員	名	4名	4名

4・サービスの提供時間帯

営業時間	月曜日から土曜日	午前8時から午後17時30分
サービス提供時間	月曜日から土曜日	午前9時から午後4時10分
定休日		お正月（12月30日から1月3日） 日曜日

※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・当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

デイサービスセンターそらいろ

TEL：086-956-2757 FAX：086-956-2756

管理者・奥田りか 生活相談員・（受付日：上記営業時間内）

ア	岡山県国民健康保険団体連合会 介護110番 住所：岡山県岡山市北区桑田町17番5号 電話番号：086-223-8811
イ	赤磐市役所本庁 介護保険課 地域包括支援センター 住所：岡山県赤磐市下市344 電話番号：086-955-1470
ウ	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：岡山県赤磐市町苅田517-1 電話番号：086-957-2334
エ	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：岡山県赤磐市松木636-1 電話番号：086-995-2336
オ	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：岡山県赤磐市周匝136 電話番号：086-954-2533
カ	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：岡山県和気郡和気町尺所555 電話番号：0869-92-9778
キ	岡山市 介護保険課 管理係 住所：岡山市北区鹿田町一丁目1番1号 電話番号：086-803-1240

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割負担を記載しています）

※所得に応じて2割負担や3割負担の金額になります。

（1）利用料（通常規模型通所介護費：サービス提供時間7時間以上8時間未満）

介護度別	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額
要介護度1	658円
要介護度2	777円
要介護度3	900円
要介護度4	1,023円
要介護度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、当該通所介護事業が法定代理受領サービスである場合には、その1割、2割または3割の額とします。

一 交通費は無料

(2) 付加サービスの利用料

	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額
入浴介助加算Ⅰ	40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Ⅱ	18円/回
口腔機能向上加算Ⅱ	1回160円 月2回まで
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の利用料

(1) 利用料

支援度別	介護保険適用時の 一月あたりの自己負担額
要支援1	1,798円
要支援2	3,621円

(2) 付加サービスの利用料

	介護保険適用時の 一月あたりの自己負担額
口腔機能向上加算	月1回算定：160円
サービス提供体制加算Ⅱ 1	支援1：72円
サービス提供体制加算Ⅱ 2	支援2：144円

※処遇改善加算Ⅱ：9.0%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となります。
自己負担額とは上記利用料金に10を乗じた金額です。

8・自費をいただくもの

食費	オヤツ代・飲み物代含む	700円
オムツ・オシメ		100円
パット大	一枚につき	50円
パット小		30円

※入浴用のタオル（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・タオルなど）200円

9・キャンセル料金

お客様のご都合で予定していたサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料が発生します。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

ご利用日当日の8時までに連絡をいただいた場合	無 料
ご利用日当日の8時までに連絡がなかった場合	食 費（700円）

※サービスを開始しており、ご利用者様のご都合により3時間未満にてサービスを中止した場合は、3時間未満での実費を請求いたします。

(体調不良などやむを得ない事情がある場合は、上記請求の対象とはなりません。)

10・料金の支払方法 (支払い方法は以下のいずれかとなります。)

(1) 現金集金

毎月月末締めとし、翌月10日以降に当月分の料金を請求いたします。
現金にて事務所へお渡しください。

(2) 銀行振込

毎月月末締めとし、翌月10日以降に当月分の料金を請求いたします。
下記の口座に振り込みで27日までにお支払ください。

※振込手数料はお客様ご負担となります。

銀行名	トマト銀行
支店名	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

(3) 口座引き落とし

毎月月末締めとし、翌月の月末までに当月分の料金を引落いたします。
契約時に口座引き落としの為の書類をお渡しします。指定した口座へ請求額を入金してください。

11・サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

①まずはお電話などでお申込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

そのさいに、当事業所の説明をいたします。

②体験利用を希望される方に一日体験を受け付けています。

○体験利用の利用料金について

介護認定を受けている方については、介護保険適用時の1日分の料金が必要になります。介護保険申請中の方に関しては、介護保険適用後に実費をいただきます。

その他、食事代・オヤツ代・飲み物代については別途実費をいただきます。

③居宅サービス計画の作成を介護支援専門員に依頼している場合は事前に介護支援専門員に連絡をしておいてください。

通所介護計画・介護予防通所介護計画と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

(2) 通所介護内での禁止事項

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

(3) サービス利用終了について

①・ご本人様やご家族様からサービス中止の意思表示があった場合はサービスを中止します。

・ 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。

(4) 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。

1 2 ・ 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対する計画を作成し、防災管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年2回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

1 3 ・ 身体拘束の禁止

ご利用者または他のご利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむない場合を除き、身体拘束その他のご利用者の行動を制限する行為（身体拘束等）を行いません。なお、身体拘束等を行う場合、態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由などを記録します。

1 4 ・ 虐待防止のための措置

ご利用者様の意思及び人格を尊重して、常にご利用者様の立場に立ったサービスの提供に努め、ご利用者様の人権保護、虐待防止等のため担当者を設置する等、必要な体制を整備するとともに、従業員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

1 5 ・ 衛生管理等

- (1) 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めると共に、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。

- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

16・業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、早期に業務再開できるように業務継続計画を策定し当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

17・個人情報の保護について

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密・個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 従業者でなくなった後においても、その秘密を保持する旨を雇用契約の内容としています。
- (3) ご利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者の注意をもって管理をし、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

第三者による評価の実施状況 : あり ・ なし

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