

# 重要事項説明書

( 通所介護・第1号通所介護サービス )

利用者の皆様に対する居宅サービス提供にあたり、倉敷市規則第14号第68条において準用する第4条に基づいて、当事業者が利用者の方に説明すべき事項は次の通りです。

## 1 事業者

事業者の名称	有限会社 介護市場
法人所在地	岡山県倉敷市藤戸町藤戸 1116-94
代表者	代表取締役 伊藤 徹
電話	086-420-1765
F A X	086-420-1766

## 2 利用施設

施設の種別	通常規模型通所介護、第1号通所事業
施設の名称	デイサービスセンター すまいる
施設の所在地	岡山県倉敷市藤戸町藤戸 1416-8
代表者	管理者 中村 佑惟
電話・F A X	電話 086-420-1765 F A X 086-420-1766
指定事業所番号	3370205043

## 3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し利用が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活が営むことができるようサービスの提供を行います。
施設運営の方針	利用者の皆様に満足と信頼が得られる福祉施設を築き、福祉の向上と地域社会に貢献いたします。

## 4 利用日

休日	日、及び 年末・年始（12月30日から1月3日） 事業所休日年間5日程度
営業時間	8時30分から17時30分までとする。
サービス提供時間	9時30分から16時40分までとする。

## 5 職員体制

従業員職種	人数
管理者	1名
生活相談員	2名
看護師	4名
介護職員	7名
機能訓練指導員	4名
調理員	5名

## 6 利用料

通所介護サービスが介護保険の適応を受ける場合、原則として介護サービス費用の1割(2割または3割)をご負担頂きます。なお、自己負担額の料金計算は介護保険法の給付管理に定めた方法によって各月毎に計算しますので、端数処理の関係上多少の金額の変動がありますのでご了承ください。

なお、ご負担頂く1回当たりの利用料金は別紙(1)「利用料金表」に記載するとおりです。

## 7 利用料(法定外給付サービス及びその他の費用)

食費	550円/回
時間外利用料	対応無し

### < キャンセル規定 >

サービスの利用をキャンセルする際には、サービス利用日当日の午前8時30分までに事務所にご連絡下さい。

### < 利用料のお支払いについて >

- (1) 利用料金のお支払い方法は、現金にて施設に直接支払って頂きます。
- (2) 利用料金のお支払い時期。

当月ご利用いただいた料金は、毎月末日締めとし、翌月15日までに請求書を送付させていただきますので、請求書の届いた月の末日までにお支払いください。

## 8 事業の実施地域

市町村名	倉敷市・岡山市・早島町・玉野市
------	-----------------

倉敷市は玉島・船穂・真備地区を岡山市は東区、中区を除く。

※但し、規定する通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から片道1キロメートルごとに10円実費。

## 9 苦情申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当 : 中村 佑惟 ご利用方法 : 電話又は面接 ご利用時間 : 8時30分から17時30分 月曜日～土曜日
・倉敷市 ・岡山市 ・早島町 ・玉野市 各市町介護保険相談窓口	・倉敷市介護保険課(本庁) 倉敷市西中新田 640 番地 TEL 086-426-3343 月～金曜日 8:30～17:15 ・岡山市介護保険課 岡山市北区鹿田町一丁目1番1号 TEL 086-803-1240 月～金曜日 8:30～17:15 ・早島町健康福祉課 都窪郡早島町前潟 360-1 TEL 086-482-2483 月～金曜日 8:30～17:15 ・玉野市長寿介護課介護保険係 玉野市宇野 1 丁目27-1 TEL 0863-32-5534 月～金曜日 8:30～17:15
岡山県 国民健康保険団体連合会	所在地 : 岡山市北区桑田町 17-5 電話番号 : 086-223-8811 受付時間 : 8:30～17:00

〈円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順〉

- ・苦情があった場合、担当の職員が利用者(家族)に連絡を取り、事実を確認する。
- ・苦情がサービス提供に関するものである場合、担当のサービス事業者に連絡し事情を確認する。
- ・苦情が居宅サービス計画に関するものである場合、必要に応じてサービス担当者会議を召集し、その結果に基づいた対応を行う。
- ・苦情の記録は台帳に保管し、再発の防止に役立てる

## 10 緊急時の対応方法

利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡をおこない、医師の指示に従います。

利用者の主治医	名 称 : (担当医 )
	電話番号 :
緊急連絡先	①お名前 (続柄 )
	電話番号
	②お名前 (続柄 )
	電話番号

## 11 事故発生時の対応及び損害賠償

- (1) 事業者は、利用者に対する介護サービスの提供あたって事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業所等に連絡を取るとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 前項の場合において損害賠償の責めを負う必要がある場合は、事業者は速やかに利用者の損害を賠償します。
- (3) 前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
- (4) 事業者は再発防止策を講じます
- (5) 事業者は事故の状況および事故に際してとった処置について記録をします。

## 12 サービス利用に当たっての留意事項

条利用者は、指定通所介護の提供を受ける際には、次に掲げる事項に留意するものとする。

- (1) 他の利用者が適切な指定通所介護の提供を受けるための権利・機会等を侵害してはならないこと。
- (2) 事業所の施設・設備等の使用に当たっては、本来の用途に従い適切に使用しなければならないこと。
- (3) その他事業所の規則等を遵守しなければならないこと。

## 13 緊急時等における対応方法

通所介護従業者等は、指定通所介護を実施中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。

## 14 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回3月及び10月に定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

### 緊急時の連絡・お問合せ先

デイサービスセンター すまいる

電話 086-420-1765 FAX 086-420-1766

担当: 中村 佑惟

〒710-0133 岡山県倉敷市藤戸町藤戸 1416-8

岡山県介護保険事業所番号 3370205043

令和 年 月 日

( 事業所 )

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者名： 有限会社 介護市場

名称： デイサービスセンター すまいる

所在地： 岡山県倉敷市藤戸町藤戸 1416-8

管理者： 中村 佑惟 印

説明者： 印

( 利用者 )

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

電話番号： \_\_\_\_\_

代筆者： \_\_\_\_\_ ( 続き柄 )

# 利用料金表

(別紙 1)

## 基本料金

### ・通所介護

所要時間 介護度別	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満
	要介護 1	370	388	570	584
要介護 2	423	444	673	689	777
要介護 3	479	502	777	796	900
要介護 4	533	560	880	901	1,023
要介護 5	588	617	984	1,008	1,148

※ 1 割負担の場合

### ・第 1 号通所事業

要支援 1 程度の方	1,798 単位 月単位
要支援 2 程度の方	3,621 単位 月単位

※第 1 号通所事業は、各市町村の定める額

(単位：円)

## 加算料金

### 【通所介護】

☆入浴介助加算 I	4 0 単位/回
☆入浴介助加算 II	5 5 単位/回
☆中重度者ケア体制加算	4 5 単位/回
☆認知症加算(日常生活自立度Ⅲ以上)	6 0 単位/回
☆個別機能訓練加算 I ロ	7 6 単位/回
☆サービス提供体制強化加算 I	2 2 単位/回
☆介護職員処遇改善加算Ⅳ	総単位数の 6. 4 %

### 【第 1 号通所事業】

☆サービス提供体制強化加算 I	要支援 1	8 8 単位/月
	要支援 2	1 7 6 単位/月
☆介護職員処遇改善加算Ⅳ		総単位数の 6. 4 %

なお、平成27年8月以降に提供した法廷代理サービスである場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

## 利用料金

☆食 費                    1食550円（昼食・おやつ代含む）

## 実 費

☆リハビリパンツ・パット                    現物交換 または 100円/枚  
☆アクティビティ及びレクリエーションにかかる費用                    実費

## 附 則

この規程は、平成19年10月1日から施行する。  
平成20年2月1日から施行する。  
平成20年5月1日から施行する。  
平成20年11月1日から施行する。  
平成21年4月1日から施行する。  
平成23年1月1日から施行する。  
平成24年4月1日から施行する。  
平成25年10月1日から施行する。  
平成26年4月1日から施行する。  
平成27年4月1日から施行する。  
平成27年9月1日から施行する。  
平成27年12月1日から施行する。  
平成28年2月1日から施行する。  
平成28年3月1日から施行する。  
平成28年4月1日から施行する。  
平成29年4月1日から施行する。  
平成30年4月1日から施行する。  
令和元年5月1日から施行する。  
令和元年10月1日から施行する。  
令和2年4月1日から施行する。  
令和3年4月1日から施行する。  
令和4年4月1日から施行する。  
令和4年10月1日から施行する。  
令和6年4月1日から施行する。  
令和6年6月1日から施行する。

# 個人情報に関する同意書

(1) 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り業務上知り得た甲又は甲の家族の秘密を保持します。

(2) 乙は、乙の従業員が退職後、在職中に知り得た甲または甲の家族の秘密を保持します。

(3) 甲が介護サービスの利用にあたって必要となる、サービス提供事業者やそれに関わる関係機関による「サービス担当者会議」等において、乙が甲又は甲の家族の介護保険に関わる情報の提供を行う必要がある場合に限り、甲又は甲の家族は乙が行う情報提供に関して同意するものいたします。

令和 年 月 日

## ( 甲 利用者 )

私は、以上の説明を受け、その内容を理解し、同意します。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続き柄 \_\_\_\_\_)

## ( 甲 ご家族 )

家族は、以上の説明を受け、その内容を理解し、同意します。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (続き柄 \_\_\_\_\_)

電 話 \_\_\_\_\_

## ( 乙 事業者 )

当施設は、甲の申し込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

所 在 地 \_\_\_\_\_ 岡山県倉敷市藤戸町藤戸 1116-94

名 称 \_\_\_\_\_ 有限会社 介護市場

代 表 者 \_\_\_\_\_ 取締役 伊藤 徹

電 話 \_\_\_\_\_ 086-420-1765 FAX 086-420-1766