

重要事項説明書

(通所介護サービス デイサービスセンター きびてらす)

当事業所はご利用者に対して通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

法人の名称	株式会社 SCS
法人所在地	岡山県岡山市北区平野1005-1
法人種別	株式会社
代表者	代表取締役 長瀬 康生
電話番号	086-293-7733

2. ご利用施設

施設の名称	デイサービスセンター きびてらす
施設の所在地	岡山県岡山市北区平野1005-9
事業所番号	岡山市3370115580号
管理者	管理者 仲山 満晴
電話番号	(086) 293-7734
ファクシミリ番号	(086) 293-7722

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	ご利用様が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るよう、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、社会参加の促進及びご家族様の負担軽減を図ることを目的とします。
施設運営の方針	ご利用様の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービス提供を行います。 ご利用様が住み慣れた地域での生活を継続することが出来るよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、ご利用様の心身の状況を的確に把握し、機能訓練その他必要なサービスをご利用様の希望に添って適切に提供します。

4. 営業日及び利用定員

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8：15～17：15
サービス提供時間	9：20～16：30
休館日	12月31日～1月3日
利用定員	35名

5. 職員体制

従業員の種類	員数	職員の勤務の体制
管理者	1	8：15～17：15 常勤で勤務
生活相談員	1	8：15～17：15 常勤で勤務
機能訓練指導員	1	8：15～17：15の間で非常勤勤務
看護職員	1	8：15～17：15の間で非常勤勤務
介護職員	5	8：15～17：15の間で勤務

6. 利用料について

<サービス等利用料について>

別紙1の記載のとおり

<利用料のお支払いについて>

(1) 入所利用料金お支払い方法

利用料金のお支払い方法は、以下の方法となります。

- ・金融機関からの引き落とし

利用開始時にお手続きをしていただきます。ご希望の金融機関をご指定下さい。

- ・事情等によりお引落としの手続きが行えない場合のみ、指定口座へお振込み下さい。

その場合の振込み手数料は自己負担となります。

(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20日頃に請求書を送付させていただきます。引き落としは送付日後の27日となります。(※27日が金融機関休日の場合は翌営業日) お振込みの場合は、月末までにお支払い下さい。

7. 事業の実施地域

市町村名	岡山市北区(旧御津郡を除く地域) 倉敷市(庄中学校区)
------	-----------------------------

8. 事故発生時の対応及び損害賠償について

- (1) 当施設は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合はすみやかに保険者、利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 前項の場合において事業者の責任により、賠償すべき事故が発生した場合は、当施設は速やかに利用者の損害を賠償します。

9. 苦情申立先

当 施 設	窓口担当者 黒岩 志織 責任者 仲山 満晴 ご利用時間 毎日 9:00～17:00 ご利用方法 電話(086)293-7734 面接 ・苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者と第三者委員に報告します。 ・苦情解決の話し合い ・苦情解決責任者は職員代表による苦情解決委員会を別に組織し、十分検討のうえ、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。
苦 情 申 立 機 関	岡山市役所介護保険課 電話(086)806-1243 岡山市役所事業者指導課 電話(086)212-1013 倉敷市役所介護保険課 電話(086)426-3343 総社市役所介護保険課 電話(0866)92-8369 国民健康保険団体連合会 電話(086)223-8811 岡山県社会福祉協議会 電話(086)226-3511

10. 秘密保持

サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様とします。

11. 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行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡します。

利 用 者 の 主 治 医	名 称：
	電話番号：
緊 急 連 絡 先	①
	②

附則	令和1年7月1日より適用	令和1年8月23日より適用
	令和1年10月1日より適用	令和2年6月1日より適用
	令和2年11月19日より適用	令和3年4月1日より適用
	令和4年10月1日より適用	令和5年4月1日より適用
	令和6年4月1日より適用	令和6年6月1日より適用
	令和7年5月1日より適用	

重要事項説明書 料 金 表

1. サービス利用料金

利用料については、介護報酬告示上の額とし、介護度、利用時間やサービス内容により異なります。

○通常規模型通所介護費

【基本サービス（3～4時間）】

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用自己負担額（1割）	376 円	429 円	486 円	541 円	597 円
サービス利用自己負担額（2割）	750 円	858 円	971 円	1,081 円	1,192 円
サービス利用自己負担額（3割）	1,125 円	1,287 円	1,457 円	1,621 円	1,789 円

【基本サービス（4～5時間）】

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用自己負担額（1割）	394 円	451 円	509 円	568 円	626 円
サービス利用自己負担額（2割）	787 円	900 円	1,018 円	1,136 円	1,251 円
サービス利用自己負担額（3割）	1,180 円	1,351 円	1,527 円	1,703 円	1,877 円

【基本サービス（5～6時間）3】

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用自己負担額（1割）	578 円	683 円	788 円	893 円	998 円
サービス利用自己負担額（2割）	1,156 円	1,365 円	1,576 円	1,785 円	1,995 円
サービス利用自己負担額（3割）	1,734 円	2,047 円	2,363 円	2,677 円	2,993 円

【基本サービス（6～7時間）】

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用自己負担額（1割）	593 円	699 円	808 円	914 円	1,023 円
サービス利用自己負担額（2割）	1,184 円	1,397 円	1,614 円	1,827 円	2,044 円
サービス利用自己負担額（3割）	1,776 円	2,096 円	2,421 円	2,741 円	3,066 円

【基本サービス（7～8時間）】

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用自己負担額（1割）	668 円	788 円	913 円	1,038 円	1,164 円
サービス利用自己負担額（2割）	1,334 円	1,576 円	1,825 円	2,075 円	2,328 円
サービス利用自己負担額（3割）	2,002 円	2,363 円	2,738 円	3,112 円	3,492 円

○ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて自己負担額を変更します。

○ 複数回の利用をされた場合、端数処理の関係で利用料金に若干の誤差が生じる場合があります。

○ 保険者より発行される介護保険負担割合証に記載される割合の額となります。

2. その他の介護給付サービス加算（選択）

加算	自己負担額	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
入浴介助加算（I）	41円	81円	122円
科学的介護推進体制加算	41円	81円	122円
ADL維持等加算（I）	31円	61円	91円
若年性認知症利用者受入加算	61円	122円	182円
送迎減算	△48円/片道	△95円/片道	△143円/片道
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円/回	12円/回	18円/回

○ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて以後負担額を変更します。

○ 複数回の利用をされた場合、端数処理の関係で利用料金に若干の誤差が生じる場合があります。

別途、合計額に介護職員等処遇改善加算 9.0%が加わります。

3. 介護保険給付外サービス（法定外給付サービス）

サービスの種別	内 容
食費	1日 700円 但し、ムース食に変更の場合は1食につき50円を追加する。
嗜好品	おやつ代 1日 110円
送迎料金 (通常の実施区域を出る場合)	通常の実施区域を出た時点から片道15km以上 300円から (1km毎に20円)
おむつ代	尿取りパット 1枚 50円 リハビリパンツ 1枚 100円
各種嗜好品・教材娯楽費	実費
写真現像代	実費
コピーサービス	白黒20円/枚 カラー50円/枚

通所介護利用にあたり、利用者に対し契約書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

事業所

名 称 デイサービスセンター きびてらす

説明者 職 名

氏 名

印

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

印

代理人 住 所

氏 名

印(利用者との続柄)