地域密着型通所介護　重要事項説明書

１．事業所の概要

施設名称	健活デイサービス癒しの丘
指定事業所番号	4090701162
サービス種類	地域密着型通所介護
所在地	福岡県北九州市八幡西区東鳴水三丁目 6 番 28 号
電話番号	093-383-3770
ＦＡＸ番号	093-383-3771
管理者氏名	武田　央
開設年月日	令和 8 年 4 月 1 日
実施地域	八幡西区・八幡東区・戸畑区・若松区

２．職員体制

	従業員	資格	業務内容
管理者	1 人以上	社会福祉士 介護支援専門員	管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	1 人以上	介護福祉士	生活相談員は、利用者の生活の向上を図るため適切な相談、援助その他の指定地域密着型通所介護の提供を行う。
看護職員	1 人以上	正看護師 准看護師	看護職員は、看護その他の指定地域密着型通所介護の提供に当たる。
介護職員	2 人以上	介護福祉士 ヘルパー2 級	介護職員は、介護その他の指定地域密着型通所介護の提供に当たる。
機能訓練指導員	1 人以上	正看護師 准看護師	機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、指導、助言を行う。

３．営業日及び営業時間

サービス提供日	月曜日　～　土曜日
サービス提供時間	午前９：30　～　午後５：00
年末年始休業	１月１日　～　１月３日

４．事業の目的及び運営方針

（１）目的

要介護状態にある利用者が可能な限りその居宅において、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世話及び機能訓練を行うことにより、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の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

（２）方針

事業所は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の予防に資するよう、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供すると共に、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

５．通所介護サービスの内容

送迎	利用者の送迎
食事介助	利用者の食事介助
入浴介助	利用者への入浴介助及び清拭
個別機能訓練	機能訓練指導員による機能の回復又は減退を防止する為の訓練を実施
相談業務	利用者の日常生活においての相談・助言・心身の健康状態の確認

（１）送迎に関して

① 原則として、玄関の中までのお迎え・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提供させていただきます。

② 送迎時間につきましては、交通事情等で１５分以上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致します。

④ 乗車中は安全の為、全席シートベルトの着用をお願いしております。

・サービス利用のために、下表のような体制をとっております。

事項	有無	備考
同性介護の有無	有り	
職員への研修の実施	有り	外部研修への積極的参加・施設内研修の実施
サービスマニュアルの作成	有り	

６．利用料金

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

①-１　地域密着型通所介護（3 時間以上 4 時間未満の場合）
※1 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4,218 円	4,846 円	5,475 円	6,084 円	6,722 円
介護保険給付額	3,796 円	4,361 円	4,927 円	5,475 円	6,049 円
自己負担額	422 円	485 円	548 円	609 円	673 円

①-２　地域密着型通所介護（3 時間以上 4 時間未満の場合）
※2 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4,218 円	4,846 円	5,475 円	6,084 円	6,722 円
介護保険給付額	3,374 円	3,876 円	4,380 円	4,867 円	5,377 円
自己負担額	844 円	970 円	1,095 円	1,217 円	1,345 円

①-３　地域密着型通所介護（3 時間以上 4 時間未満の場合）
※3 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4,218 円	4,846 円	5,475 円	6,084 円	6,722 円
介護保険給付額	2,952 円	3,392 円	3,832 円	4,258 円	4,705 円
自己負担額	1,266 円	1,454 円	1,643 円	1,826 円	2,017 円

②-１　地域密着型通所介護（4 時間以上 5 時間未満の場合）
※1 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4,421 円	5,080 円	5,739 円	6,378 円	7,047 円
介護保険給付額	3,978 円	4,572 円	5,165 円	5,740 円	6,342 円
自己負担額	443 円	508 円	574 円	638 円	705 円

②-２ 地域密着型通所介護（4 時間以上 5 時間未満の場合）
※2 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4,421 円	5,080 円	5,739 円	6,378 円	7,047 円
介護保険給付額	3,536 円	4,064 円	4,591 円	5,102 円	5,637 円
自己負担額	885 円	1,016 円	1,148 円	1,276 円	1,410 円

②-３ 地域密着型通所介護（4 時間以上 5 時間未満の場合）
※3 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4,421 円	5,080 円	5,739 円	6,378 円	7,047 円
介護保険給付額	3,094 円	3,556 円	4,017 円	4,464 円	4,932 円
自己負担額	1,327 円	1,524 円	1,722 円	1,914 円	2,115 円

③-１ 地域密着型通所介護（5 時間以上 6 時間未満の場合）
※1 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,661 円	7,868 円	9,085 円	10,271 円	11,498 円
介護保険給付額	5,994 円	7,081 円	8,176 円	9,243 円	10,348 円
自己負担額	667 円	787 円	909 円	1,028 円	1,150 円

③-２ 地域密着型通所介護（5 時間以上 6 時間未満の場合）
※2 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,661 円	7,868 円	9,085 円	10,271 円	11,498 円
介護保険給付額	5,328 円	6,294 円	7,268 円	8,216 円	9,198 円
自己負担額	1,333 円	1,574 円	1,817 円	2,055 円	2,300 円

③-３ 地域密着型通所介護（5 時間以上 6 時間未満の場合）
※3 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,661 円	7,868 円	9,085 円	10,271 円	11,498 円
介護保険給付額	4,662 円	5,507 円	6,359 円	7,189 円	8,048 円
自己負担額	1,999 円	2,361 円	2,726 円	3,082 円	3,450 円

④-１　地域密着型通所介護（6 時間以上 7 時間未満の場合）
※1 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,874 円	8,122 円	9,379 円	10,636 円	11,884 円
介護保険給付額	6,186 円	7,309 円	8,441 円	9,572 円	10,695 円
自己負担額	688 円	813 円	938 円	1,064 円	1,189 円

④-２　地域密着型通所介護（6 時間以上 7 時間未満の場合）
※2 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,874 円	8,122 円	9,379 円	10,636 円	11,884 円
介護保険給付額	5,499 円	6,497 円	7,503 円	8,508 円	9,507 円
自己負担額	1,375 円	1,625 円	1,876 円	2,128 円	2,377 円

④-３　地域密着型通所介護（6 時間以上 7 時間未満の場合）
※3 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,874 円	8,122 円	9,379 円	10,636 円	11,884 円
介護保険給付額	4,811 円	5,685 円	6,565 円	7,445 円	8,318 円
自己負担額	2,063 円	2,437 円	2,814 円	3,191 円	3,566 円

⑤-１　地域密着型通所介護（7 時間以上 8 時間未満の場合）
※1 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	7,635 円	9,024 円	10,464 円	11,884 円	13,303 円
介護保険給付額	6,871 円	8,121 円	9,417 円	10,695 円	11,972 円
自己負担額	764 円	903 円	1,047 円	1,189 円	1,331 円

⑤-２　地域密着型通所介護（7 時間以上 8 時間未満の場合）
※2 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	7,635 円	9,024 円	10,464 円	11,884 円	13,303 円
介護保険給付額	6,108 円	7,219 円	8,371 円	9,507 円	10,642 円
自己負担額	1,527 円	1,805 円	2,093 円	2,377 円	2,661 円

⑤-３ 地域密着型通所介護（7 時間以上 8 時間未満の場合）
※3 割負担・基本サービス料金：一日あたり

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	7,635 円	9,024 円	10,464 円	11,884 円	13,303 円
介護保険給付額	5,344 円	6,316 円	7,324 円	8,318 円	9,312 円
自己負担額	2,291 円	2,708 円	3,140 円	3,566 円	3,991 円

（２）その他、利用者の状況により加算されるサービス

①入浴介助加算Ⅰ

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス利用料金	405 円	405 円	405 円
介護保険給付額	364 円	324 円	283 円
自己負担額	41 円	81 円	122 円

②個別機能訓練加算Ⅰイ

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス利用料金	567 円	567 円	567 円
介護保険給付額	510 円	453 円	396 円
自己負担額	57 円	114 円	171 円

③個別機能訓練加算Ⅱ

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス利用料金	202 円	202 円	202 円
介護保険給付額	181 円	161 円	141 円
自己負担額	21 円	41 円	61 円

④若年性認知症利用者受入加算

※６５歳未満で認知症の利用者に対し、個別の担当者が、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合。

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス利用料金	608 円	608 円	608 円
介護保険給付額	547 円	486 円	425 円
自己負担額	61 円	122 円	183 円

⑤科学的介護推進体制加算

	1割負担	2割負担	3割負担
サービス利用料金	405円	405円	405円
介護保険給付額	364円	324円	283円
自己負担額	41円	81円	122円

⑥介護職員等処遇改善加算Ⅱロ

単位数・金額に関しては各利用者の1ヵ月で算定された総単位数の1000分の125に相当する単位数に10.14を乗じ、その和に自己負担割合分を乗じた金額。

（3）介護保険の給付の対象とならないサービス

項目	料金
昼食代	1日あたり 580円
おやつ代	1日あたり 120円
おむつ代	実費
日常生活費	実費
通常の実施区域を越えた送迎費用	80円/km

7．支払方法

当月分を1ヶ月ごとに精算し、翌月10日以降に請求書をお渡しいたしますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

（1）窓口で現金支払

（2）指定口座への振り込み

※口座への振り込みの場合の手数料は利用者様のご負担となりますので、あらかじめご了承ください

金融機関名・支店名	店番号	口座	記号	口座番号	口座名義
福岡中央銀行・小倉支店	007	普通		1089417	株式会社クラーレ 代表取締役　木元 良貴
ゆうちょ銀行・七四八 （ゆうちょ銀行からのお振り込み）	748	普通	17400	44772911	株式会社クラーレ
ゆうちょ銀行・七四八 （他金融機関からのお振り込み）	748	普通		4477291	株式会社クラーレ

8．地域密着型通所介護利用のキャンセル

（1）利用予定日前に利用者様の都合でサービスをキャンセルする場合は、原則として利用日当日の 8：30 までにご連絡をお願い致します。それ以降のキャンセルの申し出につきましては、食材費相当分の700円をキャンセル料として徴収させていただきます。

（２）通所介護利用中に体調不良等でサービスの提供に支障があると判断された場合、サービスの提供をキャンセル、もしくは利用時間を短縮して利用したものとします。

９．個人情報の取り扱い

（１）　事業所及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族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、本契約が終了した後も継続します。

（２）　個人情報については、サービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、管理者のもとに保管するとともに、利用目的に沿った利用を行います。なお、下記内容の場合に情報提供を行うことがありますので、ご了承ください。

・内部での利用

利用者等に提供する施設サービス、介護保険事務、施設サービスに係わる運営業務のうち、

①．利用開始・終了等の管理

②．会計・経理

③．事故等の報告

④．施設サービスの向上

⑤．施設サービス提供職員の連携

⑥．施設サービスや業務の維持

⑦．当効事業所内において行われる学生への実習の協力

・外部への提供

利用者等に提供する介護サービスのうち、

①．利用者等にて提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会の回答

②．利用者の疾病治療、健康維持のため、主治医等医師への連絡及び健康記録・生活提供記録

③．ご家族への心身の状況の説明

・介護保険事務のうち、

①．審査支払機関へのレセプト等の提出

②．審査支払機関又は保険者からの照会の回答

③．損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

１０．事故発生時の対応

（１）利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

（２）事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録いたします。

（３）事業所は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

１１．虐待の予防

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次の掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者：管理者　武田　央

（２）成年後見人制度の利用を支援します。

（３）苦情解決体制を整備します。

（４）従業員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

（５）サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による 虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

１２．緊急時の対応

利用者様に容体の変化、急変等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡いたします。

―緊急連絡先－

お名前	様　（　続柄　　）
ご住所	
電話番号	自宅　　携帯
主治医	医療機関・医師名　　先生 TEL
緊急搬送先の指定	（有・無）　指定先（　　）

１３．非常災害時の対策

項目	内容
災害時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防災設備	非常警報設備・誘導灯・消火器
防災訓練	年２回、防災訓練を実施いたします
防火管理者	井手　孝徳

１４．相談窓口・苦情対応

（１）当施設内における苦情の受付

相談窓口	井手　孝徳　（生活相談員） 福重　千智　（生活相談員）
受付時間	月曜日～土曜日 9：00～17：00
連絡先 メールアドレス	ＴＥＬ　093-383-3770　ＦＡＸ　093-383-3771 iyashinooka@cure.ocn.ne.jp

（２）行政機関その他苦情受付機関

受付日時	
月曜日～金曜日	8：30～17：00

北九州市介護保険課	０９３－５８２－２７７１
〒803-8501　北九州市小倉北区城内１番１号	
八幡西区役所保健福祉課介護保険担当	０９３－６４２－１４４６
〒806-8510　北九州市八幡西区黒崎三丁目１５番３号	
八幡東区役所保健福祉課介護保険担当	０９３－６７１－６８８５
〒805-8510　北九州市八幡東区中央一丁目１番１号	
戸畑区役所保健福祉課介護保険担当	０９３－８７１－４５２７
〒804-8510　北九州市戸畑区千防一丁目１番１号	
若松区役所保健福祉課介護保険担当	０９３－７６１－４０４６
〒808-8510　北九州市若松区浜町一丁目１番１号	
福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険相談窓口	０９２－６４２－７８５９
〒812-8521　福岡市博多区吉塚本町１３番４７号	

１５．損害賠償責任保険

保険会社	東京海上日動火災保険株式会社

損害賠償について 当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。 ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

１６．第三者評価

第三者評価実施の有無	無
実施年月日	
評価機関名称	
評価結果の開示状況	

１７．サービス利用にあたっての留意事項

① サービス利用中の喫煙は、所定の灰皿のある場所でお願いいたします。歩き煙草等は防災上厳禁です。

② サービス利用中の飲酒はご遠慮ください。

③ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

④ 原則、所持金等は自己の責任にて管理してください。また多額の金品の持ち込みはご遠慮ください。

⑤ ご利用者間での金品の貸し借り、授受はトラブルの原因になりますのでご遠慮ください。

⑥ 施設内での政治活動及び宗教活動はご遠慮ください。

⑦ サービス利用時間中の外出は認められていませんのでご了承ください。

⑧ ご利用者のための設備・器具は、職員の指導のもと本来の用法に従ってお使い下さい。ご利用者の故意過失により、設備・器具に通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要となった場合には、その費用はご利用者またはご利用者代理人にご負担をお願いいたします。

⑨ペットの持ち込みは団体生活の中で個々人の嗜好、趣味が共通でないこと等から、禁止させていただきます。

（２）利用者及び利用者の家族等の禁止行為

① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く

② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する

③ 職員に対するセクシュアルハラスメント （意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする

④ 職員に対するカスタマーハラスメント（社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為）

例：人格を否定する発言や差別的な言動／業務の範囲を超えた過度な要求／時間にわたる執拗な要望やクレーム

１８．サービス契約の終了

（１）事業者は、次に掲げるいずれかの場合には、サービス契約を解除することができる。

① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く

② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する

③ 利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。

１９．運営推進会議について

（１）事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。

（２）当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。

（３）「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね６ヶ月に１回以上会議を開催します。

（４）「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いします。

２０．事業者の概要

法人名称	株式会社クラーレ
代表者	代表取締役　木元　良貴
所在地	福岡県北九州市八幡西区東鳴水三丁目 6 番 28 号
電話番号	093-383-3770
ＦＡＸ番号	093-383-3771
設立年月日	平成 20 年 7 月 8 日

令和　　年　　月　　日

地域密着型通所介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

＜事業者＞

所在地　　北九州市八幡西区東鳴水三丁目６番２８号

事業者名　　株式会社クラーレ　健活デイサービス癒しの丘

代表者名　　木元　良貴

＜説明者＞

職　種　　生活相談員

氏　名　　井手　孝徳

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型通所介護サービスについて、重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

＜利用者＞

氏　名

※利用者代理人（選任した場合）

氏　名