

介護サポートサービス重要事項説明書

＜令和 7 年 7 月 1 日現在＞

事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	株式会社 CLOVER
代 表 者 名	香丸 俊幸
事 業 所	デイサービスクローバー麻布十番 港区麻布十番 3 - 10 - 1 - 3F
法人所在地・連絡先	（住所）新宿区四谷 4 丁目 1 2 番地 （電話 & FAX） 0 3 - 6 4 5 7 - 4 3 4 3

営業日

営 業 日	営 業 時 間
365 日	24 時間

サービスの内容

名 称	内 容
時間外サービス	介護保険サービス提供時間前後の時間帯にサービスを提供させていただきます。 なお、9 時間以上の延長利用を希望される場合にも適用となります。
朝食・夕食・軽食サービス	ご希望により、昼食だけではなく、朝食・夕食をご提供いたします。お一人暮らしの在宅生活でも栄養バランスをとれた温かい食事を摂っていただけます。
夜間サポートサービス	お泊まりを利用される方の、夜 17 : 41 から翌朝 9 : 29 までの夜間介護サービスを責任を持って提供させていただきます。
洗濯サービス	お泊まりを利用される方の衣類の洗濯をさせていただきます。
通院サービス（緊急時）	利用中に救急対応が必要となり、家族様の対応が困難な場合に限り、代行して通院介助を行います。
保険外サービス	介護保険外でのサービスです。 1 回あたり 8 時間 1 0 分のご利用が可能です。 9 時間以上の利用を希望される場合は、時間外サービス利用料が別途必要となります。

費用

利用料金につきましては、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。または振込になります。

その他のお支払い方法に関してはご相談ください。

サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 高野 佑介
	ご利用時間 9：30～16：40
	ご利用方法 03-6381-7575

秘密保持

1. 事業者は、サービス提供をする上で知り得た甲およ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。この守秘義務は契約終了後も同様です
2. 事業者は、お客様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、お客様の個人情報を用いません。
3. 事業者は、お客様の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに緊急時連絡先（ご家族等）、お客様の主治医、救急隊、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

衛生管理及び従事者等の健康管理等

サービスに使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなどに衛生管理に十分な留意するものとする。

従事者に対し感染症に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の診断を受診させるものとする。

サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

地域密着型通所介護重要事項説明書

＜令和7年 7月 1日現在＞

1 地域密着型通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 CLOVER・ 営利法人
代表者名	香丸 俊幸
所在地・連絡先	(住所) 新宿区四谷4丁目12番地 (電話) 03-6457-4343 (FAX) 03-6457-4343

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービスクローバー麻布十番
所在地・連絡先	(住所) 港区麻布十番3-10-1-3F (電話) 03-6381-7575 (FAX) 03-6381-7577
事業所番号	1390300364
管理者の氏名	高野 佑介
利用定員	地域密着型通所介護 (18名)

(2) 事業所の職員体制

(地域密着型通所介護)

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤 (人)		
管理者	1	1	0	1	事業所の管理
生活相談員	3	3	0	3	相談・生活指導等
介護職員	8	6	2	7.5	介護全般
機能訓練指導員	1	0	1	0.05	機能回復訓練等
看護師	1	0	1	0.3	看護業務、介護全般

※管理者及び生活相談員は介護職員を兼務。

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（9：00 から 18：00） 常勤で勤務	ローテーションによる
生活相談員	正規の勤務時間帯（9：00 から 18：00） 常勤で勤務	ローテーションによる
介護職員	正規の勤務時間帯（9：00 から 18：00） 常勤で勤務	ローテーションによる
機能訓練指導員	非常勤勤務	
看護師	非常勤勤務	

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	港区
---------	----

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間
日曜日～土曜日	午前9時00分 ～ 午後6時00分

サービス提供時間	午前9時30分 ～ 午後5時40分
----------	-------------------

営業しない日	なし
--------	----

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 11:30～13:30 利用者と職員とで共同で作る家庭的な温かく美味しい食事を提供します。
入 浴	(入浴時間) 9:30～16:40 個人浴槽です。 入浴を行います。 入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に排泄の自立支援についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ 手押車 0台 車いす 3台
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションや健康体操等を実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの各種相談に応じ、問題解決に向けて取り組みます。
送 迎	自宅玄関から施設内までの送迎を行います。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割又は2割、3割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】令和6年6月1日改正

(地域密着型通所介護)

○所要時間7時間以上8時間未満

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
8,948 円	10,573 円	12,262 円	13,919 円	15,587 円

○所要時間8時間以上9時間未満

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
9,297 円	10,987 円	12,731 円	14,497 円	16,219 円

○所要時間8時間以上9時間未満 (宿泊の場合含む(送迎減算 -94 単位))

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
8,185 円	9,875 円	11,619 円	13,374 円	15,096 円

○加算(1日につき)

種 類	利 用 料
地域通所介護入浴介助加算	457 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	利用料合計×9.0%

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。発行されたサービス提供証明書と領収書を保険者介護保険窓口を持参すると、9割又は8割、7割分が返還されます。

・ **上記金額の1割又は2割、3割が自己負担金**となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

- 食材料費
食事サービスを受ける方は、材料費等の実費が必要となります。
- おむつ代
おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。
- その他の費用
地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。
- キャンセル料
無料です。

(3) 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。または振込になります。
その他のお支払い方法についてはご相談ください。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

- ① 利用者様の「自立支援」と「コミュニケーションの場の提供」
- ② ご家族の経済的、精神的な負担の軽減

「利用者様が元気になり、ご家族、ケアマネージャ様から感謝のお言葉をたくさん頂くこと」を目的にしています。

(2) 事業コンセプト

「事業を通じて関わる人々の幸せに貢献する」
社員を大切にする、社員の幸せを追及する、お客様を大切にする、お客様の幸せを追及する企業でありたいと思います。

(3) 運営方針

「美点凝視（人のいいところを見る）と利他の心（人の喜びを自分の喜びとする）」

- ① 誠実である
- ② 素直ですぐに行動に移す
- ③ 感謝の気持ちを持つ

3 毒追放！怒らない、妬まない、陰口言わない！

(4) その他

事項	内容
地域密着型通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者又は生活相談員が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年１２回、技術から制度・接遇の研修を行っています。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 高野 佑介 ご利用時間 ９：００～１８：００ ご利用方法 電話（０３－６３８１－７５７５） 面接（当事業所相談室） 手紙（当事業所住所まで） メール（clover.azabujuban@gmail.com）
保険者介護保険課窓口	■港区役所介護保険課 介護事業者支援係 住所：港区芝公園１丁目５番２５号 電話 03-3578-2821 ご利用時間 ９：００～１７：００ ■渋谷区役所 介護保険課 住所 渋谷区宇田川町１－１ 電話：03-3463-3304 ご利用時間 ９：００～１７：００ ■千代田区 保険福祉部高齢介護課 住所：千代田区九段南１-2-1 電話：03-5211-4219 ご利用時間 ９：００～１７：００
国保連相談窓口	住所 東京都千代田区飯田橋 3-5-1 電話 03-6238-0177 ご利用時間 ９：００～１７：００

6 秘密保持

- 事業者は、サービス提供をする上で知り得た甲およ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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 事業者は、お客様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等に

において、お客様の個人情報を用いません。

3. 事業者は、お客様の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

7 事故発生時における対応方法

地域密着型通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかにお客様の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

発生した事故は、内容によっては基準に基づき、保険者への報告を行います。

前項において、事故によりお客様に損害が発生した場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、故意、過失がない場合はこの限りではありません。

前項の場合において、当該事故発生につきお客様に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

8 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに緊急時連絡先（ご家族等）、お客様の主治医、救急隊、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

9 衛生管理及び従事者等の健康管理等

地域密着型通所介護に使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなどに衛生管理に十分な留意するものとする。

従事者に対し感染症に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の診断を受診させるものとする。

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	パッケージ 型自動消火 設備Ⅱ型 × 9台	防火扉・シャッター	0
	避難階段	1	屋内消火器	2
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	
	誘導灯	1	火災通報装置	1
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

1 1 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

住 所 東京都新宿区四谷 4 丁目 1 2 番地

事業者名 株式会社 CLOVER

代表者名 香丸 俊幸

印

説明者

氏 名

印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

印

代理人（選任した場合）住所

氏名

印

ご家族代表

住所

氏名

