

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

＜令和 6 年 10 月 1 日現在＞

## 1 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	代表取締役 香丸俊幸
所在地・連絡先	（住所）東京都新宿区四谷四丁目 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安曇野
所在地・連絡先	（住所）長野県安曇野市三郷温 4898 番地 8 （電話） 0263-88-3993 （FAX） 0263-88-3968
事業所番号	2094000383
管理者の氏名	片岡みなみ
利 用 定 員	地域密着型通所介護（10 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			事業所の管理
生活相談員	3	2	1		相談・生活指導等
介護職員	7	5	2		介護全般
機能訓練指導員	2		2		機能回復訓練等
看護師	1		1		看護業務等

(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（８：００から１７：００） 常勤で勤務	シフトに準じて
生活相談員	正規の勤務時間帯（８：００から１７：００） 常勤で勤務	シフトに準じて
介護職員	正規の勤務時間帯（８：００から１７：００） 常勤で勤務	シフトに準じて
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（８：００から１７：００） 常勤で勤務	シフトに準じて

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	安曇野市
---------	------

※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８時００分 ～ 午後５時００分

サービス提供時間	午前８時３０分 ～ 午後４時４０分
----------	-------------------

営業しない日	年中無休
--------	------

### 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	<p>(食事時間) 11:45～13:30</p> <p>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。</p> <p>食事サービスの利用は任意です</p>
入 浴	<p>(入浴時間) 8:30～16:40</p> <p>個人浴です。サービス提供時間内の好きな時間にご利用できるように極力配慮致します。</p> <p>入浴又は清拭を行います。</p> <p>入浴サービスの利用は任意です。</p>
排 泄	<p>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についても適切な援助を行います。</p>
機能訓練	<p>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。特に心身機能の向上の為、散歩を重点的に取り組んでいます。</p> <p>＜当施設が保有する福祉用具＞</p> <p>歩行器 0台</p> <p>車いす 2台</p>
生活指導	<p>利用者の生活面での指導・援助を行います。</p> <p>各種レクリエーションや健康体操等を実施します。</p>
健康チェック	<p>血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。</p>
相談及び援助	<p>利用者とその家族からの相談事項を伺い、問題解決に向けて取り組みます。</p>
送 迎	<p>ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。</p>

## 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介護保険負担割合証に応じた割合が利用者の負担額となります。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4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
7530 円	8900 円	10320 円	11720 円	13120 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
7830 円	9250 円	10720 円	12200 円	13650 円

### ○加算（1 回につき）

種 類	利 用 料
入浴介助加算Ⅰ	400 円
新処遇改善加算Ⅱ（令和6年6月から）	介護報酬総単位数×9%

- ・ 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、利用者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、利用者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、負担割合証に応じた差額分の金額が返還されます。
- ・ 上記金額の介護保険負担割合証の金額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。
- 事業の実施地域外の送迎費  
2－(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。  
2－(4)の事業の実施地域にお住まいの方は3－(1)－イの【料金表】をご覧ください。
- 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、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。
- 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。

5 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

(2) 事業コンセプト

「居心地の良さ」を実現する施設です。

(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	<p>当事業所の管理者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画を作成します。</p> <p>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）に記載して利用者に説明のうえ交付します。</p>
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。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者相談窓口	<p>窓口責任者 塩野谷 高司 片岡 みなみ</p> <p>ご利用時間 ８：００～１７：００</p> <p>ご利用方法 電話（０２６３－８８－３９９３）</p> <p>面接（当事業所相談室）</p> <p>苦情箱（事務室に設置）</p>
介護保険課窓口	<p>■安曇野市役所 福祉部 高齢者介護課 介護保険担当</p> <p>住所 長野県安曇野市豊科6000</p> <p>電話 0263-71-2472</p> <p>ご利用時間 9:00～17:00</p>
国保連相談窓口	<p>住所 長野県長野市西長野町143-8</p> <p>電話 026-238-1550</p> <p>ご利用時間 9:00～17:00</p>

## 7 事故発生時における対応方法

当施設（以後：乙）は、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、速やかに利用者（以後：甲）の家族及び後見人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、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意、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甲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、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、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 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	0	防火扉・シャッター	0
	P型 2級受信機	0	屋内消火器	2
	自動火災報知機	1	ガス漏れ探知機	1
	誘導灯	1		
	布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

## 10 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と負担割合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宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

事業者

住所 東京都新宿区四谷四丁目12番地

事業者名 株式会社 CLOVER

代表者名 香丸俊幸 印

説明者

職	名	管理者
---	---	-----

氏 名 片岡 みなみ 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。

利用者 甲  
住 所

氏 名 (印)

代理人(選任した場合)  
住 所

氏 名 (印)

【契約書別紙】

サービス内容説明書（地域密着型通所介護）

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1 地域密着型通所介護サービスの内容（地域密着型通所介護の場合）

曜日（頻度）	時 間 帯	内 容
月曜日		送迎、食事、機能訓練、生活指導、健康チェック、外出、入浴、排泄、レクリエーション等
火曜日		
水曜日		
木曜日		
金曜日		
土曜日		
日曜日		
不定期		

2 利用者負担額（地域密着型通所介護の場合）

あなたが支払う利用者負担額は、以下の通りです。

★介護保険適用分（1回利用あたりの金額）

7時間以上8時間未満の場合

1割の場合		2割の場合		3割の場合	
<input type="checkbox"/> 要介護1	753円	要介護1	1506円	要介護1	2259円
<input type="checkbox"/> 要介護2	890円	要介護2	1780円	要介護2	2670円
<input type="checkbox"/> 要介護3	1032円	要介護3	2064円	要介護3	3096円
<input type="checkbox"/> 要介護4	1172円	要介護4	2344円	要介護4	3516円
<input type="checkbox"/> 要介護5	1312円	要介護5	2624円	要介護5	3936円

8時間以上9時間未満の場合

1割の場合		2割の場合		3割の場合	
<input type="checkbox"/> 要介護1	783円	要介護1	1566円	要介護1	2349円
<input type="checkbox"/> 要介護2	925円	要介護2	1850円	要介護2	2775円
<input type="checkbox"/> 要介護3	1072円	要介護3	2144円	要介護3	3216円
<input type="checkbox"/> 要介護4	1220円	要介護4	2440円	要介護4	3660円
<input type="checkbox"/> 要介護5	1365円	要介護5	2730円	要介護5	4095円

9時間以上10時間未満の場合

1割の場合		2割の場合		3割の場合	
<input type="checkbox"/> 要介護1	833円	要介護1	1666円	要介護1	2499円
<input type="checkbox"/> 要介護2	975円	要介護2	1950円	要介護2	2925円
<input type="checkbox"/> 要介護3	1122円	要介護3	2244円	要介護3	3366円
<input type="checkbox"/> 要介護4	1270円	要介護4	2540円	要介護4	3810円

要介護5	1415 円	要介護5	2830 円	要介護5	4245 円
10 時間以上 11 時間未満の場合					
1 割の場合		2 割の場合		3 割の場合	
<input type="checkbox"/> 要介護1	883 円	要介護1	1766 円	要介護1	2649 円
<input type="checkbox"/> 要介護2	1025 円	要介護2	2050 円	要介護2	3075 円
<input type="checkbox"/> 要介護3	1172 円	要介護3	2344 円	要介護3	3516 円
<input type="checkbox"/> 要介護4	1320 円	要介護4	2640 円	要介護4	3960 円
<input type="checkbox"/> 要介護5	1465 円	要介護5	2930 円	要介護5	4395 円

入浴した場合は+40 円（2 割の場合 +80 円 3 割の場合 +120 円）になります。  
別途、利用総額の 9%（地域通所介護処遇改善加算Ⅱ）をお支払頂きます。

ただし、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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、利用者は 1 ヶ月につき利用料の全額をお支払いください。ご希望であれば、利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

### 3 介護保険適用外の分

内 容	金 額	回数	1 回あたりの利用料
食材料費（昼食）	650 円	×1 （回）	650 円
ティータイム	100 円	×1 （回）	100 円
食材料費（夕食）	700 円	× （回）	円
尿とりパッド	50 円	× （枚）	円
おむつ代（リハビリパンツ）	150 円	× （枚）	円
フェイスタオル 2 枚 バスタオル 1 枚	200 円	× （枚）	円
洗濯＆乾燥	500 円	× （回）	円
1 回あたりの合計額			750 円

介護保険適用外の分の 1 回あたりの利用料は 750 円になります。

（３） 実施地域外の送迎費については、☒必要ありません。  
☐実費 円となります。（片道）

（４） 衣類の洗濯及び乾燥の希望の方は、500 円のご負担で利用できます。

（５） 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、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

- 3 キャンセル料  
無料です。
- 4 利用料等のお支払方法  
お引き落としとなっております。  
その他のお支払い方法についてはご相談ください。
- 5 この地域密着型通所介護契約は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が利用者のために作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に従った内容です。