

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

## ＜令和 6年 4月 1日現在＞

### 1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社ケアフィット・ 営利法人
代表者名	江川秀生
所在地・連絡先	(住所) 東京都世田谷区北沢5-2-1 (電話) 03-3469-3630 (FAX) 03-3469-3631

### 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本八幡
所在地・連絡先	(住所) 千葉県市川市新田1-6-21 101 (電話) 047-326-2050 (FAX) 047-326-2051
事業所番号	1270804741
管理者の氏名	小島樹理
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		事業所の管理
生活相談員	3	3	0		相談・生活指導等
介護職員	10	3	7		介護全般
機能訓練指導員	1		1		機能回復訓練等
看護職員	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（9：00から18：00） 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（9：00から18：00） 常勤で勤務	シフトに準じて
介護職員	正規の勤務時間帯（9：00から18：00） 常勤で勤務	シフトに準じて
機能訓練指導員	非常勤勤務	
看護職員	非常勤勤務	

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	市川市
---------	-----

※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	無し
--------	----

### 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	<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) 9:30～17:40</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、散歩に重点的に取り組んでいます。</p> <p>&lt;当施設が保有する福祉用具&gt;</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各種ご相談に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。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
8,579 円	10,136 円	11,756 円	13,344 円	14,943 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
8,913 円	10,533 円	12,205 円	13,898 円	15,549 円

### ○加算（1回につき）

種 類	利 用 料
入浴介助加算 I	459円
介護職員等处遇改善加算	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、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、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に持参すると、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、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。

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」と「365日介護」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	当事業所の管理者が、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。

6 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 小島樹理 ご利用時間 9:00～18:00 ご利用方法 電話（047-326-2050） 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）
保険者介護保険課窓口	■市川市役所 福祉政策課 住所 千葉県市川市八幡1丁目1番 電話 047-334-1111 ご利用時間 8:00～17:00
国保連相談窓口	住所 千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号 電話 043-254-7428 ご利用時間 9:00～17:00

## 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、速やかにお客様の主治医、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	1	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。

【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	9:30～17:40	

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1 858円	<input type="checkbox"/>	要介護1 1,716円	<input type="checkbox"/>	要介護1 2,574円
<input type="checkbox"/>	要介護2 1,004円	<input type="checkbox"/>	要介護2 2,028円	<input type="checkbox"/>	要介護2 3,041円
<input type="checkbox"/>	要介護3 1,176円	<input type="checkbox"/>	要介護3 2,352円	<input type="checkbox"/>	要介護3 3,527円
<input type="checkbox"/>	要介護4 1,335円	<input type="checkbox"/>	要介護4 2,669円	<input type="checkbox"/>	要介護4 4,004円
<input type="checkbox"/>	要介護5 1,495円	<input type="checkbox"/>	要介護5 2,989円	<input type="checkbox"/>	要介護5 4,483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1 892円	<input type="checkbox"/>	要介護1 1,783円	<input type="checkbox"/>	要介護1 2,674円
<input type="checkbox"/>	要介護2 1,054円	<input type="checkbox"/>	要介護2 2,107円	<input type="checkbox"/>	要介護2 3,160円
<input type="checkbox"/>	要介護3 1,221円	<input type="checkbox"/>	要介護3 2,441円	<input type="checkbox"/>	要介護3 3,662円
<input type="checkbox"/>	要介護4 1,390円	<input type="checkbox"/>	要介護4 2,780円	<input type="checkbox"/>	要介護4 4,170円
<input type="checkbox"/>	要介護5 1,555円	<input type="checkbox"/>	要介護5 3,110円	<input type="checkbox"/>	要介護5 4,665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1 949円	<input type="checkbox"/>	要介護1 1,898円	<input type="checkbox"/>	要介護1 2,847円
<input type="checkbox"/>	要介護2 1,111円	<input type="checkbox"/>	要介護2 2,222円	<input type="checkbox"/>	要介護2 3,333円
<input type="checkbox"/>	要介護3 1,278円	<input type="checkbox"/>	要介護3 2,556円	<input type="checkbox"/>	要介護3 3,834円

- |                               |        |      |        |      |        |
|-------------------------------|--------|------|--------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> 要介護4 | 1,447円 | 要介護4 | 2,893円 | 要介護4 | 4,339円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護5 | 1,612円 | 要介護5 | 3,223円 | 要介護5 | 4,834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 | 1,006円 | 要介護1  | 2,011円 | 要介護1  | 3,016円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護2 | 1,168円 | 要介護2  | 2,335円 | 要介護2  | 3,502円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護3 | 1,335円 | 要介護3  | 2,669円 | 要介護3  | 4,004円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護4 | 1,504円 | 要介護4  | 3,008円 | 要介護4  | 4,512円 |
| <input type="checkbox"/> 要介護5 | 1,669円 | 要介護5  | 3,338円 | 要介護5  | 5,007円 |

入浴した場合は+46円（2割の場合 +92円 3割の場合 +138円）になります。別途、利用総額の9%（介護職員等処遇改善加算）をお支払頂きます。（上記込み）

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、お客様は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	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	×1 (回)	700円
おむつ代（リハビリパンツ）	150円	× (枚)	円
尿とりパッド	50円	× (枚)	0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) 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。

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  
様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。