

重要事項説明書

(通所介護)

～生活機能向上・生きがいづくりデイサービス～

carelabo 院内



株式会社 cocolabo

通所介護重要事項説明書

＜令和 7 年 9 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 cocolabo ・ 営利法人 |
| 代表者名 | 代表取締役 立川 大輔 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 千葉県千葉市中央区春日 1-20-1 (電話) 043-203-2002 (FAX) 047-242-7070 |

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 carelabo 院内 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 千葉県千葉市中央区院内 1-8-8 (電話) 043-201-2556 (FAX) 043-201-2557 |
| 事業所番号 | 1270105727 |
| 管理者の氏名 | 秋山 由美 |
| 利 用 定 員 | 月曜～土曜 【1単位目】通所介護 (30 名) |

(2) 事業所の職員体制

【1単位目（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) | | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | | |
| 管理者 | 1 | | 1 | | | 0.125 | 事業所の管理 | | |
| 生活相談員 | 4 | | 4 | | | 1.75 | 相談・生活指導等 | | |
| 介護職員 | 12 | 2 | 4 | 3 | 2 | 6.11 | 介護全般 | | |
| 看護職員 | 2 | | | | 2 | 0.28 | 看護全般 | | |
| 機能訓練指導員 | 2 | | | | 2 | 0.45 | 機能回復訓練等 | | |

(3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|------------------|------------|
| 管理者 | 常勤で1名配置 | ローテーションによる |
| 生活相談員 | サービス提供時間に応じて1名以上 | ローテーションによる |
| 介護職員 | サービス提供時間を通じて3名以上 | ローテーションによる |
| 機能訓練指導員 | サービス提供時間内に1名以上 | ローテーションによる |
| 看護師 | サービス提供時間内に1名以上 | ローテーションによる |

(4) 事業の実施地域

| | |
|---------|--------------------|
| 事業の実施地域 | 千葉市中央区・若葉区・稲毛区・美浜区 |
|---------|--------------------|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日及びサービス提供時間

| | 営業日 | サービス提供時間 |
|-------|---------|--------------|
| 1 単位目 | 月曜日～金曜日 | 8：30 ～ 17：30 |

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) 12：00～13：30 |
| 入浴 | 個人浴槽です。 介助が必要な方には職員がマンツーマンで対応します。 |
| 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。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。 |
| 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ご相談に問題解決に向けて取り組みます。 |
| 送　　迎 | ご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内、介護保険負担割合証に記載され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

【1単位目（通所介護）】

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|----------------|--|--|--|---|---|
| 3時間以上 4時間未満 | 370 単位 (3,951円) 1割(396円) 2割(791円) 3割(1,186円) | 423 単位 (4,517円) 1割(452円) 2割(904円) 3割(1,356円) | 479 単位 (5,115円) 1割(512円) 2割(1,023円) 3割(1,535円) | 533 単位 (5,692円) 1割(570円) 2割(1,139円) 3割(1,698円) | 588 単位 (6,279円) 1割(628円) 2割(1,256円) 3割(1,884円) |
| 4時間以上 5時間未満 | 388 単位 (4,143円) 1割(415円) 2割(829円) 3割(1,243円) | 444 単位 (4,741円) 1割(475円) 2割(949円) 3割(1,423円) | 502 単位 (5,361円) 1割(537円) 2割(1,073円) 3割(1,609円) | 560 単位 (5,980円) 1割(598円) 2割(1,196円) 3割(1,794円) | 617 単位 (6,589円) 1割(659円) 2割(1,318円) 3割(1,977円) |
| 5時間以上 6時間未満 | 570 単位 (6,087円) 1割(609円) 2割(1,218円) 3割(1,827円) | 673 単位 (7,187円) 1割(719円) 2割(1,438円) 3割(2,157円) | 777 単位 (8,298円) 1割(830円) 2割(1,660円) 3割(2,490円) | 880 単位 (9,398円) 1割(940円) 2割(1,880円) 3割(2,820円) | 984 単位 (10,509円) 1割(1,051円) 2割(2,102円) 3割(3,153円) |
| 6時間以上 7時間未満 | 584 単位 (6,237円) 1割(624円) 2割(1,248円) 3割(1,872円) | 689 単位 (7,358円) 1割(736円) 2割(1,472円) 3割(2,208円) | 796 単位 (8,501円) 1割(851円) 2割(1,701円) 3割(2,551円) | 901 単位 (9,622円) 1割(963円) 2割(1,925円) 3割(2,887円) | 1,008 単位 (10,765円) 1割(1,077円) 2割(2,153円) 3割(3,230円) |
| 7時間以上 8時間未満 | 658 単位 (7,027円) 1割(703円) 2割(1,406円) 3割(2,109円) | 777 単位 (8,298円) 1割(830円) 2割(1,660円) 3割(2,490円) | 900 単位 (9,612円) 1割(962円) 2割(1,923円) 3割(2,884円) | 1,023 単位 (10,925円) 1割(1,093円) 2割(2,185円) 3割(3,278円) | 1,148 単位 (12,260円) 1割(1,226円) 2割(2,452円) 3割(3,678円) |

| | | | | | |
|------------------|---|---|---|--|--|
| 8 時間以上 9 時間未満 | 669 単位 (7,144 円) 1 割(715 円) 2 割(1,429 円) 3 割(2,144 円) | 791 単位 (8,447 円) 1 割(845 円) 2 割(1,690 円) 3 割(2,535 円) | 915 単位 (9,772 円) 1 割(978 円) 2 割(1,955 円) 3 割(2,932 円) | 1,041 単位 (11,117 円) 1 割(1,112 円) 2 割(2,224 円) 3 割(3,336 円) | 1,168 単位 (12,474 円) 1 割(1,248 円) 2 割(2,495 円) 3 割(3,743 円) |
|------------------|---|---|---|--|--|

【1単位目加算・減算項目】

○減算

| 種類 | 利用料 |
|-------------|--|
| 送迎減算(片道につき) | 47 単位(1回につき) (501 円) 1 割(51 円) 2 割(101 円) 3 割(151 円) |

○加算

| 種類 | 利用料 |
|----------------|--|
| 送迎減算(片道につき) | 47 単位(1回につき) (501 円) 1 割(51 円) 2 割(101 円) 3 割(151 円) |
| 入浴介助加算 I | 40 単位(1日につき) (427 円) 1 割(43 円) 2 割(86 円) 3 割(129 円) |
| 入浴介助加算 II | 55 単位(1日につき) (587 円) 1 割(59 円) 2 割(118 円) 3 割(177 円) |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 50 単位(1日につき) (534 円) 1 割(54 円) 2 割(107 円) 3 割(161 円) |
| 延長加算 | 50 単位(1時間につき) (534 円) 1 割(54 円) 2 割(107 円) 3 割(161 円) |
| 個別機能訓練加算 I イ | 56 単位(1日につき) (598 円) 1 割(60 円) 2 割(120 円) 3 割(180 円) |
| 個別機能訓練加算 II | 20 単位(1月につき) (213 円) 1 割(22 円) 2 割(43 円) 3 割(64 円) |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 単位(1月につき) (427 円) 1 割(43 円) 2 割(86 円) 3 割(129 円) |
| 介護職員等処遇改善加算 II | 9.0% (1カ月の利用合計単位数の 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。

- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に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、9割分が返還されます。
- 利用料の計算方法は以下の通りです。

$$(\boxed{1\text{ヶ月の合計利用単位数}} + \boxed{1\text{ヶ月の合計単位数の}9.0\%}) \times 10.68\text{円}$$

上記計算方法により算出された金額の内、介護保険負担割合証に記載された割合が自己負担となります。

- 介護保険での区分支給限度基準額の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、料金表に記載された金額の全額が利用者の自己負担となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

| | | サービス内容 | 料金 |
|-------|---------------------|---|------------|
| 1 単位目 | 食費 | 朝食サービスを受ける場合 | 600 円／食 |
| | 食費 | 昼食・夕食サービスを受ける場合 | 650 円／食 |
| | 食費 | おやつサービスを受ける場合 | 150 円／食 |
| 共通 | おむつ代 (テープ型・リハパン) | 事業所のテープ型・リハビリパンツを利用した場合 | 100 円／枚 |
| | おむつ代 (パッド) | 事業所のパッドを利用した場合 | 50 円／枚 |
| | 時間外サービス | 通所介護契約書に基づく通所介護サービス提供時間（8:30～17:30）前後の時間帯にサービスを提供させていただきます。 | 30 分／300 円 |
| | 実施地域外送迎 | 2-(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、事業の実施地域を超えて利用される場合の交通費 | 無料 |
| | キャンセル料 | 利用のキャンセルを希望される場合 | 無料 |
| | その他 | 通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、利用者様の希望により通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用は、利用者様の負担となります。 | |

(3) 利用料等のお支払方法

原則、口座振替にてお支払頂きます。

その他のお支払い方法（現金支払い・口座振込）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

延長対応ができる通所介護サービスを提供しています。

また、少人数制を活かして個人個人にあったケアを提供しています。

(2) 運営方針

- ①利用者様を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行ないます。
- ②ひとりひとりに「目配り・気配り・心配り」ができる個別ケアに真正面から取り組んでいます。
- ③住み慣れた地域社会の中で、尊厳を保ちながら「自分が自分らしくありのまま」に生活できるようにお手伝いします。
- ④職員全員が専門職であると自負し、より質と満足度が高いケアを目指して取り組んでいます。
- ⑤「必要な時」に「必要な量」の介護サービスを「必要な地域」で提供し、在宅生活をサポートします。
- ⑥誰もが安心して生活できる地域社会づくりに、草の根から貢献します。

(3) その他

| 事項 | 内容 |
|-----------------|---|
| 通所介護計画の作成及び事後評価 | 当事業所の管理者が、利用者様の直面している課題等を評価し、利用者様の希望を踏まえて、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（モニタリング）に記載してお客様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | ・採用時研修 採用後1ヶ月以内 ・全体研修 年2回以上 ・事業所内研修 年12回 |

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 櫻川 真知子 窓口営業日 月曜日～金曜日 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話 (043-201-2556) 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置） |
| 千葉市保健福祉局 高齢障害部介護保険事業課 窓口 | 住所 〒260-8722 千葉市中央区千葉港1番1号 電話 043-245-5062 ご利用時間 (平日) 9:00～17:00 |
| 国保連相談窓口 | 住所 千葉市稲毛区天台6町目4番3号 電話 043-254-7428 ご利用時間 (平日) 9:00～17:00 |

6 事故発生時における対応方法

乙は、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、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、利用者に対して応急措置、医療機関への搬送等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、居宅介護支援事業所への報告を行います。

また、賠償すべき事故が発生した場合に備え、損害保険に加入し速やかにその対応を行います。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。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。

・加入損害保険会社名 : あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

・加入損害保険名 : 介護保険・社会福祉事業者総合保険

7 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。

| | | | |
|-------------|-------------------|-----|--|
| 主治医 | 病院名 及 び 所在地 | | |
| | 氏名 | | |
| | 電話番号 | | |
| 緊急時連絡先（家族等） | 氏名（続柄） | () | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |

8 非常災害時の対策

| | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----|-----------|
| 非常時の対応 | 別途定める災害非常時マニュアル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 |
| | スプリンクラー | 無 | 防火扉・シャッター |
| | 避難階段 | 有 | 屋内消火器 |
| | 自動火災報知機 | 有 | ガス漏れ探知機 |
| | 誘導灯 | 2 | |
| カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。 | | | |

9 ハラスメント防止対策について

(1) 事業者は、介護の現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組む。事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超えるような下記の行為は組織として許容しない。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為〈身体的暴力〉
- ② 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〈精神的暴力〉
- ③ 意に沿わない性的な言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為〈セクシュアルハラスメント〉

上記は当該法人職員、取引先事業所の方、ご利用者及びその家族等を対象とする。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議などにより、同事案が発生しないための再発防止策を検討する。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努める。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡・相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じる。

10 高齢者虐待防止について

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

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しております。
虐待防止に関する担当者 管理者 秋山 由美
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・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。

11 身体拘束について

- (1) 事業者は、サービス提供にあたり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。但し、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。
- (2) 前項ただし書きの規定に基づき身体的拘束等の行為を行った場合には、事業者は、直ちに、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかつた理由、当該行為が必要と判断した職員等及び当該行為を行った職員等の氏名その他必要な事項について、サービス提供記録等に記録します。

1.2 衛生管理及び従業者等の健康管理等について

- (1) 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常に衛生管理に十分留意するものとする。
- (2) 通所介護従業者に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めると共に、年1回以上の健康診断を受診させるものとする。
- (3) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (4) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

1.3 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1.4 反社会的勢力排除について

- (1) 事業を運営する当該法人の役員及び指定地域密着型通所介護事業所の管理者その他の従業者は、反社会的勢力ではありません。
- (2) 事業所は、その運営について、反社会的勢力員の支配を受けません。

1.5 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及び介護保険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。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 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。

1.6 提供するサービスの第三者評価の実施状況

| | | | |
|----------|---|-------|--|
| 第三者評価の実施 | 無 | 評価機関名 | |
| 評価実施年月日 | | | |
| 評価結果の開示 | | 開示方法 | |

（以下、余白。）

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、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 〒260-0033
千葉県千葉市中央区春日 1-20-1
伊坂第 2 ビル 2 階
事業者名 株式会社 cocolabo
代表者名 代表取締役 立川 大輔

説明者 職 名
氏 名

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、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名

代理人 住所
氏名