

**指定地域密着型通所介護
第1号通所事業(予防給付型)
重要事項説明書**

＜ 令和6年8月1日現在 ＞

1 事業者

事業者の名称	ケアイノベーション株式会社
法人所在地	下関市綾羅木本町4丁目7番10号
法人種別	株式会社
代表者氏名	代表取締役 岡林 剛司
電話番号	083-253-0467

2 ご利用事業所

施設の名称	デイサービスリアン
施設の所在地	下関市川中本町1丁目10番38号101号室
管理者名	岡林 剛司
電話番号	083-249-5720
FAX番号	083-249-5721
事業所番号	3590109454号 35A0100328号
サービス提供地域	旧下関市(離島除く)
事業所規模区分	指定地域密着型通所介護 第1号通所事業
利用定員	1単位(10名) 2単位(10名)

3 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

介護保険法に定める要介護又は要支援の方が事業所に通い、おやつの提供を受け、レクリエーション等にご参加いただけます。また、要支援の方には、介護予防、要介護の方には自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の有する能力に応じ、日常生活上の世話や機能訓練を受けることを目的として地域に密着したサービスを提供いたします。

(2) 運営方針

地域に密着した事業所として、地域と協力連携し、利用者へサービス提供を行ないます。また、専門性、公共性を発揮すると共に、自治体や地域住民を始め、介護事業所、医療機関、その他の関係者とも連携しより良いサービスの向上に努めます。

(3) サービスの特徴

個人に合わせた質の高いケアプランにより、利用者のQOLの向上を図ります。また、閉鎖的にならぬよう、施設全体行事やレクリエーション、市民センター等や地域との合同行事などには可能な限り参加し社交の場を広めます。

(4) サービスの内容

- ①生活指導：生活を送る上で困難な部分について、指導・助言を行う。
- ②機能訓練：機能訓練指導員より直接運動指導を行う。
- ③介護サービス：必要に応じて、歩行介助・排泄介助・移乗介助を行う。
- ④介護方法の指導：必要に応じて、介護に関する相談・助言を行う。
- ⑤健康管理と看護：検温・血圧測定を行い、健康状態を確認する。
- ⑥レクリエーション企画：利用者に楽しんで頂ける催しを企画・実施する。
- ⑦送迎サービス：自宅玄関から施設玄関まで送迎を行う。

4 事業所の概要

※食堂兼機能訓練室の指定基準面積は、1人あたり3㎡

設備の種類	室数等	面積	1人あたりの面積
食堂兼機能訓練室	1室	50.15㎡	5.01㎡
静養室	1室	2.52㎡	
相談室	1室	1.17㎡	
便所	車椅子対応用1室	3.01㎡	

5 個人情報保護について

- (1) 利用者・家族から収集した個人情報は「ケアイノベーション株式会社(以下、当法人)個人情報保護指針」によって適切に取り扱います。
- (2) 当法人の個人情報管理体制は、個人情報管理責任者を代表社員、個人情報責任者を管理者として、個人情報を厳格に管理いたします。
- (3) 職員の採用時、個人情報に関して厳守する旨の誓約書を当法人に提出させます。誓約書には職員の退職後においても情報の漏えいを防止する内容を記載しております。
- (4) 定期的に職員に対し教育や研修等を実施し個人情報の漏えい防止に努めます。

6 職員体制

事業所に勤務する従業者の職種、員数、及び職務内容は次のとおりとする。

1 管理者	1人	(常勤1名 生活相談員と兼務)
2 生活相談員	1人以上	(常勤1名以上 管理者と兼務)
3 介護職員	1人以上	(常勤1名以上 生活相談員と兼務)
4 機能訓練指導員	1人以上	(常勤1名以上 介護職員と兼務)

7 職員の勤務体制と職務内容

職 種	勤務体制と職務内容
管 理 者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）職員の管理、本事業の利用申し込みに係る調整、業務実施状況の把握、その他の管理を行なうとともに、必要な指揮命令を行なう。
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）利用者の利用開始及び終了についての調整事務、介護支援について利用者とその家族との打合せ及び職員の職務分担の調整並びに介護実務を行なう。
介 護 職 員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）送迎、食事介助、機能訓練、レクリエーション活動等、介護業務全般を行なう。
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を行なう。

8 営業日及び営業時間

曜 日	時 間 帯
通年(土・祝含む)	営 業 時 間 8：30～17：30
	サービス提供時間 1単位 9：00～12：00 2単位 13：15～16：30 (※但し、12月30日・31日・1月1日・2日・3日は休み)
年間休日	毎週日曜日

9 利用者負担金

(1) お支払いいただく利用者負担金は次のとおりです。

指定地域密着型通所介護 負担金 ①介護報酬告示額 基本分

【地域加算その他1単位＝10.00円】

サービス内容略称	要介護度	単位	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
3時間以上4時間未満	要介護1	416単位	416円	830円	1,245円
	要介護2	478単位	478円	956円	1,434円
	要介護3	540単位	540円	1,080円	1,620円
	要介護4	600単位	600円	1,200円	1,800円
	要介護5	663単位	663円	1,326円	1,989円
加 算 項 目		単位	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
若年性認知症利用者受入加算(1日につき)		60単位	60円	120円	180円
個別機能訓練加算Ⅰイ(1日につき)		56単位	56円	112円	168円
個別機能訓練加算Ⅰロ(1日につき)		76単位	76円	152円	228円
科学的介護推進体制加算(1月につき)		40単位	40円	80円	120円
送迎減算(片道につき)		－47単位	－47円	－94円	－141円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ(1月につき)		利用者負担額×8.0%			

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります

※上記設定の所要時間は、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき実際に利用するサービス提供時間を表します。

②自費をいただくもの(介護保険適用外)

項目	単位	料金	備考
おやつ代	1食	100円	
趣味・レクリエーション材料	1回	実費	希望に応じ
排泄用品(紙パンツなど)	1枚	210円	必要時

※上記料金項目以外にも、実費で請求する場合があります。

③交通費

通常の事業の実施地域(旧下関市境目)を越える場合の交通費。通常の事業実施地域を超えてから1kmにつき100円頂きます。

④キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

連絡先：083-249-5720

FAX083-249-5721

1.利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
2.利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	キャンセル料(おやつ代100円)

第1号通所事業（予防給付型）負担金

①下関市が定める額

【地域加算その他1単位＝10.00円】

(1回)

要介護状態区分	単位	利用負担分(1割)	利用負担分(2割)	利用負担(3割)
事業対象者 要支援1	436単位/回	436円/回	872円/回	1,308円/回
事業対象者 要支援2	447単位/回	447円/回	894円/回	1,341円/回
事業対象者 要支援1	436単位/回	月4回越えの場合 1,798円/回 (上限)	月4回越えの場合 3,596円/回 (上限)	月4回越えの場合 5,394円/回 (上限)
事業対象者 要支援2	447単位/回	月8回越えの場合 3,621円/回 (上限)	月8回越えの場合 7,242円/回 (上限)	月8回越えの場合 10,863円/回 (上限)

介護報酬告示額 加算分

加算項目	単位	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担 (3割)
若年性認知症利用者受入加算(1月につき)	240単位	240円	480円	720円
科学的介護推進体制加算(1月につき)	40単位	40円	80円	120円
送迎減算(片道につき)	-47単位	-47円	-94円	-141円
介護職員処遇改善加算Ⅲ(1月につき)	利用者負担額×8.0%			

※上記設定の所要時間は、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき実際に利用するサービス提供時間を表します。

②自費をいただくもの(介護保険適用外)

項目	単位	料金	備考
おやつ代	1食	100円	
趣味・レクリエーション材料	1回	実費	希望に応じ
排泄用品(紙パンツなど)	1枚	210円	必要時

※上記料金項目以外にも、実費で請求する場合があります。

③交通費

通常の事業の実施地域(旧下関市境目)を越える場合の交通費。事業実施地域を超えてから1kmにつき100円頂きます。

④キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

連絡先：083-249-5720

FAX 083-249-5721

1.利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
2.利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	キャンセル料(おやつ代100円)

(2)保険料の滞納などにより、上記の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額(10割)をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

(3)利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者に請求し、翌月末日までに下記の方法により支払い願います。

☐ 自動口座引落

※手数料は、当法人の負担となります。

☐ 金融機関振込

※手数料は、利用者の負担となります。

西京銀行		新下関支店
普通預金	口座名義人	ケアイノベーション株式会社
	口座番号	2700705

(4)領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行致します。

(5)利用の中止、変更、追加

①利用中止の申し出をされた場合、取消料などをお支払いいただくことはございませんが、送迎、スケジュール、調理等の都合上、ご連絡を1営業日前までに確実にお願いいたします。但し体調不良や緊急やむを得ない事情などがある場合等は、当日でもかまいません。

②サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を提示して協議させていただきます。

③利用の中止、変更、追加の連絡は至急下記までご連絡ください。

連絡先	デイサービスリアン
電話	083-249-5720

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「非常災害対応マニュアル」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	近隣町内会と非常時の相互の応援を約束しております。			
平常時の訓練等 防災設備	消防法に定める内容ののっとり、必要に応じて避難訓練等を実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	無	防火扉・シャッター	無
	非常階段	無	屋内消火栓	無

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

下関市役所 福祉部介護保険課 事業者係	・所在地 下関市南部町1番1号 ・電話番号 083-231-1371 ・FAX 083-231-2743 ・対応時間 平日（土、日、祝日、年末年始を除く） 午前8時30分～午後5時15分
下関市福祉部 長寿支援課 支援係	・所在地 下関市南部町1番1号 ・電話番号 083-231-1340 ・FAX 083-231-1948 ・対応時間 平日（土、日、祝日、年末年始を除く） 午前8時30分～午後5時15分
山口県国民健康保険 団体連合会（国保連）	・所在地 山口県山口市朝田1980番地7 ・電話番号 083-995-1010 ・FAX 092-934-3665 ・対応時間 平日（土、日、祝日、年末年始を除く） 午前9時～午後5時

1.3 第三者評価の実施 特になし

1.4 当施設ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	設備、器具は本来の用法に従って職員指導の下、正しくご利用下さい。これに反し故意に強引なご使用等で破損・不具合等が生じた場合賠償していただくこともございます。
喫煙	敷地内禁煙となっております。
迷惑行為等	騒音・暴力等、他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。また、施設内の居室等に立ち入らないようにして下さい。
現金等の管理	利用料支払い等に必要な現金以外についての持ち込みはご遠慮願います。やむを得ない場合は、事務所にご相談ください。
宗教活動・政治活動	事業所内の他の利用者に対する宗教活動、及び政治活動はご遠慮願います。
ペットの持ち込み	衛生上、ペットの持ち込みはご遠慮願います。
嗜好品の持ち込み（おやつ等）	おやつ等の嗜好品の持ち込みはご遠慮願います。他の利用者及び職員への手土産等もご遠慮ください。
セクシャルハラスメント行為	他の利用者及び職員に対して、一般的にセクハラとみなされる言動（性的な言動等）はご遠慮願います。

	自動火災報知機	無	非常通報装置	無
	誘導灯	無	漏電火災報知機	無
	ガス漏れ報知機	無	非常用電源	無
	カーテンは防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	・消防署への届出日：令和6年8月1日 ・防火管理者：岡林 剛司			

1.1 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族①	氏名	
	連絡先	
ご家族②	氏名	
	連絡先	

1.2 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所ご利用 相談室	・窓口担当者 代表取締役 岡林 剛司 ・管理者 岡林 剛司 ・利用時間 毎日午前8時30分～午後5時30分 ・利用方法 電話 083-249-5720 面接 午前9時～午後5時 苦情箱（事務所入り口に設置）
----------------	--

施設内の写真や動画撮影行為、SNS 投稿	カメラや携帯電話等による事業所内や他の利用者、職員の写真や動画撮影、SNS 投稿等は個人情報の漏洩防止のためご遠慮願います。必要不可欠な事情による写真や動画撮影は、事業所の許可を得たうえで、他の利用者及び職員の意向に留意し撮影願います。
----------------------	--

1 5 事故発生時の対応

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、家族、関係事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、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ないます。事故の状況や事故に際して採った処置は記録し保管します。

1 6 損害賠償責任保険

万一の事故に備え下記の損害賠償責任保険に加入しております。

保 険 会 社	東京海上日動火災保険株式会社
保 険 内 容	施設事業活動遂行事故 1 事故：2 億

1 7 (虐待の防止に関する事項)

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ① 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するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- ② 虐待防止のための指針を整備する。
- ③ 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。
- ④ 前③号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
担当者については、管理者：がその職務に当たるものとする。

- 2 事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに市町村に連絡するものとする。

1 8 (その他運営に関する重要事項)

第 18 条 本事業の社会的使命を十分認識し、従業者の資質向上を図るため、研修等の機会を設けるとともに業務体制を整備する。

- 2 この規程の概要等、通所介護事業者の勤務の体制、その他利用（申込）者のサービス選択に関係する事項については、事業所内の見やすい場所に掲示する。

- 3 第 7 条第 1 項第 1 号の地域密着型通所介護計画／第 1 号通所計画書、及びサービス提供記録については、それらを当該利用者に交付する。

- 4 第 7 条第 1 項第 1 号の地域密着型通所介護計画／第 1 号通所計画書、及びサービス提供記録、第 13 条第 2 項に規定する事故発生時の記録、第 14 条第 2 項に規定する市町村への通知、並びに前条の苦情処理に関する記録については、整備の上、完結してから 5 年間保存する。

- 5 都道府県及び市町村、並びに国民健康保険団体連合会（以下、「都道府県等」という。）からの物件提出の求めや質問・照会等に対応し、その調査に協力するとともに、都道府県等からの指導・助言に従って必要な改善を行う。また、都道府県等から求められた場合には、その改善の内容を都道府県等に報告する。

- 6 指定地域密着型通所介護／指定第 1 号通所事業の会計とその他の事業の会計を区別する。

- 7 この規程に定める事項の他、運営に関する重要事項は「ケアイノベーション株式会社」デイサービスリアンで定める。

2 0 当法人で実施する事業

事業の種類		事業者指定	
		指定年月日	指定番号
地域密着型サービス	地域密着型通所介護 第 1 号通所事業（予防給付型） デイサービスリアン	令和 6 年 8 月 1 日	3 5 9 0 1 0 9 4 5 4 号 3 5 A 0 1 0 0 3 2 8 号

令和 年 月 日

事業者から指定地域密着型通所介護／第1号通所事業の開始にあたり、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 下関市川中本町1丁目10番38号101号室

事業者名 ケアイノベ이션株式会社

事業所名 デイサービスリアン

管理者名

岡 林 剛 司

(指定番号 No. 3590109454 / 35A1101328)



<説明者>

所 属 デイサービスリアン

氏 名

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定地域密着型通所介護／第1号通所事業について重要事項説明を受け同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

※自書の場合は押印不要

<利用者代理人（選任した場合）>

住 所

氏 名

(続柄)

個人情報使用同意書

私（ ）は、ケアイノベーション株式会社が運営する介護保険事業所デイサービスリアンに対し、個人情報を必要最小限の範囲内で使用、提供することを下記に記載する内容で同意します。

記

1、使用する目的

- ご入居者にかかわる居宅サービス計画並びに介護サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議等が必要となる場合。
- 担当ケアマネージャーと他の介護サービス事業者との連絡調整に必要となる場合
- ご利用者が医療機関を利用する場合。
- ご利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。
- 介護保険事務に関する情報提供の場合。(請求関係、保険者からの紹介への回答等)
- 事業所における学生、研修生等の実習の場合
- 事業所の機関誌やホームページ等作成する場合。(写真等の掲載)
- 損害賠償保険等にかかる保険会社への相談または届出等。

2、使用する期間

○令和 年 月 日 ～ 契約終了の日

3、使用する条件

- 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外には使用しません。また、契約期間外においても第三者には洩らしません。

以上

令和 年 月 日

利用者 氏名

※自書の場合は押印不要

代理人 氏名