

重要事項説明書

ミラクルデイサービスはこざき

(令和6年6月1日より施行)

1 ミラクルデイサービスはこざきの概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	ミラクルデイサービスはこざき
所在地	福岡市東区馬出三丁目12番26号 ロイヤルシティ箱崎1階
電話番号	092-292-7097
FAX番号	092-292-7099
事業所番号	地域密着型通所介護、介護予防型通所サービス 事業所番号 4090800790
サービスを提供できる地域	福岡市

上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士等	名	名	有	名	介護従業者及び業務の管理
生活相談員	社会福祉士等	名	名	有	名	相談・助言等
看護師 機能訓練指導員 介護員等	(准)看護師	名	名	有・無	名	機能訓練指導等
	作業療法士等	名	名	無	名	
	介護福祉士	名	名	無	名	
	初任者研修等	名	名	有・無	名	
合計		名	名	—	名	—

(3) 当事業所の設備の概要

定員	10人 (通所介護・介護予防型)	静養室	1室 1床
		相談室	1室
食堂及び機能訓練室	72.83 m ²	送迎車	台

(4) サービスの提供時間帯

	営業時間	サービス提供時間
平日	8時30分～17時30分	9時20分～12時25分 13時25分～16時30分
休業日	土曜・日曜 年末年始(12/31～1/3) *曜日変更あり	

2 当事業所の通所介護の特徴等

(1) 事業の目的

適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め事業所の生活相談員及び、介護職員、機能訓練指導員等が、要介護状態の利用者に対し、適切な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

要介護状態のご利用者可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

3 サービスの内容

- ①送 迎—デイサービスの送迎は、施設の車で介護スタッフが安全に責任をもってお送りいたします
- ②機能訓練—機能訓練指導員の指導のもと、個別の計画を立てた上で、長続きできて楽しい運動を行い、転倒防止、体力の維持向上を目指します
- ③生活相談—介護でお困りのこと、医療でお困りのこと、何でも、何度でもお気軽に相談いただけます。

4 利用料金

(1) 利用料 1割負担の場合

ア 通所介護利用料（地域密着型通所介護費：サービス提供時間：3時間～4時間）

介護度	基本単位	利用者負担金		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要介護1	416 単位/日	435 円/日	870/日	1,305/日
要介護2	478 単位/日	500 円/日	999/日	1,499/日
要介護3	540 単位/日	565 円/日	1,129/日	1,693/日
要介護4	600 単位/日	627 円/日	1,254/日	1,881/日
要介護5	663 単位/日	693 円/日	1,386/日	2,079/日

(加算サービスについて) 下記の加算項目サービスを利用される方には、下記利用者負担金をご負担頂きます。

加算項目	基本単位	利用者負担金		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
業務継続未策定減算	*1%減算	減算率を乗じた単位数のうち利用者負担分の額		
高齢者虐待防止装置未実施減算	*1%減算	減算率を乗じた単位数のうち利用者負担分の額		
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位/日	59/日	117/日	176/日
個別機能訓練加算Ⅰロ	76 単位/日	80/日	159/日	239/日
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月*	21/月	42/月	63/月
ADL維持等加算Ⅰ	30 単位/月	32/月	63/月	94/月
ADL維持等加算Ⅱ	60 単位/月	63/月	126/月	189/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位/日	23/日	46/日	69/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位/日	19/日	38/日	57/日

送迎減算	47 単位/片道	-50/回	-99/回	-148/回
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位/日	7/日	13/日	19/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ11	48 単位/日	51/日	101/日	151/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ12	24 単位/日	25/日	50/日	75/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ21	12 単位/日	13/日	25/日	38/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ22	6 単位/日	7/日	13/日	19/日
認知症加算	60 単位/日	63/日	126/日	189/日
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位/月*	21/月	42/月	63/月
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位/月*	6/月	11/月	16/月
口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位/月*	157/月	314/月	471/月
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位/月*	168/月	335/月	502/月
科学的介護推進体制強化加算	40 単位/月	17/月	34/月	51/月
介護職員処遇改善加算Ⅱ	9.0%	所定単位数に左記の率を乗じた単位数で算定		

イ 介護予防型通所サービス利用料

介護度	基本単位	利用者負担金		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
事業対象者・要支援1	1,798 単位/月	1,879 円/月	3,758/月	5,637/月
要支援2(週2程度)	3,621 単位/月	3,784 円/月	7,568/月	11,352/月
要支援2(週1程度)	1,798 単位/月	1,879 円/月	3,758/月	5,637/月
要支援1(回数)月1~4回	436 単位/回	456 円/回	912 円/回	1,367 円/回
要支援2(回数)月1~8回	447 単位/回	468 円/回	835 円/回	2,383 円/回

(加算サービスについて) 下記の加算項目サービスを利用される方には、下記利用者負担金をご負担頂きます。

加算項目	基本単位	利用者負担金		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
高齢者虐待防止未実施減算11	-18 単位/月	-19 円/月	-38 円/月	-57 円/月
高齢者虐待防止未実施減算11日割	-1 単位/日	-1 円/日	-2 円/日	-3 円/日
高齢者虐待防止未実施減算12	-36 単位/月	-38/月	-76/月	-113/月
高齢者虐待防止未実施減算12日割	-1 単位/日	-1 円/日	-2 円/日	-3 円/日
高齢者虐待防止未実施減算21	-4 単位/回	-5/回	-9/回	-13/回
高齢者虐待防止未実施減算22	-4 単位/回	-5/回	-9/回	-13/回
業務継続計画未策定減算11	-18 単位/月	-19 円/月	-38 円/月	-57 円/月
業務継続計画未策定減算11日割	-1 単位/日	-1 円/日	-2 円/日	-3 円/日
業務継続計画未策定減算12	-36 単位/月	-38/月	-76/月	-113/月
業務継続計画未策定減算12日割	-1 単位/日	-1 円/日	-2 円/日	-3 円/日
業務継続計画未策定減算21	-4 単位/回	-5/回	-9/回	-13/回
業務継続計画未策定減算22	-4 単位/回	-5/回	-9/回	-13/回
口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位/月	23/日	46/日	69/日
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位/月	19/日	38/日	57/日
送迎減算	-47 単位/片道	-50/回	-99/回	-148/回
サービス提供体制加算Ⅰ1	88 単位/月	92/月	184/月	276/月
サービス提供体制加算Ⅰ2	176 単位/月	184/月	368/月	552/月
サービス提供体制加算Ⅱ1	72 単位/月	76/月	151/月	226/月

サービス提供体制加算Ⅱ2	144 単位/月	151/月	301/月	452/月
サービス提供体制加算Ⅲ1	24 単位/月	25/月	50/月	75/月
サービス提供体制加算Ⅲ2	48 単位/月	51/月	101/月	151/月
生活機能向上連携加算Ⅰ (3月に1回限度)	100 単位/月	105/月	209/月	314/月
生活機能向上連携加算Ⅱ	200 単位/月	209/月	418/月	627/月
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ (6月に1回を限度)	20 単位/月	21/月	42/月	63/月
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回を限度)	5 単位/月	6/月	11/月	16/月
科学的介護推進体制強化加算	40 単位/月	17/月	34/月	51/月
介護職員処遇改善加算Ⅱ	9.0%	所定単位数に左記の率を乗じた単位数で算定		

(2) 処遇改善加算

介護サービスに従事する介護職員等の賃金改善に充てるための加算で、所定単位数に地域密着型通所介護の加算率を乗じた単位数のうち利用者負担分の額となる。尚、同加算の加算率については制度改正に準じ、事業所が算定する加算を利用者負担分の額とする。

ウ 交通費

前述1の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、送迎のための交通費をご負担していただくことになります。送迎実施地域を越えた地点から以下の費用を請求いたします。

片道 10km 未満は片道 600 円 片道 10km 以上は片道 800 円

エ キャンセル料

お客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ・ ご利用日の前営業日（営業時間内）までにご連絡いただいた場合 — 不 要
- ・ ご利用日の前営業日（営業時間後）にご連絡いただいた場合 — 800 円

オ その他の費用

- ① 飲み物代（おやつ含む） 180 円/日
- ② おむつ代 パット 100 円/枚 リハビリパンツ 150 円/枚
- ③ 娯楽教養費 実費
- ④ 連絡帳代 50 円/冊（発行毎）

カ その他のサービス

① 時間外サービス

お客様の選択・希望により、その日の利用時間の開始前後にサービスを利用する場合は、1時間あたり 1,500 円をご負担して頂くことになります。尚、サービスを利用する際、利用時間の開始前であれば、“お迎え”、利用時間の開始後であれば、“お送り”ができません。

(2) 料金の支払方法

毎月、15 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。（月末確認後翌月請求時に同封します）

お支払い方法は、原則、口座振替とさせていただきます。詳細はスタッフにお尋ねください。

尚、利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場

合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。
尚、口座振替手数料はお客様にてご負担をお願い申し上げます。(初回無料)。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員が内容をお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の1週間前までに申し出てください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知いたします。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・お客様が亡くなられた場合

エ その他

- ・お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 木村 聡彦

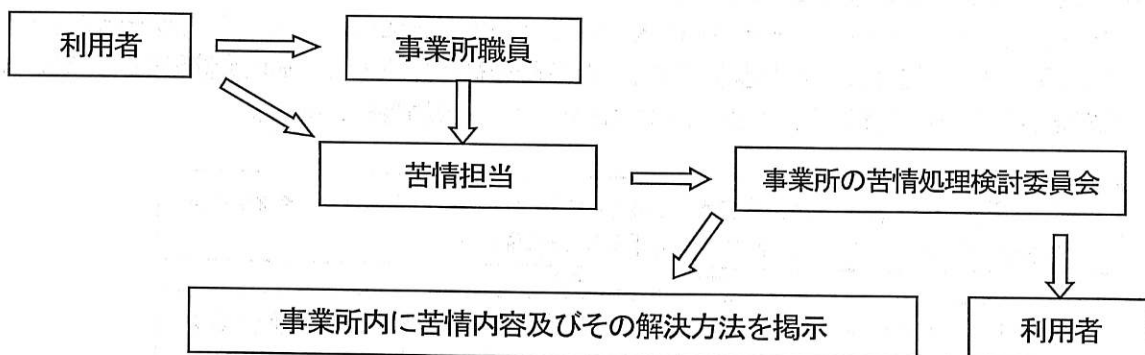
電話 092-292-7097

FAX 092-292-7099

受付日 月～金（休業日の除く）受付時間 8時30分～17時30分 （受付時間外：転送）

(2) 苦情処理体制

苦情処理のフロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び福岡県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ア 福岡市各区 福祉・介護保険課
東 区 092-645-1069 博多区 092-419-1081
- イ 福岡県国民健康保険団体連合会 (介護保険課介護サービス相談係) 092-642-7859
- ウ 福岡県社会福祉協議会 (福岡県福祉サービス相談センター) 092-915-3511

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

9 非常災害対策

防災時の対応	防災マニュアルのもとで職員の指示で安全を第一に対応いたします。
防災設備	誘導灯、消火器
防災訓練	年2回の防災訓練を実施いたします。
防火責任者	木村 聡彦

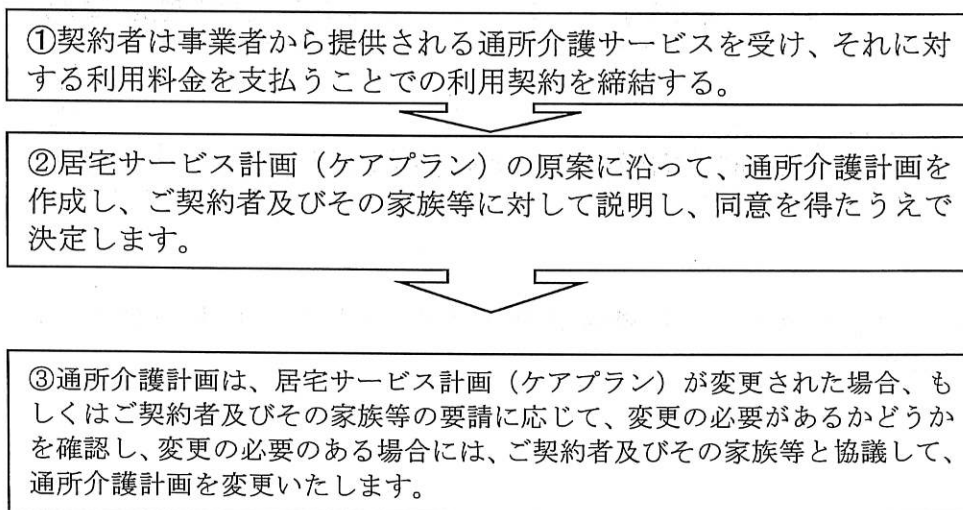
10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、お客様又はご家族の個人情報を用います。

附則

1. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条参照）

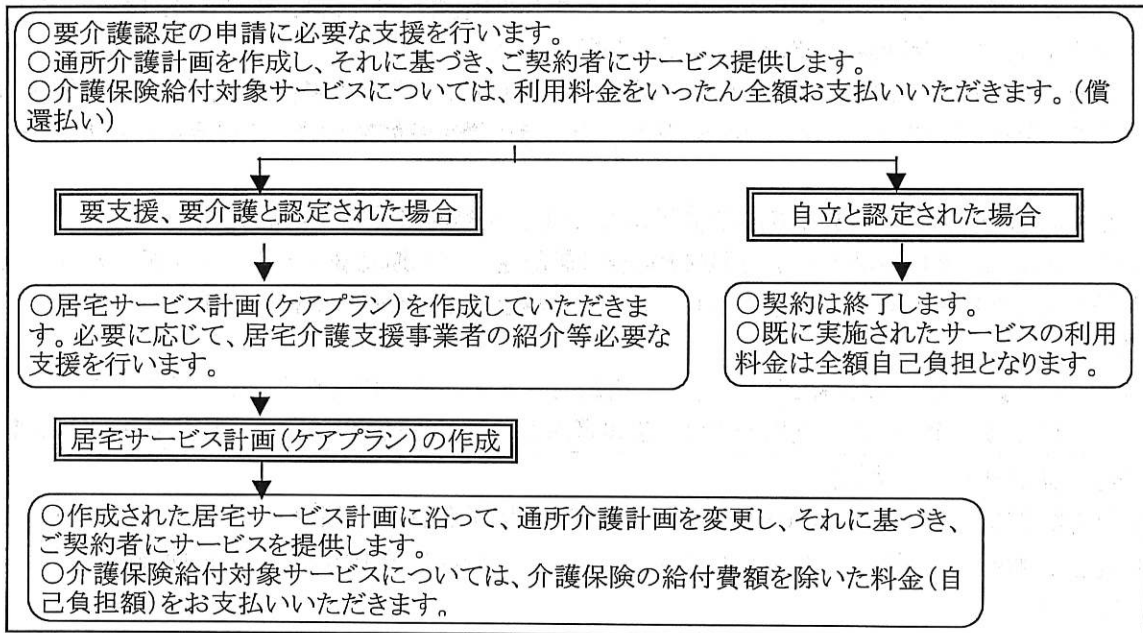


④通所介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。



(1) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次通りです。

①要介護認定を受けている場合②要介護認定を受けていない場合



2. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。

(守秘義務)

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

3. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意 (契約書第 10 条参照)

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙

受動喫煙防止の観点から、事業所内で喫煙はできません。

4. 損害賠償について (契約書第 11 条、第 12 条参照)

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

5. サービス利用をやめる場合 (契約の終了について) (契約書第 14 条参照)

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。(契約書第 15 条参照)

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合 (詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合 (詳細は以下をご参照下さい。)

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出 (契約書第 15 条、第 16 条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日までに事業所に通知をして下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① ご契約者が入院された場合
- ② ご契約者の「居宅サービス計画 (ケアプラン)」が変更された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出 (契約書第 17 条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。
ただし、契約を解除する 30 日前までに文書で通知を行いません。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 2 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助 (契約書第 14 条参照)

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

6. 第三者評価の有無について

当会社は、第三者評価を受けておりません。

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者 本社所在地 福岡市東区筥松三丁目 22 番 10 号
合同会社 未楽来
代表社員 木村 聡彦
所在地 福岡市東区馬出三丁目 12 番 26 号ロイヤルシティ箱崎 1 階
施設名 ミラクルデイサービスはこざき 印
管理者氏名 木村 聡彦
説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面により事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

(家族もしくは代筆者) 住所 _____
続柄: _____
氏名 _____ 印