

<通所介護重要事項説明書>

令和7年11月10日 現在

1 事業所概要

①事業所情報

事業所名	リラクゼーション型デイサービス ふらっと
本社所在地	山形県鶴岡市日和田町19番1号
連絡先	0235-29-2303
管理者名	阿部 雄二
サービス種類	介護予防・日常生活支援総合事業 (計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティーその他必要な介護業務を行います。)
介護保険指定番号	0670701861
サービス提供地域	鶴岡市・三川町

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

②営業時間

平日	8:30～17:30
土曜日	8:30～17:30
定休日	日曜日

※サービス提供時間午前9:00～午後16:30。午後16:30～17:30は延長時間となります。

③職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	介護福祉士 社会福祉主事 介護職員初任者研修修了者※1	1名	0名	1名
看護師※2	看護師	1名	1名	2名
生活相談員※1	社会福祉主事※1	3名	0名	3名
介護職員	介護職員初任者研修修了者または 2級介護員	7名	0名	7名
歯科衛生士	歯科衛生士※1	1名	0名	1名
栄養士	管理栄養士※1	1名	0名	1名

※1.管理者、生活相談員・歯科衛生士・管理栄養士1名は介護職員と兼務する。

※2.看護師は機能訓練員も兼務する。

④事業目的・運営方針

事業目的	介護保険法に基づく通所介護事業
運営方針	<p>①通所型サービスの提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>②利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>③事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>

2 当事業所連絡先窓口(相談・苦情・キャンセル連絡等)

電話番号	0235-29-2303
担当部署	リラクゼーション型デイサービス ふらっと
担当者	三浦 正人
受付時間	8:30～17:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談に関しては各市町村でも受け付けております。

3 利用料金

①利用料金(現行型サービス)

介護保険適用	単位	負担額 (1割負担)	負担額 (2割負担)	負担額 (3割負担)	算定回数
事業対象者・要支援1	1798単位	1798円	3596円	5394円	1月当り
事業対象者・要支援1 ※一月当たり4回まで	436単位	436円	872円	1308円	1日当り
事業対象者・要支援2	3621単位	3621円	7242円	10863円	1月当り
事業対象者・要支援2 ※一月当たり8回まで	447単位	447円	894円	1341円	1日当り

加算(現行型サービス)

加算	単位	負担額 (1割負担)	負担額 (2割負担)	負担額 (3割負担)	算定回数
若年性認知症受入加算(該当者)	240単位	240円	480円	720円	1月当り
栄養改善加算(希望される方)	50単位	50円	100円	150円	1月当り
口腔機能向上加算(希望される方)	150単位、 (2)回まで	150円	300円	450円	1回当り
科学的介護推進体制加算	40単位	40円	80円	120円	1月当り
生活機能向上グループ活動加算	100単位	100円	200円	300円	1月当り
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	利用単位数×6.4%				1月当り

③自費を頂くもの(介護保険適用外)

昼食費(おやつ代込)	700円(税込)/日
レクリエーション材料費	500円(税込)/月
オムツ	150円(税込)/コ
尿取パッド	100円(税込)/コ

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、下記キャンセル料を頂きます。キャンセルが必要になった場合下記の連絡先に至急ご連絡ください。

連絡先	リラクゼーション型デイサービス ふらっと 電話番号:0235-29-2303
キャンセル料頂く場合	1. ご利用日の2日前、それ以前にご連絡を頂いた場合 0円
	2. ご利用日の前日(17:30まで)にご連絡を頂いた場合 700円(税込)
	3. ご利用日の当日にご連絡、もしくはご連絡頂けなかった場合 1000円(税込)

※ただし、お休みの代わりに別曜日にてご利用された場合はこの限りではございません。

⑤料金の支払い方法

毎月月末締めとし、翌月(10)日までに当月分の料金を請求いたしますので、20日までにお支払いお願いいたします。お支払方法は、原則銀行もしくは、郵便局引き落としとさせていただきます。

4 サービスの利用方法

①サービス利用開始

お電話などでお申し込みお願いいたします。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

②サービス利用終了

・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(2)週間前までに文書でお申し出ください。

・人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了(1)ヶ月までに文書で通知いたします。

③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終了します)

- ・お客様が介護保険施設に入所された場合
 - ・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出来ます。
- ・お客様が亡くなられた場合

④その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、もしくは当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
 - ・お客様が、サービス利用料金の支払いを(2)ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず(14)日以内に支払わない場合、もしくはお客様やご家族の方などが、当社や当社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、当社により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。
 - ・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。
 - ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがございます。
 - ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。
 - ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。
- 治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

5 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、下記主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄:)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄:)
	連絡先	

6 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、県、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者(介護予防にあっては地域包括支援センター)等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

7 非常災害対策

①事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者 (防火管理者)	榎本悠人
------------------------	------

②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期	毎年2回	5月 ・ 10月
----------	------	----------

8 感染症の予防及びまん延防止に関する事項

事業所は、事業所内外での感染症の発生及びまん延の防止のため、以下の①～③に掲げる措置を講じます。

①事業所において、介護職員その他の従業者に対し、感染症の発生及びまん延の防止を啓発・普及するための研修や訓練の実施を定期的に(年2回以上)行い、研修を通じて、感染症対策の向上や知識や技術の向上に努めます。

②事業所における感染症の発生及びまん延の防止のための指針を定めます。

③事業所における感染症の発生及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。)を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

9 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発の防止のため、以下の①～④に掲げる措置を講じます。

①事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとす)を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

②事業所における虐待の防止のための指針を定めます。

③事業所において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に(年1回以上)実施します。

④以上の①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこととします。

10 身体拘束等の原則禁止

利用者または他の利用者などの生命または身体を保護するために緊急でやむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。ただし、緊急でやむを得ず身体拘束を行う場合には、以下の①～④の記録を行うものとします。

- ①身体拘束などの態様
- ②時間
- ③その際の利用者の心身の状況
- ④緊急やむを得ない理由

11 サービスに関する苦情

【弊社お客様相談窓口】

苦情相談窓口担当	阿部 雄二
受付日	月曜日～土曜日（年末年始休暇を除く）
受付時間	8:30～17:30

【その他】

鶴岡市	健康福祉部長寿介護課	電話番号:0235-25-2111
三川町	健康福祉課	電話番号:0235-66-3111
国民健康保険団体連合会	苦情相談窓口	電話番号:0237-87-8006

12 第三者評価機関による評価

第三者評価の実施状況	無し
------------	----

【会社概要】

社名	株式会社Forest
資本金	300万円
社員数	14名（パート含む）
設立	平成26年12月22日
本社所在地	山形県鶴岡市日和田町19番1号
代表者	代表取締役 三浦 正人
事業内容	通所介護事業

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

【事業者】	所在地	山形県鶴岡市日和田町19番1号
	法人名	株式会社Forest
	代表者名	三浦 正人
	事業所名	リラクゼーション型デイサービス ふらっと (指定番号 0670701861)
	説明者氏名	

上記事業者より本書の説明を受け、同意しました。

【ご利用者様】	住所	
	氏名	
【代理人様】	住所	
	氏名	印（続柄:)
	署名代行理由:	

<通所介護重要事項説明書>

令和7年11月10日 現在

1 事業所概要

①事業所情報

事業所名	リラクゼーション型デイサービス ふらっと
本社所在地	山形県鶴岡市日和田町19番1号
連絡先	0235-29-2303
管理者名	阿部 雄二
サービス種類	通所介護 (通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティーその他必要な介護業務を行います。)
介護保険指定番号	0670701861
サービス提供地域	鶴岡市・三川町

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

②営業時間

平日	8:30～17:30
土曜日	8:30～17:30
定休日	日曜日

※サービス提供時間午前9:00～午後16:30。午後16:30～17:30は延長時間となります。

③職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	介護福祉士 社会福祉主事 介護職員初任者研修修了者※1	1 名	0 名	1 名
看護師※2	看護師・准看護師※2	1 名	1 名	2 名
生活相談員※1	社会福祉主事※1	3 名	0 名	3 名
介護職員	介護職員初任者研修修了者または2級介護員	7 名	0名	7 名
歯科衛生士	歯科衛生士※1	1 名	0 名	1 名
栄養士	管理栄養士※1	1 名	0名	1 名

※1.管理者、生活相談員・歯科衛生士・管理栄養士1名は介護職員と兼務する。

※2.看護師は機能訓練員も兼務する。

④事業目的・運営方針

事業目的	介護保険法に基づく通所介護事業
運営方針	<p>①指定通所介護の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行います。これにより、ご利用者様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご利用者様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。</p> <p>②介護予防・日常生活支援総合事業の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行います。これにより、ご利用者様の心身機能の維持回復を図り、ご利用者様の生活機能の維持又は向上を目指します。</p> <p>③事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めてまいります。</p>

2 当事業所連絡先窓口(相談・苦情・キャンセル連絡等)

電話番号	0235-29-2303
担当部署	リラクゼーション型デイサービス ふらっと
担当者	三浦 正人
受付時間	8:30～17:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談に関しては各市町村でも受け付けております。

3 利用料金

①利用料金(ご利用時間7～8時間／要介護)

介護保険適用	単位	負担額 (1割負担)	負担額 (2割負担)	負担額 (3割負担)	算定回数
要介護1	658単位	658円	1316円	1974円	1日当り
要介護2	777単位	777円	1554円	2331円	1日当り
要介護3	900単位	900円	1800円	2700円	1日当り
要介護4	1023単位	1023円	2046円	3069円	1日当り
要介護5	1148単位	1148円	2296円	3444円	1日当り

加算(要介護)

加算	単位	負担額 (1割負担)	負担額 (2割負担)	負担額 (3割負担)	算定回数
入浴介助加算Ⅰ(Ⅱとの併用なし)	40単位	40円	80円	120円	1日当り
若年性認知症受入加算(該当者)	240単位	240円	480円	720円	1月当り
栄養改善加算(希望される方)	50単位	50円	100円	150円	1月当り
口腔機能向上加算(希望される方)	150単位、 (2)回まで	150円	300円	450円	1回当り
科学的介護推進体制加算	40単位	40円	80円	120円	1月当り
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	利用単位数×6.4%				1月当り

※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。

②利用料金(要支援/事業対象者)

介護保険適用	単位	負担額 (1割負担)	負担額 (2割負担)	負担額 (3割負担)	算定回数
要支援1	436単位	436円	872円	1308円	1日当り
要支援2	447単位	447円	894円	1341円	1日当り

加算(要支援)

加算	単位	利用者負担額 (1割負担)	利用者負担額 (2割負担)	算定回数	
若年性認知症受入加算(該当者)	240単位	240円	480円	720円	1月当り
栄養改善加算(希望される方)	50単位	50円	100円	150円	1月当り
口腔機能向上加算(希望される方)	150単位、 (2)回まで	150円	300円	450円	1回当り
科学的介護推進体制加算	40単位	40円	80円	120円	1月当り
生活機能向上グループ活動加算	100単位	100円	200円	300円	1月当り
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	利用単位数×6.4%				1月当り

③自費を頂くもの(介護保険適用外)

昼食費(おやつ代込)	700円(税込)/日
レクリエーション材料費	500円(税込)/月
オムツ	150円(税込)/コ
尿取パッド	100円(税込)/コ

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、下記キャンセル料を頂きます。キャンセルが必要になった場合下記の連絡先に至急ご連絡ください。

連絡先	リラクゼーション型デイサービス ふらっと 電話番号:0235-29-2303
キャンセル料頂く場合	1. ご利用日の2日前、それ以前にご連絡を頂いた場合 0円
	2. ご利用日の前日(17:30まで)にご連絡を頂いた場合 700円(税込)
	3. ご利用日の当日にご連絡、もしくはご連絡頂けなかった場合 1000円(税込)

※ただし、お休みの代わりに別曜日にてご利用された場合はこの限りではございません。

⑤料金の支払い方法

毎月月末締めとし、翌月(10)日までに当月分の料金を請求いたしますので、20日までにお支払いお願いいたします。

お支払い方法は、原則銀行もしくは、郵便局引き落としとさせていただきます。

4 サービスの利用方法

①サービス利用開始

お電話などでお申し込みお願いいたします。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

②サービス利用終了

・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（ 2 ）週間前までに文書でお申し出ください。

・人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了（ 1 ）ヶ月までに文書で通知いたします。

③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終了します）

・お客様が介護保険施設に入所された場合
・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出来ます。

・お客様が亡くなられた場合

④その他

・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、もしくは当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

・お客様が、サービス利用料金の支払いを（ 2 ）ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず（ 14 ）日以内に支払わない場合、もしくはお客様やご家族の方などが、当社や当社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、当社により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。

・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。

・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがございます。

・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。

・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。

治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

5 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、下記主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	（続柄： ）
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	（続柄： ）
	連絡先	

6 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、県、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

7 非常災害対策

①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）	榎本悠人
--------------------	------

②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期	毎年2回	5月 ・ 10月
----------	------	----------

8 感染症の予防及びまん延防止に関する事項

事業所は、事業所内外での感染症の発生及びまん延の防止のため、以下の①～③に掲げる措置を講じます。

①事業所において、介護職員その他の従業者に対し、感染症の発生及びまん延の防止を啓発・普及するための研修や訓練の実施を定期的に（年2回以上）行い、研修を通じて、感染症対策の向上や知識や技術の向上に努めます。

②事業所における感染症の発生及びまん延の防止のための指針を定めます。

③事業所における感染症の発生及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

9 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発の防止のため、以下の①～④に掲げる措置を講じます。

- ①事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- ②事業所における虐待の防止のための指針を定めます。
- ③事業所において、介護職員その他の従業者にに対し、虐待の防止のための研修を定期的に(年1回以上)実施します。
- ④以上の①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこととします。

10 身体拘束等の原則禁止

利用者または他の利用者などの生命または身体を保護するために緊急でやむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。ただし、緊急でやむを得ず身体拘束を行う場合には、以下の①～④の記録を行うものとします。

- ①身体拘束などの態様
- ②時間
- ③その際の利用者の心身の状況
- ④緊急やむを得ない理由

11 サービスに関する苦情

【弊社お客様相談窓口】

苦情相談窓口担当	阿部 雄二
受付日	月曜日～土曜日(年末年始休暇を除く)
受付時間	午前8:30～17:30

【その他】

鶴岡市	健康福祉部長寿介護課	電話番号:0235-25-2111
三川町	健康福祉課	電話番号:0235-66-3111
国民健康保険団体連合会	苦情相談窓口	電話番号:0237-87-8006

12 第三者評価機関による評価

第三者評価の実施状況	無し
------------	----

【会社概要】

社名	株式会社Forest
資本金	300万円
社員数	14名(パート含む)
設立	平成26年12月22日
本社所在地	山形県鶴岡市日和田町19番1号
代表者	代表取締役 三浦 正人
事業内容	通所介護事業

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

【事業者】	所在地	山形県鶴岡市日和田町19番1号
	法人名	株式会社Forest
	代表者名	三浦 正人
	事業所名	リラクゼーション型デイサービス ふらっと (指定番号 0670701861)
	説明者氏名	

上記事業者より本書の説明を受け、同意しました。

【ご利用者様】	住所	
	氏名	
【代理人様】	住所	
	氏名	印 (続柄:)

	署名代行理由:	
--	---------	--