

サービス説明書

1 サービスの内容

「通所介護サービス」

- (1) 「通所介護サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当施設において入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- (2) 事業者は、下記の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3) サービス提供にあたっては、「通所介護計画書」に沿って計画的に提供します。

「通所介護相当サービス」

- (1) 「通所介護相当サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービスの提供をいたします。
- (2) 事業者は、下記の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3) サービス提供にあたっては、別添の「通所介護相当サービス計画書」に沿って提供します。

サービス提供を行う施設			
所在地	神奈川県相模原市緑区西橋本2-17-17		
名称	けやきの里	電話	042-770-8030
曜日	月曜日～土曜日	時間帯	9:30～16:40
内容(概要)	入浴・食事・機能訓練・レクリエーションなど		

※ただし、12月31日～1月2日まではお休みとさせていただきます

2 サービス提供責任者（生活相談員）等

サービス提供の責任者（生活相談員）は、次のとおりです。サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名：村中 俊一、山本 淑子、根本 奈江、松井 信栄

連絡先：042-770-8030

3 利用者負担金

- (1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。なお、②又は③の費用が必要な場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があれば、お尋ねください。

① 介護報酬に係る利用者負担金（自己負担割合は介護負担割合証をご確認ください）

「通所介護サービスの場合」（要介護1～要介護5の方）

●通常規模型通所介護費 ※利用者負担金は単位数×10.54(地域加算)を計算した金額の1割～3割

7時間以上8時間未満	単位数	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	658単位	694円	1,387円	2,081円
要介護2	777単位	819円	1,638円	2,457円
要介護3	900単位	996円	1,898円	2,846円
要介護4	1023単位	1,079円	2,157円	3,235円
要介護5	1148単位	1,210円	2,420円	3,630円

●各種加算 ※利用者負担金は単位数×10.54(地域加算)を計算した金額の1割～3割

	単位数	1割負担分	2割負担分	3割負担分
入浴介助加算Ⅰ	1回・40単位	43円	85円	127円
入浴介助加算Ⅱ※	1回・55単位	58円	116円	174円
サービス提供体制加算Ⅰ	1回・22単位	24円	47円	70円
個別機能訓練加算Ⅰ・イ※	1回・56単位	59円	118円	177円
個別機能訓練加算Ⅰ・ロ	1回・76単位	81円	161円	241円
生活機能向上連携加算Ⅱ	ひと月・100単位	106円	211円	317円
個別機能訓練加算Ⅲ	ひと月・20単位	21円	42円	63円
科学的介護推進体制加算	ひと月・40単位	43円	85円	127円
送迎減算	片道・47単位	-50円	-99円	-149円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	毎月算定単位の 9.2%	毎月算定単位の 9.2%	毎月算定単位の 9.2%	毎月算定単位の 9.2%

※料金は利用回数などに応じ誤差が生じますのでご了承ください。

※給付制限を超えた分のサービス料金は、全額自己負担となります。

※入浴介助加算Ⅱは、ご自宅で入浴出来るように施設での入浴の際に訓練を実施した場合の加算です。

※個別機能訓練加算Ⅰに関して、諸事情（体調不良や研修等）により人員基準を満たしていない日は個別機能訓練加算Ⅰ・イでの算定となります。

※送迎減算とは、施設側で送迎を行わなかった場合の減算です。

「通所介護相当サービスの場合」（事業対象者・要支援1・要支援2の方）

	単位数	1割負担分	2割負担分	3割負担分
入浴サービスを利用しない場合	1回・455単位	1回・480円	1回・959円	1回・1,439円
入浴サービスを利用する場合	1回・475単位	1回・501円	1回・1,002円	1回・1,502円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (事業対象者要支援1相当 ・要支援1)	ひと月・88単位	ひと月・93円	ひと月・186円	ひと月・279円
サービス提供体制強化加算Ⅱ (事業対象者要支援2相当 ・要支援2)	ひと月・176単位	ひと月・93円	ひと月・186円	ひと月・279円
生活機能向上連携加算Ⅱ	ひと月・200単位	ひと月・211円	ひと月・422円	ひと月・633円
科学的介護推進体制加算	ひと月・40単位	ひと月・43円	ひと月・85円	ひと月・127円
送迎減算	片道・47単位	-50円	-99円	-149円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	毎月算定単位の 9.2%	毎月算定単位の 9.2%	毎月算定単位の 9.2%	毎月算定単位の 9.2%

※利用者負担金は単位数×10.54（地域加算）を計算した合計金額の1割～3割です。

※料金は利用回数などに応じ若干の誤差が生じますのでご了承ください。

※給付制限を超えた分のサービス料金は、全額自己負担となります。

「共通」

② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区分	負担金額	内容の説明
1)お食事代	1日 660円	昼食代・おやつ代・お茶代等
2)おむつ代	パンツ型おむつ（1枚） 150円 パット型おむつ（1枚） 50円	利用者の希望により提供した場合 (持参の場合は無料)

③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

区分	負担金額	内容の説明
行事代	実費	利用者の希望によって参加した場合

なお、上記「行事代」以外にも、③には、区分支給限度額を超えるサービス提供を受けた場合に要する費用も含まれます。

（2）利用者負担金は、次の方方法によりお支払いいただきます。

- ・現金払い（サービスを提供した翌月末日までにお支払い願います。）
- ・振込払い（サービスを提供した翌月末日までにお支払い願います。）

4 サービスの中止（キャンセル）

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。
- ・連絡先（電話）：042-770-8030
 - ・連絡時間：午前8：30～午後5：20（午後5時20分以降は留守番電話になります）
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のご連絡は午前8時30分までにお願い致します。
- なお、当日の8：30以降のキャンセルに関しては、食事代の実費をお支払いいただきます。

5 その他

- (1) サービス従事者に対する贈り物等は、ご遠慮させていただきます。
- (2) 振替利用の場合は前日の午後5時20分までにご連絡をお願い致します。
- (3) サービス提供時間内に体調不良になられた時はご家族にお迎えに来ていただきます。
- (4) 持ち物にはすべてご記名をお願い致します。
- (5) 送迎時間は予定となっており、交通事情等により多少の誤差があります。ご了承ください。

サービス契約にあたり上記のとおり説明します。

事業者名 _____ けやきの里 _____

説明者 氏名 _____ 印 _____

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 氏名 _____ 印 _____

代理人または立会人 氏名 _____ 印 _____

重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	けやきの里		
所在地	神奈川県相模原市緑区西橋本2-17-17		
	指定居宅サービス事業所 1472602000		
管理者及び連絡先	サービス種類	氏名	連絡先
	① 通所介護	村中俊一	042-770-8030
	② 通所介護相当サービス	村中俊一	042-770-8030
サービス提供地域	相模原市（橋本・東橋本・南橋本・西橋本・元橋本・二本松・宮下・相原）、町田市（小山・相原）		

2 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	業務全般の管理	1名（常勤）
生活相談員	連絡・調整・苦情処理	1名以上
看護職員	看護業務・機能訓練	1名以上
介護職員	介護業務	常勤換算5.4名以上
送迎職員	運転手	1名以上
事務職員	事務担当	1名以上

3 サービス提供時間

サービスの種類	・通所介護相当サービス ・通所介護
サービス実施日	月曜日～土曜日・祝日
サービスの提供時間	9時30分～16時40分

※ただし、12月31日～1月2日まではお休みとさせていただきます。

4 当法人の概要

法人の名称	株式会社 共立ケアセンター
代表者名	長田 和隆
所在地・電話	神奈川県相模原市緑区橋本6-27-3 042-774-1011
業務の概要	指定居宅介護支援事業・指定通所介護

5 当社のサービスの方針等

利用者が可能な限り在宅で安心して生活できるよう、ケアプランに応じた通所介護・通所介護相当サービスをいたします。個別機能訓練、レクリエーション活動を行うことにより、その自立を助長し、生きがいを高めるよう援助いたします。

6 利用者負担金

利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割～3割）
- ② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

なお、②又は③の費用が必要となる場合には、事前に説明をいたします。

※サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合には、全額自己負担となります。

（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

利用者負担金は、次の方法によりお支払いいただきますようお願いします。

- ・現金払い（サービスを提供した翌月末日までにお支払い願います。）
- ・振込払い（サービスを提供した翌月末日までにお支払い願います。）

7 サービス利用の中止（キャンセル）

- （1）利用者がサービスの利用の中止をする際には、速やかに所定の連絡先までご連絡ください。
- （2）利用者の都合でサービスを中止にする場合は、サービス利用の当日の朝8：30までにご連絡ください。

連絡先（電話）：042-770-8030

8 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、契約書第10条1項に記載のとおり家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名： 連絡先：
緊急連絡先①	氏名： 連絡先：
緊急連絡先②	氏名： 連絡先：

9 非常災害対策

- （1）事業者は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問介護の提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じる。
- （2）介護職員等に対し、業務継続計画について周知するとともに、業務継続対策検討委員会を定期的に開催し、必要な研修及び訓練を定期的に実施する。
- （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う。

10 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。

当社苦情・相談窓口	電話番号 042-770-8030 FAX番号 042-770-8031 相談員 村中俊一、山本淑子、根本奈江、松井信栄 対応時間 平日・土曜日・祝日 9:00~17:00
-----------	---

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

【市町村（保険者）の窓口】 相模原市 福祉基盤課 注：保険者が相模原市以外の場合 は、それぞれの市町村介護保険課窓 口まで	所在地 相模原中央区中央2-11-15 相模原市役所 福祉基盤課 電話番号 042-769-9226（直通） 受付時間 平日 8:30~17:00
【公的団体の窓口】 神奈川県国民健康保険団体連合会 注：居住地が神奈川県以外の場合 は、それぞれの都道府県の国民健康 保険団体連合会窓口まで	所在地 横浜市西区楠町27番1 国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係 電話番号 045-329-3447 受付時間 平日 8:30~17:15

11 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報保護に関する法律」及び「株式会社共立ケアセンター 個人情報保護方針」を厳守し適切な取り扱いに努めます。

- (1) 利用者又はその家族の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則使しないものとし、外部への情報共有については必要に応じ、利用者又はその家族の同意を得る事と致します。
- (2) 業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持いたします。
- (3) 業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持させたまま、従業者が退職した後においてもこれらの秘密を保持すべく旨を、雇用契約の内容に含むものと致します。

12 非常災害対策

- (1) 事業者は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問介護の提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じる。
- (2) 介護職員等に対し、業務継続計画について周知するとともに、業務継続対策検討委員会を定期的に開催し、必要な研修及び訓練を定期的に実施する。
- (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う。

13 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を尊守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

1 4 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じるものといたします。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用及びその家族からの苦情受付体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

サービス提供中に当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等利用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、速やかにこれを市町村に通報致します。

虐待防止の為の対策委員会を定期的に開催し担当者を定め、定期的に研修を実施し防止する対策を

講じる事と致します。

1 5 身体的拘束の禁止

- (1) 利用者又は生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という）は行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況及び緊急やむを得えない理由を記録するものと致します。
- (2) 従業者に対し身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施致します。
- (3) 身体的拘束禁止の為の対策委員会を設置し担当者を定め、定期的に委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。

1 6 感染症対策

- (1) サービス提供に際し、従業員が感染源となることを予防し、また利用者及び従業員を感染の危険から守るための衛生管理に努め、必要な対策を講じるものとする。
- (2) 事業所における感染症予防及びまん延の防止のための指針を整理し、適正化のための研修を定期的に実施する。
- (3) 事業所における感染症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設置し定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。

1 7 ハラスメントの防止

- (1) 事業者は、利用者、従業員へのハラスメント防止の観点により、「職場におけるハラスメントの防止に関する規定」を定め、防止対策に努めるものとする。
- (2) 従業員に対し、ハラスメント防止のための研修を定期的に実施する。

1 8 サービス提供の記録

- (1) 当事業所は、ご利用者様に対するサービスの提供に関する記録を整備し、当該サービスを提供した日から5年間保存します。
- (2) 利用者は、事業所の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第1項のサービス提供に関する記録を閲覧できます。

1 9 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は、すみやかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、利用者に故意または過失が認められた場合は、利用者の置かれた心身の状況等を踏まえたうえで、減額するのが相当と認められた場合事業者の損害賠償責任を免じさせていただきます。

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明し交付いたしました。

事業者 事業者名 けやきの里

説明者 印

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明・交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 氏名 印

代理人及び立会人 氏名 印

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

- ① 利用者にかかる居宅サービス計画を立案する為のサービス担当者会議での情報提供
- ② 介護支援専門員（ケアマネジャー）、地域包括支援センター、介護サービス事業所、自治体（保険者）、医療機関との連絡調整での情報提供
- ③ 事故発生時における関係機関への情報提供や報告が必要な場合
- ④ 介護保険事務における審査支払機関へのレセプト（介護報酬）の提出
- ⑤ 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出
- ⑥ 送迎車両の駐車許可申請に係る所轄警察署への届出
- ⑦ 当事業所内部での利用
 - ・事業内でのカンファレンス・介護記録
 - ・展示物、掲示板、私物管理、名札等への氏名の掲載

2 当事業所外部媒体への写真・動画・氏名の使用についての確認

※外部媒体とは、ホームページ、パンフレット、通信、求人等を指します

・上記の使用について同意します（はい・いいえ）

3 使用する期間

契約期間と同じ期間とする。

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

事業者　けやきの里

令和　年　月　日

利用者　　氏名 _____ 印 _____

代理人または立会人　　氏名 _____ 印 _____