

通所介護重要事項説明書

＜ 2020年4月 1日現在＞

1 通所介護事業者（法人）の概要

| | |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | 営利法人 株式会社ヒノキヤレスコ |
| 代表者名 | 代表取締役 上村 耕一 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目4番14号 後楽森ビル12階 (電話) 03-6858-7780 (FAX) 03-6858-7785 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | 検家リビング久喜 参番館 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒340-0217 埼玉県久喜市鷺宮 6-5-19 (電話) 0480-57-0111 (FAX) 0480-58-0111 |
| 事業所番号 | 1170901605 |
| 管理者の氏名 | 丸山 恵子 |
| 利用定員 | 通所介護 (20名) |

(2) 事業所の職員体制 (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) | | |
| 管理者 | 1 | 1 | - | 1 | 事業所の管理 |
| 生活相談員 | 3 | 3 | 0 | 1.4 | 相談・生活指導等 |
| 介護職員 | 6 | 5 | 1 | 5.2 | 介護全般 |
| 看護職員 | 2 | 1 | 1 | 0.5 | 健康状態の確認 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 1 | 1 | 0.5 | 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 | 正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 常勤で勤務 | ローテーションによる |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 常勤で勤務 | ローテーションによる |
| 介護職員 | 正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 常勤で勤務 | ローテーションによる |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 非常勤勤務 | ローテーションによる |
| 機能訓練指導員 | 正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 非常勤勤務 | 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 | 久喜市・幸手市・白岡市・加須市、蓮田市、 伊奈町、杉戸町、宮代町 |
|---------|-------------------------------------|

※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

| 営業日 | 営業時間 |
|----------|--------------|
| 日曜日～土曜日 | 8時30分～17時30分 |
| サービス提供時間 | 9時00分～17時15分 |
| 営業しない日 | なし |

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 利用者の機能・能力に応じて職員と共同で作る家庭的な温かく美味しい食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です |
| 入 浴 | 入浴の時間は基本的にこちらからご案内致しますが、他の利用者のサービスの妨げとならない範囲での変更は可能です。 入浴介助を行います。 入浴サービスの利用は任意です。 |
| 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 | 機能訓練士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、リハビリレクに取り組んでいます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ プレミアムジム 2個 ドクターメドマー 1個 エクシスレッグ 1個 |
| 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を受け、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。 送迎サービスは、原則施設が行います。 |

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1割又は、2割、3割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】2019年10月1日改正

(通所介護) 6級地の場合 地域単価 10,27円

| | | 3時間以上4時間未満 | | | | | 4時間以上5時間未満 | | | | |
|------|-------|--------------|---------------|--------|-------|-------|--------------|---------------|--------|-------|-------|
| | | (単位数) 1単位 | 費用額 | 利用者負担額 | | | (単位数) 1単位 | 費用額 | 利用者負担額 | | |
| | | 1027円 | (10割) | 1割 | 2割 | 3割 | 1027円 | (10割) | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要介護1 | 1日につき | 364 | 3738円 | 374円 | 748円 | 1122円 | 382 | 3923円 | 393円 | 785円 | 1177円 |
| 要介護2 | 1日につき | 417 | 4282円 | 429円 | 857円 | 1285円 | 438 | 4498円 | 450円 | 900円 | 1350円 |
| 要介護3 | 1日につき | 472 | 4847円 | 485円 | 970円 | 1455円 | 495 | 5083円 | 509円 | 1017円 | 1525円 |
| 要介護4 | 1日につき | 525 | 5391円 | 540円 | 1079円 | 1618円 | 551 | 5658円 | 566円 | 1132円 | 1698円 |
| 要介護5 | 1日につき | 579 | 5946円 | 595円 | 1190円 | 1784円 | 608 | 6244円 | 625円 | 1249円 | 1874円 |
| | | 5時間以上6時間未満 | | | | | 6時間以上7時間未満 | | | | |
| | | (単位数) 1単位 | 費用額 | 利用者負担額 | | | (単位数) 1単位 | 費用額 | 利用者負担額 | | |
| | | 1027円 | (10割) | 1割 | 2割 | 3割 | 1027円 | (10割) | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要介護1 | 1日につき | 561 | 5761円 | 577円 | 1153円 | 1729円 | 575 | 5905円 | 591円 | 1181円 | 1772円 |
| 要介護2 | 1日につき | 663 | 6809円 | 681円 | 1362円 | 2043円 | 679 | 6973円 | 698円 | 1395円 | 2092円 |
| 要介護3 | 1日につき | 465 | 7856円 | 786円 | 1572円 | 2357円 | 784 | 8051円 | 806円 | 1611円 | 2416円 |
| 要介護4 | 1日につき | 867 | 8904円 | 891円 | 1781円 | 2672円 | 888 | 9119円 | 912円 | 1824円 | 2736円 |
| 要介護5 | 1日につき | 969 | 9951円 | 996円 | 1991円 | 2986円 | 993 | 10198円 | 1020円 | 2040円 | 3060円 |
| | | 7時間以上8時間未満 | | | | | 8時間以上9時間未満 | | | | |
| | | (単位数) 1単位 | 費用額 | 利用者負担額 | | | (単位数) 1単位 | 費用額 | 利用者負担額 | | |
| | | 1027円 | (10割) | 1割 | 2割 | 3割 | 1027円 | (10割) | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要介護1 | 1日につき | 648 | 6654円 | 666円 | 1331円 | 1997円 | 659 | 6767円 | 677円 | 1354円 | 2031円 |
| 要介護2 | 1日につき | 765 | 7856円 | 786円 | 1572円 | 2357円 | 779 | 8000円 | 800円 | 1600円 | 2400円 |
| 要介護3 | 1日につき | 887 | 9109円 | 911円 | 1822円 | 2733円 | 902 | 9263円 | 927円 | 1853円 | 2779円 |
| 要介護4 | 1日につき | 1,008 | 10352円 | 1036円 | 2071円 | 3106円 | 1,026 | 10537円 | 1054円 | 2108円 | 3162円 |
| 要介護5 | 1日につき | 1,130 | 11605円 | 1161円 | 2321円 | 3482円 | 1,150 | 11810円 | 1181円 | 2362円 | 3543円 |

加算（改訂 2019 年 11 月 1 日）
円）

（1回あたり・単位

| 種類 | 利用料 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|----|-----|------|------|------|
| | | | | |

| 入浴介助加算 | 513 | 52 | 103 | 154 |
|-------------|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総合計の(59/1000)×地域区分単価 | 利用料－{利用料×0.9(1円未満切り捨て)}＝1割負担 | 利用料－{利用料×0.8(1円未満切り捨て)}＝2割負担 | 利用料－{利用料×0.7(1円未満切り捨て)}＝3割負担 |
| 特定処遇改善加算Ⅱ | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総合計の(10/1000)×地域区分単価 | 利用料－{利用料×0.9(1円未満切り捨て)}＝1割負担 | 利用料－{利用料×0.8(1円未満切り捨て)}＝2割負担 | 利用料－{利用料×0.7(1円未満切り捨て)}＝3割負担 |

○介護職員処遇改善加算 5.9%・・・職場環境を整え、より良いサービス提供を行います。

○特別処遇改善加算 1.0%・・・職場環境を整え、より良いサービス提供を行います。

- ・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。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、金額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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へ持参すると、7割、8割または9割分が返還されます。
- ・**上記金額の基準額に対し、介護保険割合証に記載の割合に応じた額となります。**

(2) 介護保険給付対象外サービス

- 食費
昼食サービスを受ける方は、600円（おやつ代含む）となります。
- 事業の実施地域外の送迎費
2-(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は通常の実施地域を越えた地点から1キロメートルあたり30円請求いたします。
契約書別紙2-(3)
- 延長料金
利用者の希望により指定通所介護等に通常要する時間を超えて通所介護を提供する費用は30分あたり300円とし、送迎はご家族とします。
- その他の費用
通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。
- キャンセル料

利用予定日の前営業日17時まで通知することなくサービスの中止を希望した場合、キャンセル料を頂きます。

契約書別紙-3

(3) 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。

その他のお支払い方法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

365日年中無休で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 わたしたちは、お客様を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行ないます。

②わたしたちは、お客様ひとりひとりに「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わたしたちは、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わたしたち職員全員が介護職員としての役割を全うし、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わたしたちは、「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、お客様の在宅生活をサポートします。

⑥わたしたちは、誰もが安心して生活できる地域社会づくりに貢献します。

(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、お客様の直面している課題等を評価し、お客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（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 年6回、技術から制度・接遇の研修を行っています。 |

※第三者評価の実施は行っていません。

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 (管理者) 丸山 恵子 ご利用時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 ご利用方法 電話 0480 (57) 0111 面接 苦情箱 |
| 久喜市役所 介護保険課 | 住所 〒346-8501 久喜市下早見 85-3 電話 0480-22-1111 対応時間 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |
| 白岡市役所 高齢介護課 | 住所 〒349-0292 白岡市千駄野 432 電話 0480-92-1111 対応時間 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |
| 幸手市役所 介護福祉課 | 住所 〒340-0192 幸手市天神島 1030-1 電話 0480-42-8444 対応時間 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |
| 加須市役所 高齢者福祉課 | 住所 〒347-0007 加須市三俣 2-1-1 電話 0480-62-1111 対応時間 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |
| 蓮田市役所 長寿支援課 | 住所 〒349-0193 蓮田市大字黒浜 2799-1 電話 048-768-3111 対応時間 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |
| 伊奈町役場 福祉課 | 住所 〒362-8517 北足立郡伊奈町字小室 9493 電話 048-721-2111 対応時間 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |
| 杉戸町役場 高齢介護課 | 住所 〒345-8502 北葛飾郡杉戸町清池 2-9-29 電話 0480-33-1111 対応時間 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |
| 宮代町役場 健康介護課 | 住所 〒345-8504 南埼玉郡宮代町笠原 1-4-1 電話 0480-34-1111 対応時間 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |
| 埼玉県国民健康保険 団体連合会 介護福祉課 苦情対応係 | 住所 〒338-0002 さいたま市中央区大字下落合 1704 電話 048-824-2568 対応時間 9 : 00 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日) |

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。

前項において、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。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。

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、速やかにお客様の主治医、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 | 別途定める消防計画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 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 53 | 防火扉・シャッター | 2 |
| | 避難階段 | 1 | 屋内消火器 | 3 |
| | 自動火災報知機 | 2 | ガス漏れ探知機 | 0 |
| | 誘導灯 | 5 | 火災通報装置 | 1 |
| | カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。 | | | |

9 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と居宅介護支援事業者が交付するサー

- バス利用票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。
 - 施設内は全室禁煙です。
 - 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。

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。

年 月 日

事業者 住 所 東京都文京区後楽1丁目4番14号
後楽森ビル12階

事業者名 株式会社ヒノキヤレスコ

代表者名 代表取締役 上村 耕一 印

説明者

施設名 桧家リビング 久喜

職 名 施設長

氏 名 丸山 恵子 印

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。

年 月 日

【ご利用者】

住所

氏名
連絡先 印

【連帯保証人】

住所

氏名 印

続柄

連絡先

極度額 20万円

【契約書別紙】

サービス内容説明書（通所介護）

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

サービス内容説明書（通所介護）

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです

1 通所介護サービスの内容

| 曜日（頻度） | 時 間 帯 | 内 容 |
|--------|-------|--|
| 月曜日 | : ~ : | 送迎、食事、機能訓練、生活指導、健康チェック、入浴、排泄、レクリエーション等 |
| 火曜日 | : ~ : | |
| 水曜日 | : ~ : | |
| 木曜日 | : ~ : | |
| 金曜日 | : ~ : | |
| 土曜日 | : ~ : | |
| 日曜日 | : ~ : | |
| 不定期 | : ~ : | |

2 利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は、以下の通りです。

(1) 介護保険適用分

| 区 分 | 時 間 | 単 位 | 単 価 | 処遇改善加算 | 1回あたりの 利用料 (利用者負担額) |
|-----------|-----|-----|-------|--------|---------------------------|
| 通所 介護費 | | | 10.27 | 5.9% | |

| | | | | |
|------------|----|----|-------|----------|
| 入浴 介助加算 | 1回 | 50 | 10.27 | 5 .9% |
|------------|----|----|-------|----------|

介護保険適用分の1回あたりの利用者負担額は、合計_____円となります。

ただし、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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1ヶ月につき利用料の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。

(2) 介護保険適用外の方

| 内 容 | 金 額 | 回/週 | 1回あたりの利用料 |
|-----------|------|-----------|-----------|
| 延長料金 | 300円 | ×0.5 (時間) | 円 |
| 食費 | 600円 | × | 円 |
| 1回あたりの合計額 | | | 円 |

介護保険適用外の方の1週間あたりの利用料は_____円になります。

(3) 実施地域外の送迎費については、実施地域を越えた地点から、1キロメートル当たり30円を請求いたします。
延長を利用される場合、送迎はご家族に対応して頂きます。

(4) 通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

3 キャンセル料

利用予定日の直前にキャンセルをした場合は、キャンセル料を頂きます。
ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急ご連絡下さい。

| | |
|-----------|---------------|
| 連絡がなかった場合 | 当該基本料金の100%の額 |
|-----------|---------------|

4 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。
その他のお支払い方法についてはご相談ください。

5 この通所介護契約は、指定居宅介護支援事業所_____の介護支援専門員である_____CM_____が利用者様のために作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に従った内容です。

株式会社ヒノキヤレスコ 介護施設運営課契約書類④Ⅲ-2
制定 2019年1月1日
改訂 2019年10月1日
改訂 2019年11月1日
改訂 2020年4月1日