

地域密着型通所介護・横浜市通所介護相当サービス重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	浅間台地域ケアプラザ
所在地	横浜市西区浅間台6番地
事業者指定番号	1490300272号
管理者・連絡先	森 佳恭 TEL 045-311-2196
サービス提供地域	横浜市西区 全域 保土ヶ谷区 鎌谷町・宮田町・岡沢町・峰岡町・天王町・西久保町 神奈川区 ミツ沢西町・ミツ沢南町・ミツ沢東町・沢渡・松ヶ丘 高島台・台町・鶴屋町
併設サービス	居宅介護支援事業 介護予防支援（地域包括支援センター）

2 事業所の職員体制

職 種	従事するサービス内容等	人 員
管 理 者	管理者は、業務の管理を一元的に行います。	1 名（常勤兼務）
生活相談員	生活相談員は、利用者やその家族からの相談に応じるとともに、利用の申し込みに係る調整や地域密着型通所介護サービス計画等の作成を行います。また、必要に応じて利用者への説明を行います。	3 名（常勤兼務 3名）
看 護 職 員	看護職員は、利用者の健康状態を把握するとともに、医療的な立場から機能訓練等の指導を行うほか、利用者の家族に対し、介護方法の指導等を行います。	4 名（常勤兼務 1名） （非常勤兼務 3名）
介 護 職 員	介護職員は、入浴・排せつ・食事等の介護等を行うとともに、施設への送迎を行います。	11 名（常勤兼務 3名） （非常勤兼務 8名）
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、地域密着型通所介護等における機能訓練プログラムを作成し、利用者に対し必要な指導を行います。	4 名（常勤兼務 1名） （非常勤兼務 3名）

3 業務日及び業務時間

業 務 日	業 務 時 間
原則として、日曜日から土曜日までの毎日。 ただし、12月29日から1月3日 10月第3日曜日を除きます。	午前9時から午後5時まで。 ただし、通所介護サービスの提供時間は、 月曜日～土曜日 9:00～16:30 日曜日 9:00～13:30 です。

4 利用定員

1日 18名

5 サービス内容

- (1) 日常生活の上の世話及び支援
利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。
- (2) 食事の提供
- (3) 食事の提供および必要な介助を行います。
- (4) 入 浴
- (5) 入浴サービスの提供および必要な介助を行います。
- (4) 機能訓練（日常動作訓練）
利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練
- (6) レクリエーション
利用者の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。
- (7) 健康状態の確認
体調や血圧等の確認を行います。
- (8) 送 迎
居宅から事業所までの送迎及び昇降の介助を行います。
- (9) 相 談
利用者が日常生活を営む上で必要な相談をお受けします。

6 当事業所における運営方針

当事業所におけるサービス提供方針は次のとおりです。

- (1) 利用者が、自立した日常生活を営むこと及び利用者の家族の負担を軽減することを目標に、利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じて地域密着型通所介護等を提供します。
- (2) 地域密着型通所介護サービス計画等の作成にあたっては、利用者の意思を尊重し、心身の状況その
- (3) 置かれている環境等に応じて、利用者が自立した日常生活を営むことができることを目標とします。
計画の作成にあたっては、必要に応じて利用者宅を訪問の上、状況調査を行います。
- (4) 事業の実施にあたっては、関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービス、ボランティア団体等との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供の調整に努め、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、又は要介護状態になることの予防に資するように十分配慮します。
- (4) 事業実施にあたっては、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常に改善を図ります。
- (5) 事業所は、従業員の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備します。

ア 採用時研修	採用後6か月以内
イ 定期研修	年3回

7 秘 密 保 持

事業所及びその従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また職員であった者についても秘密を保持するよう必要な措置を講じます

8 相談窓口・苦情対応

(1) 当事業所の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。

電 話 番 号	045-311-2196
F A X 番 号	045-311-8357
担 当 者	森 佳恭 ・ 金子美津江 ・ 小林翔太郎
そ の 他	相談・苦情については、担当者・管理者及び生活相談員が対応します。不在の場合でも、応対した者が必ず『苦情相談記録表』を作成し、担当者・管理者及び生活相談員に引き継ぎます。

(2) 当事業所以外の相談・苦情窓口

窓口	西区福祉保健センター 高齢・障害支援課
所在地	横浜市西区中央1-5-10（西区役所内）
電話番号	電話：320-8491
受付時間	月～金：8：45～17：15（祝日・年末年始を除く）

窓口	保土ヶ谷区福祉保健センター 高齢・障害支援課
所在地	横浜市保土ヶ谷区川辺町2-9（保土ヶ谷区役所内）
電話番号	電話：334-6394
受付時間	月～金：8：45～17：15（祝日・年末年始を除く）

窓口	神奈川区福祉保健センター 高齢・障害支援課
所在地	横浜市神奈川区広台太田町3-8（神奈川区役所内）
電話番号	電話：411-7019
受付時間	月～金：8：45～17：15（祝日・年末年始を除く）

窓口	横浜市 はまふくコール（横浜市苦情相談コールセンター）
所在地	横浜市中区本町6丁目50番地の10
電話・FAX番号	電話：263-8084 FAX：550-3615
受付時間	月～金：9：00～17：00（祝日・年末年始を除く）

1 1 サービス利用の中止

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する場合には、すみやかに前記のサービス提供担当者までご連絡下さい。
- (2) 利用者の都合でサービス提供を中止する場合は、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡下さい。前日または当日のキャンセルは、次のキャンセル料・昼食代実費分を申し受けることがありますので、ご了承下さい（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は利用キャンセル料は不要ですが、食事代については10時を過ぎていた場合頂きます）。

時間	キャンセル料	備考
サービス利用日の前々日まで	無料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

1 2 緊急時等における対応方法

利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

主治医	医療機関名	
	主治医	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	電話番号	
	携帯電話	
	勤務先	

1 3 事故発生時の対応

事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町村、居宅支援事業者等に連絡するとともに主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。事故及び事故に際してとった処置について記録します。また 利用者に対する指定通所介護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います。

1 4 非常災害対策

- (1) 地密着型通所介護等提供中に、天災その他の災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講ずる。又、管理者は日常的に具体的な対処方法・避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。
- (2) 非常災害に備え定期的に避難訓練等を年に2回行います。

15 虐待防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じる。

- (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、従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施すること。
- (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こと。

16 身体拘束等の原則禁止

- (1) 事業所は、通所介護等のサービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行いません。
- (2) 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人またはその家族に対し、身体拘束の内容理由、期間等について説明同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとする。

17 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において利用者に対する通所介護等のサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務の再開を図るための業務継続計画を策定します。

- (1) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的を実施します。
- (2) 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います。

18 地域との連携について

運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

19 第三者評価の受審状況

なし

20 サービスの終了について

- (1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合
サービスの終了する日を文書等でお知らせください。
- (2) 事業所の都合でサービスを終了する場合
運営するための人員の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もあります。その場合は文書にて通知いたします。
- (3) 自動終了
利用者が介護保険施設へ入所等した場合
利用者の要介護状態の区分が要支援又は自立となった場合
利用者が死亡された場合

21 サービスにあたっての留意事項

- (1) サービス利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- (2) 複数の方がご利用される場所です。安全にご利用いただくようご協力をお願いします。
- (3) サービス従事者に対する贈り物や飲食のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

浅間台地域ケアプラザ 地域密着型通所介護 料金表

令和8年6月1日以降版

1 介護報酬に係る費用 2級地 10.72 円

※本事業所は、算定項目に■のある項目について該当した場合に料金が発生します。

ただし、提供時間が異なる場合は該当する所要時間で算定させていただきます。

算定 項目	地域密着型通所介護費（1回につき）	単位数	利用者負担額 （1割）	利用者負担額 （2割）	利用者負担額 （3割）	
イ	地域密着型通所介護費					注7 共生型地域密着型通所介護
	(1) 所要時間3時間以上4時間未満の場合					指定生活介護事業所が行う場合
□	(一) 要介護1	416	446	892	1,338	☞×93/100
	(二) 要介護2	478	513	1,025	1,538	
	(三) 要介護3	540	579	1,158	1,737	指定自立訓練事業所が行う場合
	(四) 要介護4	600	644	1,287	1,930	☞×95/100
	(五) 要介護5	663	711	1,422	2,133	指定児童発達支援事業所が行う場合
	(2) 所要時間4時間以上5時間未満の場合					☞×90/100
■	(一) 要介護1	436	468	935	1,402	指定放課後等デイサービス事業所が行う場合
	(二) 要介護2	501	537	1,074	1,611	☞×90/100
	(三) 要介護3	566	607	1,214	1,821	
	(四) 要介護4	629	675	1,349	2,023	
	(五) 要介護5	695	745	1,490	2,235	
	(3) 所要時間5時間以上6時間未満の場合					
□	(一) 要介護1	657	705	1,409	2,113	
	(二) 要介護2	776	832	1,664	2,496	
	(三) 要介護3	896	961	1,921	2,882	
	(四) 要介護4	1,013	1,086	2,172	3,258	
	(五) 要介護5	1,134	1,216	2,432	3,647	
	(4) 所要時間6時間以上7時間未満の場合					
□	(一) 要介護1	678	727	1,454	2,181	
	(二) 要介護2	801	859	1,718	2,576	
	(三) 要介護3	925	992	1,984	2,975	
	(四) 要介護4	1,049	1,125	2,249	3,374	
	(五) 要介護5	1,172	1,257	2,513	3,769	
	(5) 所要時間7時間以上8時間未満の場合					
■	(一) 要介護1	753	808	1,615	2,422	
	(二) 要介護2	890	954	1,908	2,862	
	(三) 要介護3	1,032	1,107	2,213	3,319	
	(四) 要介護4	1,172	1,257	2,513	3,769	
	(五) 要介護5	1,312	1,407	2,813	4,220	
	(6) 所要時間8時間以上9時間未満の場合					
□	(一) 要介護1	783	840	1,679	2,518	
	(二) 要介護2	925	992	1,984	2,975	
	(三) 要介護3	1,072	1,150	2,299	3,448	
	(四) 要介護4	1,220	1,308	2,616	3,924	
	(五) 要介護5	1,365	1,464	2,927	4,390	
□	ロ 療養通所介護費（1月につき）	12,785	13,706	27,411	41,117	
□	ハ 短期利用療養通所介護費（1日につき）	1,335	1,432	2,863	4,294	
	加算項目					
	注9 時間延長加算					
□	イ 9時間以上10時間未満の場合	50	54	108	161	
	ロ 10時間以上11時間未満の場合	100	108	215	322	
	ハ 11時間以上12時間未満の場合	150	161	322	483	
	ニ 12時間以上13時間未満の場合	200	215	429	644	
	ホ 13時間以上14時間未満の場合	250	268	536	804	
□	注11 生活相談員配置等加算 ^{※5}	13	14	28	42	1日につき

	注13 入浴介助加算					
■	(1) 入浴介助加算 (I)	40	43	86	129	1日につき
□	(2) 入浴介助加算 (II)	55	59	118	177	1日につき
□	注14 中重度者ケア体制加算 ^{※6}	45	49	97	145	1日につき
	注15 生活機能向上連携加算					
□	(1) 生活機能向上加算 (I)	100	108	215	322	3月に1回を限度として1月につき
□	(2) 生活機能向上加算 (II)	200	215	429	644	1月につき
□	生活機能向上連携加算 (II) ※個別機能訓練加算を算定している場合	100	108	215	322	1月につき
	注16 個別機能訓練加算					
■	(1) 個別機能訓練加算 (I) イ	56	60	120	180	1日につき
■	(2) 個別機能訓練加算 (I) ロ	76	82	163	245	1日につき
■	(3) 個別機能訓練加算 (II)	20	22	43	65	1月につき
	注17 A D L 維持等加算					
■	(1) A D L 維持等加算 (I)	30	33	65	97	1月につき
□	(2) A D L 維持等加算 (II)	60	65	129	193	1月につき
□	注18 認知症加算 ^{※7}	60	65	129	193	1日につき
□	注19 若年性利用者受入加算	60	65	129	193	1日につき
□	注20 栄養アセスメント加算	50	54	108	161	1月につき
□	注21 栄養改善加算	200	215	429	644	1月に2回を限度として1回につき
	注22 口腔・栄養スクリーニング加算					
□	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20	22	43	65	1回につき
□	(2) 口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5	6	11	16	1回につき
	注23 口腔機能向上加算					
□	(1) 口腔機能向上加算 (I)	150	161	322	483	1月に2回を限度として1回につき
□	(2) 口腔機能向上加算 (II)	160	172	343	515	1月に2回を限度として1回につき
■	注24 科学的介護推進体制加算	40	43	86	129	1月につき
□	注25 重度者ケア体制加算	150	161	322	483	1月につき
	ハ サービス提供体制強化加算					
	(1) イを算定している場合					1回につき
□	(一) サービス提供体制強化加算 (I)	22	24	47	71	
■	(二) サービス提供体制強化加算 (II)	18	20	39	58	
□	(三) サービス提供体制強化加算 (III)	6	7	13	20	
	(2) ロを算定している場合					1月につき
□	(一) サービス提供体制強化加算 (III) イ	48	52	103	155	
□	(二) サービス提供体制強化加算 (III) ロ	24	26	52	78	
	(3) ハを算定している場合					1日につき
□	(一) サービス提供体制強化加算 (III) イ	12	13	26	39	
□	(二) サービス提供体制強化加算 (III) ロ	6	7	13	20	
該当の場合に減算	減算項目					
	注26 同一建物減算	-94	-101	-202	-303	1日につき
	注28 送迎を行わない場合の減算	-47	-51	-101	-151	片道につき
	注8 感染症又は災害の発生により利用者が減少した場合	(所定単位数 × 3%) ^{※2} × 10.72				1回につき

	介護職員等処遇改善加算(1月につき)	
☐	介護職員処遇改善加算Ⅰイ	(介護報酬総単位数※1×11.7%)※2×10.72
☒	介護職員処遇改善加算Ⅰロ	(介護報酬総単位数※1×12.7%)※2×10.72
☐	介護職員処遇改善加算Ⅱイ	(介護報酬総単位数※1×11.5%)※2×10.72
☐	介護職員処遇改善加算Ⅱロ	(介護報酬総単位数※1×12.5%)※2×10.72
☐	介護職員処遇改善加算Ⅲ	(介護報酬総単位数※1×10.5%)※2×10.72
☐	介護職員処遇改善加算Ⅳ	(介護報酬総単位数※1×8.9%)※2×10.72

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

※4 負担割合は1割負担の場合：0.9、2割負担の場合：0.8、3割負担の場合：0.7

※5 共生型地域密着型通所介護のみ算定可能です。（介護報酬総単位数※1（介護職員処遇改善加算を除く）×2.4%）※2×10.88

※6 共生型地域密着型通所介護は算定できません。

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合※4（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

2 その他の費用

	項 目	金 額	説 明
1	交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域お住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、送迎するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を超えた所から、 片道分1kmごとに35円（往復の場合70円）
2	昼食代	690円 (含おやつ代55円)	
4	おむつ代	実費	現物での返却も可能です。
5	教養娯楽費	実費	

浅間台地域ケアプラザ 横浜市通所介護相当サービス 料金表

令和8年6月1日以降版

1 横浜市通所介護相当サービスの介護報酬に係る費用 2 級地 10.72 円

算定項目	横浜市通所介護相当サービス費（1月につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
	横浜市通所介護相当サービス費					
■	通所型独自サービス11	1,798	1,928	3,855	5,783	事業対象者、 要支援1 （週1回程度）
■	通所型独自サービス／212	1,798	1,928	3,855	5,783	要支援2 （週1回程度）
■	通所型独自サービス12	3,621	3,882	7,764	11,646	事業対象者、 要支援2 （週2回程度）
□	生活機能向上グループ活動加算	100	108	215	322	1月につき
□	若年性認知症利用者受入加算	240	258	515	772	1月につき
□	栄養アセスメント加算	50	54	108	161	1月につき
□	栄養改善加算	200	215	429	644	1月につき
□	口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	161	322	483	1月につき
□	口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	172	343	515	1月につき
□	一体的サービス提供加算	480	515	1,029	1,544	1月につき
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）					1月につき
□	事業対象者、要支援1、要支援2（週1回程度）	88	95	189	283	
□	事業対象者、要支援2（週2回程度）	176	189	378	566	
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）					
■	事業対象者、要支援1、要支援2（週1回程度）	72	78	155	232	
■	事業対象者、要支援2（週2回程度）	144	155	309	463	
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）					
□	事業対象者、要支援1、要支援2（週1回程度）	24	26	52	78	
□	事業対象者、要支援2（週2回程度）	48	52	103	155	
□	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	108	215	322	1月につき（3月1回限度）
□	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	215	429	644	1月につき
□	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	22	43	65	1回につき（6月1回限度）
□	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	6	11	16	
■	科学的介護推進体制加算	40	43	86	129	1月につき
	事業所と同一の建物に居住する利用者又は事業所と同一の建物から通う利用者					
該当の場合に減算	事業対象者、要支援1、要支援2（週1回程度）	-376	-403	-806	-1,209	1月につき
	事業対象者、要支援2（週2回程度）	-752	-807	-1,613	-2,419	1月につき
	送迎を行わない場合の減算	-47	-51	-101	-151	片道につき

	介護職員等処遇改善加算（1月につき）	
□	介護職員等処遇改善加算Ⅰイ※3	（介護報酬総単位数※1×11.7%）※2×10.72
■	介護職員等処遇改善加算Ⅰロ※3	（介護報酬総単位数※1×12.7%）※2×10.72
□	介護職員等処遇改善加算Ⅱイ※3	（介護報酬総単位数※1×11.5%）※2×10.72
□	介護職員等処遇改善加算Ⅱロ※3	（介護報酬総単位数※1×11.7%）※2×10.72
□	介護職員等処遇改善加算Ⅲ※3	（介護報酬総単位数※1×10.5%）※2×10.72
□	介護職員等処遇改善加算Ⅳ※3	（介護報酬総単位数※1×8.9%）※2×10.72

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算等の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×10.72円＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

2 その他の費用

項目	金額	説明
交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、送迎するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を超えた所から、片道分1kmごとに35円（往復の場合70円）
昼食代	690円 （含むやつ代55円）	
おむつ代	実費	現物での返却の可能です。
教養娯楽費	実費	

【説明確認欄】

私は、サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を交付し、説明しました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 横浜市西区浅間台 6 番地

名 称 浅間台地域ケアプラザ

説明者 _____ 印

私は、重要事項について交付、説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

名前 _____ 印

電話 _____

(利用者の家族) 住所 _____

名前 _____ (続柄) 印

電話 _____