

「指定地域密着型通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(横浜市指定 第1493600389号)

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	3
5. 職員研修について	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
7. 苦情の受付について	7
8. 非常災害対策について	7
9. 緊急時の時の対応について	8
10. 事故発生時の対応について	8
11. 虐待防止措置について	8
12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	8
13. 秘密保持について	9

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 藤嶺会
(2) 法人所在地 神奈川県横浜市旭区上川井町1241-1
(3) 電話番号 045-922-5141
(4) 代表者氏名 理事長 西山 宏二郎
(5) 設立年月 平成8年3月6日
(6) 法人事業所 特別養護老人ホーム 弥生苑
介護支援センター あけぼの会
短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護
通所介護、横浜市通所介護相当サービス

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所・平成30年4月1日指定
横浜市指定 第1493600389号
- (2) 事業所の目的 介護保険法第8条第14項に規定する地域密着型サービス(地域密着型通所介護)を行う事業所です。「要介護1～5」の認定を受けた方で、日常生活上のサービスや機能訓練を行うことを目的としています。
- (3) 事業所の名称 スマイルハーモニー 弥栄
- (4) 事業所の所在地 神奈川県横浜市泉区新橋町1382-5 グランベールヨシミ1階
- (5) 電話番号 045-443-5741
- (6) 管理者氏名 菅原 雪恵
- (7) 当事業所の運営方針 ① 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及び家族のニーズを的確に把握し、個別の通所介護計画を作成することにより、適切なサービスを提供する。
② 利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法について、分かりやすく説明する。
③ 適切な介護技術をもって、サービスを提供する。
④ 提供したサービスの質の管理・評価を常に行う。
⑤ 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った通所介護を提供する。
- (8) 開設年月 平成30年4月1日
- (9) 運営単位 1単位
- (10) 運営区分 一般型
- (11) 利用定員 1日 10人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

泉区全域

瀬谷区：二ツ橋町、三ツ境、阿久和全域、宮沢、南台
南瀬谷

旭区：二俣川、万騎が原、さちが丘、柏町、善部町
中希望が丘、南希望が丘

※一部の地域を除きます。詳しくは、生活相談員等へ
ご相談ください。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日までとし、祝日も営業 ただし、12月29日～1月3日を除く
サービス提供日	月曜日～金曜日までとし、祝日も営業 ただし、12月29日～1月3日を除く
受付時間	午前9時から午後17時00分まで
サービス提供時間	午前9時45分から午後3時45分まで

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	員 数	業 務 内 容
管 理 者	1 名 (生活相談員と兼務)	職員を指揮し、業務の管理を一元的に行います。
生 活 相 談 員	1 名 (管理者と兼務1 又は介護職員と兼務1)	利用申し込み並びに利用者やその家族の相談に関する業務を行うとともに、居宅介護支援事業者等、他の関係機関との連絡調整業務を行います。
介 護 職 員	2 名 (生活相談員と兼務1、非常勤専従1)	利用者の心身の状態を把握し、医療的な立場から利用者やその家族等へ、健康管理上のアドバイス等を行います。
機能訓練指導員	1 名 (非常勤専従2)	日常生活を営む上で必要な心身機能の低下の防止、維持回復を図るために必要な指導等を行います。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 8：30～17：30
2. 機能訓練指導員	9：45～15：45のサービス提供時間のうち、1時間勤務します。

5. 職員研修について

事業所は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けます。

- ① 採用時研修 採用後1ヶ月以内 ② 継続研修 年6回以上

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①入浴

- ・入浴又は清拭を行います。

②排泄

- ・ご契約者に適した方法等により、排泄の介助を行います。

③機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

① 基本料金表

要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位		678 単位	801 単位	925 単位	1,049 単位	1,172 単位
保険給付額		7,268 円	8,586 円	9,916 円	11,245 円	12,563 円
代理受領額 (90%)		6,541 円	7,727 円	8,924 円	10,120 円	11,306 円
自己負担額 (1割負担)		約 727 円	約 859 円	約 992 円	約 1,125 円	約 1,257 円
代理受領額 (80%)		5,814 円	6,868 円	7,932 円	8,996 円	10,050 円
自己負担額 (2割負担)		約 1,454 円	約 1,718 円	約 1,984 円	約 2,249 円	約 2,513 円
代理受領額 (70%)		5,087 円	6,010 円	6,941 円	7,871 円	8,794 円
自己負担額 (3割負担)		約 2,181 円	約 2,576 円	約 2,975 円	約 3,374 円	約 3,769 円

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事等に係る費用は別途いただきます。（下記（２）①参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

② 加算料金（加算単位数）

	単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/回	約 43 円	約 86 円	約 129 円
A D L維持等加算（Ⅰ）	40 単位/月	約 32 円	約 64 円	約 96 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	約 43 円	約 86 円	約 129 円
サービス提供体制強化加算 （Ⅱ）	18 単位/回	約 13 円	約 26 円	約 39 円
介護職員等処遇改善加算 （Ⅰ）	ご利用合計単位数の 1000 分の 92 に相当する単位数			

③居宅、当事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 47 単位を所定単位数から減算とする。

☆上記加算は、ご利用された実績に基づいて、お支払いいただきます。ご利用されていない場合には、お支払いいただくなくて結構です。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、ご契約者をご希望され、ご利用された際、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事

食事時間：12：15～13：00

料 金：1回あたり750円（おやつ代100円含む）

② レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円（カラーは除く）

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代：紙パンツ1枚 100円 パット1枚 50円

紅 茶：一杯 50円

コーヒー：一杯 60円

⑤ 時間延長料金

30分ごとに1,000円

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は翌月、契約者の指定する口座より自動引き落としにてお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	750円 (利用予定日の昼食代等として)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

7. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

管 理 者 菅原 雪恵

第三者委員 延命 政之（弁護士）

能登 浩一（当法人監事）

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：00～17：30

※ また、ノートを玄関横に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

横 浜 市 健康福祉局事業指導課	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	横浜市中区港町1丁目1番地 045-671-2356 045-681-7789 月～金曜日の9：00～17：00
泉 区 高齢・障害支援課 介護保険担当	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	横浜市泉区和泉中央北5-1-1 045-800-2436 045-800-2513 月～金曜日の8：45～17：00
旭 区 高齢・障害支援課	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	横浜市旭区鶴ヶ峰1-4-12 045-954-6061 045-955-2675 月～金曜日の8：45～17：00
瀬 谷 区 高齢・障害支援課	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	横浜市瀬谷区二ツ橋町190 045-367-5714 045-364-2346 月～金曜日の8：45～17：15
神 奈 川 県 国民健康保険団体連合会 介護保険相談課	所 在 地 電話番号 受付時間	横浜市西区楠町27-1 045-329-3447 月～金曜日の9：00～17：00
神奈川県社会福祉協議会 かながわ福祉情報サービス 運営適正化委員会	所 在 地 電話番号 F A X 受付時間	横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2 かながわ県民センター14階 045-317-2200 045-322-3559 月～金曜日の8：45～17：15

8. 非常災害対策

○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）：生活相談員 菅原 雪恵

○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。

○定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。（年2回）

9. 緊急時の対応

サービス提供時間内において、病状および体調の急変が生じた際には、下記のとおり対応いたします。

- (1) ご利用者のご家族（緊急連絡先）へ連絡し、ご利用者の状態及び病院受診の必要性を報告いたします。
- (2) ご利用者主治医へ連絡し、ご利用者の状態を報告し、受診する旨を伝えます（場合によっては、指示を仰ぎます）。
- (3) 必要に応じて、救急車を要請いたします。
- (4) 休日や休診日の際は、当事業所の近隣の医療機関を受診いたします。

【協力医療機関】

- | | |
|-----------|------------------------------------|
| ① 医療機関の名称 | 市ヶ尾病院 |
| ② 所在地 | 横浜市青葉区市ヶ尾町 23-1 |
| ③ 電話番号 | Tel 045-511-7811 |
| ④ 診療科目 | 外科・内科・整形外科・泌尿器科
形成外科・リハビリテーション科 |

- (5) 生活相談員又は介護職員が付き添います。

ご家族様も受診医療機関へお越しいただくようお願いいたします。

10. 事故発生時の対応

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村（横浜市健康福祉局 介護事業指導課）、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。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。

11. 虐待防止措置について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者：生活相談員兼介護職員 田中 幸一

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

1 2. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施なし

1 3. 秘密保持について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明・交付を行いました。

スマイルハーモニー 弥栄

説明者職名 生活相談員

氏名

菅原 雪恵

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意し交付を受けました。

利用者住所

氏名 _____ 印

身元引受人住所

氏名 _____ 印

(続柄 _____)

※この重要事項説明書は、横浜市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備、運営等の基準等に関する条例、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

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

居宅サービス（地域密着型通所介護）を円滑に提供するために実施される担当者会議および介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する事業者の範囲

- (1) 連絡調整等を行なう担当介護支援専門員
- (2) 利用者に対してサービス提供又は相談援助等を担当する職員

3 使用する期間

令和 年 月 日 から契約終了まで。

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れる事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。

令和 年 月 日

居宅サービス事業者 スマイルハーモニー 弥栄 様

（利用者）住所 _____

氏名 _____ 印

（利用者の家族）住所 _____

氏名 _____ 印

（続柄 _____）

広報活動における個人情報（肖像中心）開示への同意書

私は社会福祉法人 藤嶺会が行う広報活動（ホームページや広報誌）の一環として、肖像を中心とした個人情報を開示することへの説明を受け、下記のレベルにおいてのみ開示することに同意いたします。

記

レベル 1：撮影した画像データに加工は行わず、そのまま公開します。

レベル 2：画像の一部に加工を行い、個人を特定しにくくした上で公開します。加工は行いますが、関係の深い方には容姿等で推測される可能性は否定できません。

レベル 3：お顔が写らないように後ろ、あるいは横から撮影した画像のみ公開します。お顔は分かりませんが、服装や容姿等でやはり関係の深い方には推測される可能性は否定できません。

レベル 4：広報活動に個人情報をを使用することを認めません。

以上

社会福祉法人 藤嶺会
理事長 西 山 宏 二 郎

令和 年 月 日

(本人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(家族・身元引受人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(続柄 _____)