

「第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）」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1473200143号)

当事業所はご契約者に対して第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）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、原則として要支援認定の結果「要支援1」「要支援2」と認定された方及び「基本チェックリスト」において事業対象者となられた方が対象となります。要支援認定及び基本チェックリスト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. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
6. 秘密保持について	7
7. 苦情の受付について	7
8. 事故発生時の対応について	8
9. 大規模災害時の対応について	8
10. 緊急時の対応について	8
11. 虐待の防止について	9
12. 第三者評価の実施状況	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

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）事業所
平成18年6月1日指定 横浜市第1473200143号
※当事業所は、介護老人福祉施設 弥生苑に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法等の関係法令及び横浜市介護予防・日常生活支援総合事業に従い、第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）を行う施設です。「要支援1・2」の認定及び「基本チェックリスト事業対象者」の方に対し、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 介護支援センター あけぼの会
- (4) 事業所の所在地 神奈川県横浜市旭区上川井町1241-1
- (5) 電話番号 045-922-5141
- (6) 管理者氏名 嶋田 道彦
- (7) 当事業所の運営方針 ① 事業所は、第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）の提供に当たっては、親切丁寧に行うことを旨とし、利用者または家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
② 事業所は、介護技術の進歩に対し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
③ 事業所は、常に利用者の心身の状況を適格に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供する。特に認知症の状態にある要支援者に関しては、必要に応じその特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。
- (8) 開設年月 平成18年6月1日
- (9) 利用定員 25人（通所介護と併せて）
- (10) 当法人が行っている他の業務
[介護老人福祉施設] 平成12年1月11日指定 第1473200259号
[短期入所生活介護事業] 平成11年10月1日指定 第1473200143号
[介護予防短期入所生活介護] 平成18年4月1日指定 第1473200143号
[地域密着型通所介護] 平成30年4月1日指定 第1493600389号

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 横浜市旭区、瀬谷区、緑区
※ 一部の地域を除きます。詳しくは生活相談員等にご相談ください。

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	日曜日及び12月29日～1月3日を除く毎日
受 付 時 間	午前8時45分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前10時15分から午後3時30分まで

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）及び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	2 名 (管理者と兼務1、常勤2 介護職と兼務2)	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。
看 護 職 員	4 人 (非常勤4 機能訓練指導員と兼務)	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。
介 護 職 員	7 名 (常勤兼務3、非常勤兼務4)	利用者の心身の状態を把握し、日常生活上の介護等を行うとともに、利用者やその家族に日常生活上のアドバイス等を行います。
機能訓練指導員	4 名 (非常勤4 看護職員と兼務)	医療的な立場から、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。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 8：45～17：30
2. 看護職員	勤務時間 8：45～17：30 ※原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 機能訓練指導員	10：15～15：30のサービス提供時間において、看護職員が兼務いたします。

＜職員研修体制＞

従業員の質的向上を図るための機会を次のとおり設けるものとし、業務体制を整備します。

- ・採用時研修
職員採用後 1 か月以内
- ・定期研修
年 2 回以上適宜実施

5. 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) 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（看護職員兼任）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 月あたり）＞（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給付額を除いた金額（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、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）

① 基本料金（1 割負担）

要 支 援 度	要支援 1・事業対象者 （週 1 回程度の通所）	要支援 2・事業対象者 （週 1 回程度の通所）	要支援 2・事業対象者 （週 2 回程度の通所）
単位	1,798 単位	1,798 単位	3,621 単位
利用料	19,274 円	19,274 円	38,817 円
代理受領額 （90%）	17,346 円	17,346 円	34,935 円
自己負担額 （10%）	1,928 円	1,928 円	3,882 円

② 基本料金（2割負担）

要 支 援 度	要支援1・事業対象者 (週1回程度の通所)	要支援2・事業対象者 (週1回程度の通所)	要支援2・事業対象者 (週2回程度の通所)
単位	1,798 単位	1,798 単位	3,621 単位
保険給付額	19,274 円	19,274 円	38,817 円
代理受領額 (80%)	15,419 円	15,419 円	31,053 円
自己負担額 (20%)	3,855 円	3,855 円	7,764 円

③ 基本料金（3割負担）

要 支 援 度	要支援1・事業対象者 (週1回程度の通所)	要支援2・事業対象者 (週1回程度の通所)	要支援2・事業対象者 (週2回程度の通所)
単位	1,798 単位	1,798 単位	3,621 単位
保険給付額	19,274 円	19,274 円	38,817 円
代理受領額 (70%)	13,491 円	13,491 円	27,171 円
自己負担額 (30%)	5,783 円	5,783 円	11,646 円

☆ご契約者がまだ要介護認定及び基本チェックリスト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。要支援の認定及び基本チェックリストを受けた後、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、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントA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に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆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。

④ 加算料金

		1 割負担	2 割負担	3 割負担
生活機能向上 グループ活動加算		100 単位 約 108 円	100 単位 約 215 円	100 単位 約 322 円
サービス提供 体制加算（Ⅱ）	要支援1 事業対象者 (週1回程度の通所)	72 単位 約 78 円	72 単位 約 155 円	72 単位 約 232 円
	要支援2 事業対象者 (週1回程度の通所)	72 単位 約 78 円	72 単位 約 155 円	72 単位 約 232 円

	要支援 2 事業対象者 (週 2 回程度の通所)	144 単位 約 155 円	144 単位 約 309 円	144 単位 約 463 円
科学的介護推進体制加算		40 単位 約 43 単位	40 単位 約 86 円	40 単位 約 129 円
介護職員処遇改善加算 (I)		ご利用合計単位数の 1000 分の 92 に相当する単位数		

☆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、お支払いいただかなくて結構です。

(2) 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

- ・当事業所では、栄養士 (管理栄養士) の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 12:00～13:00

料金: 1 回あたり 800 円

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: 実費

⑤ 時間延長料金

30 分ごとに 1,000 円 (最大延長時間: 午後 6:00)

☆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 2 か月前までにご説明します。

☆通常の事業地域を超えて行うサービスに要した交通費は徴収しません。

(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、サービス利用終了時にその都度又は翌月、ご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、第 1 号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）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申し出て下さい。

○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。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

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	800円 (利用予定日の食材料費として)

○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ご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ご契約者に提示して協議します。

6. 秘密保持について（契約書第 10 条参照）

業務上知り得た、本人及びご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は雇用契約終了後も同様とします。

但し、介護サービスを提供する他事業所との連携に必要な場合は、文書による本人または家族の同意を得た後、関係先にのみ提供できるものとします。

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	嶋田 道彦
生活相談員	鷺尾 仁
第三者委員	延命 政之（弁護士）

○受付時間 毎週月曜日～土曜日
9：00～17：30

※ また、苦情受付ボックスを 1 F ロビー横に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

はまふくコール (横浜市健康福祉局 高齢施設課)	所 在 地 電話番号 受付時間	横浜市中区本町 6 丁目 50 番地 10 045-263-8084 月～金曜日の 9：00～17：00
神 奈 川 県 国民健康保険団体連合会	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 8：45～17：15
旭 区 高齢・障害支援課	所 在 地 電話番号	横浜市旭区鶴ヶ峰 1-4-12 045-954-6061

	F A X	0 4 5 - 9 5 5 - 2 6 7 5
	受付時間	月～金曜日の 8 : 4 5 ～ 1 7 : 0 0
瀬 谷 区 高齢・障害支援課	所 在 地	横浜市瀬谷区二ツ橋町 1 9 0
	電話番号	0 4 5 - 3 6 7 - 5 7 1 4
	F A X	0 4 5 - 9 5 5 - 2 6 7 5
	受付時間	月～金曜日の 9 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0
緑 区 高齢・障害支援課	所 在 地	横浜市緑区寺山町 1 1 8 番地
	電話番号	0 4 5 - 9 3 0 - 2 3 1 5
	F A X	0 4 5 - 9 3 0 - 2 3 1 0
	受付時間	月～金曜日の 9 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0

8. 事故発生時の対応について（契約書第 12 条、第 13 条参照）

当施設において通所介護ご契約者へのサービス提供により事故が発生した場合は、必要に応じて速やかに、市町村・利用者のご家族・利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡し、同時に救急処置・受診・治療等必要な対応を、誠意をもって行なわせていただきます。

また、事故の状況、事故に際して採った処置については記録します。事故発生後速やかに原因の解明を行い、賠償に値すると判断された場合はもっとも速い時期にその手続きを行なわせていただきます。

原因の解明を受け再発防止策を検討し、速やかに実践すると共に防止に努めて参ります。

故意と思われるご契約者の行為による事故につきましては、別途話し合いの場をもち、その結果によっては、賠償できないこともあります。

9. 大規模災害時の対応について

大規模災害時には、施設入所が必要な要介護高齢者について、定員を超過して受け入れを行う場合があります。その際には、デイサービス内一部エリアや、その他施設の共有スペース等を活用します。

10. 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、当事業所の協力医療機関を受診いたします（当日の診療状況等により、診察を受けることができない場合もあります。）。

【協力医療機関】

- ① 医療機関の名称 医療法人社団 成仁会 長田病院
 ② 所在地 神奈川県横浜市港南区丸山台二丁目2番10号
 ③ 電話番号 045-842-1121
 ④ 診療科目 内科、外科、整形外科、消化器内科
 循環器内科、神経内科

- (5) 生活相談員・看護師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。

11. 虐待の防止について

- (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：管理者 嶋田 道彦
 (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
 (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
 (4) 従業員に対して、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、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人）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。

12. 第三者評価の実施状況

現在実施していません。

令和 年 月 日

第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）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。

介護支援センター あけぼの会

説明者職名 生活相談員

氏名

嶋田 道彦

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、第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）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 _____)

居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）計画に定めます。

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（第 1 号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）・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 介護支援センターあけぼの会 様

（利用者）住所 _____

氏名 _____ 印 _____

（利用者の家族）住所 _____

氏名 _____ 印 _____

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。また、「その他」の内容についても理解し、承諾いたします。

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。

その他：ご利用に際し、身体に皮下出血時の外傷が確認された場合、受傷の原因究明・再発防止策等を検討するための外傷部位の撮影に対し、ご理解・ご協力をお願い致します。

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