

# 地域密着型通所介護 重要事項説明書

## 1. 事業所の概要

事業所名	居宅介護支援センター希望苑
所在地	横浜市泉区池ノ谷3901-1
事業者指定番号	神奈川県1473600045号
管理者・連絡先	福島 秀幸 電話番号 045-812-8181
サービス提供地域	横浜市 泉区 旭区 瀬谷区 戸塚区
定員	15名(横浜市通所介護相当サービスを含む)

## 2. 事業所の職員体制及びサービス内容

職種	従事するサービス内容等	人員
管理者	管理者は、事業所の従業員の管理及び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、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整や地域密着型通所介護計画の作成を行い、他機関との連携において必要な役割を果たす。	2名(常勤兼務2名)
看護職員	看護職員は、利用者の健康状態を把握すると共に、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。	2名(非常勤兼務2名)
介護職員	介護職員は入浴・排泄・食事等の介護等を行うと共に施設への送迎を行います。	3名(非常勤兼務3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における機能訓練計画を作成、利用者に対し必要な指導を行います。	2名(非常勤兼務2名)
調理員	調理員は利用者への昼食等の準備を行う。	1名(常勤兼務1名)

## 3. 業務日及び業務時間

サービス提供日	業務時間
原則として月曜日から土曜日(祝日も実施します)但し、12月30日から1月3日までを除きます。	午前8時45分から午後5時45分まで。 但し、通所介護サービスの提供時間は原則として午前9時50分から午後4時50分までとします。

## 4. 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通りです。

- 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事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サービスを提供します。
- ② 地域密着型通所介護サービス計画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事がで

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。

- ③ 業務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、要介護状態の軽減若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 事業所は、従業員の質的向上を図る為の研修の機会を次の通り設けるものとし、また業務体制を整備します。 (ア)採用時研修 採用後の 1 ヶ月以内 (イ)定期研修 随時

#### 5. 緊急・事故発生時等の対応

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、事前の打ち合わせに基づき、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。  
事故発生時には再発の防止に努めていきます。(損害賠償保険加入)

#### 6. 非常災害対策

通所介護の提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業員は利用者の避難等適な措置を講ずる。非常災害に備え、定期的に避難訓練を行う。

#### 7. 相談窓口・苦情対応

当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

電話番号	045-812-8181
ファックス番号	045-813-0200
担当者	見城 織絵
その他	相談・苦情については、担当者・管理者・生活相談員が対応します。不在の場合でも対応した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者・管理者・生活相談員に引継ぎます。
介護保険に関する横浜市の苦情・相談窓口	
横浜市健康福祉局 介護事業指導課	所在地 横浜市中区本町 6 丁目 50 番地の 10 市庁舎 16 階 電話番号 045-671-3461 受付時間 9:00~17:00(土・日曜日 祝祭日・年末年始を除く)
横浜市泉区 高齢・障害支援課	電話番号 045-800-2436 受付時間 9:00~17:00(土・日曜日 祝祭日・年末年始を除く)
横浜市戸塚区 高齢・障害支援課	電話番号 045-866-8452 受付時間 9:00~17:00(土・日曜日 祝祭日・年末年始を除く)
横浜市旭区 高齢・障害支援課	電話番号 045-954-6061 受付時間 9:00~17:00(土・日曜日 祝祭日・年末年始を除く)
横浜市瀬谷区 高齢・障害支援課	電話番号 045-367-5714 受付時間 9:00~17:00(土・日曜日 祝祭日・年末年始を除く)

神奈川県国民健康 保険団体連合会 介護苦情相談係	所在地 横浜市西区楠町27番1 電話番号 045-329-3447 ・0570-022-110【苦情専用】 受付時間 9:00～17:00(土・日曜日 祝祭日・年末年始を除く 保険者が横浜市以外の場合 居住する市町村の窓口へご相談ください
--------------------------------	--

## 8. 運営法人の概要

名称	社会福祉法人 公正会
代表者名	理事長 齋藤 智範
法人本部所在地・連絡先	横浜市泉区池ノ谷 3901-1 電話番号 045-812-8181
実施事業の概要	特別養護老人ホーム希望苑・居宅介護支援センター希望苑・ 横浜市上飯田地域ケアプラザ・のぞみ保育園
事業所数	4か所

9. (利用者負担金) 利用者の方から頂く利用者負担金は、次の3種類に分かれます。

### ①. 介護報酬に係る利用者負担金(費用全体の1割)

区分	一割負担の金額(単位)	内容の説明
1) 地域密着型 通所介護費	※2割負担の場合は×2で計算 ※3割負担の場合は×3で計算	7時間以上8時間未満のサービス提供に対する1回あたりの負担額です(送迎料金は地域密着型通所介護費に含まれています)
	要介護1 807円(753単位)	
	要介護2 954円(890単位)	
	要介護3 1,106円(1,032単位)	
	要介護4 1,256円(1,172単位)	
	要介護5 1,407円(1,312単位)	
2)加算額	入浴介助加算Ⅰ 43円(40単位)	1回あたりの負担額です
	サービス提供体制強化加算Ⅲ 7円(6単位)	1回あたりの負担額です

※別途合計額に5.9%相当の介護職員処遇改善加算Ⅰが加わります

※別途合計額(介護職員処遇改善加算を除く)に1.0%相当の介護職員特定処遇改善加算Ⅱが加わります。

※利用者負担金=合計単位(加算)×10.72(地域加算)を計算した合計額の10%

※1日の利用負担額については、別紙の料金表を参照してください。

※2割負担3割負担の方は、別紙の料金表を参照してください。

### ②. 運営基準(厚生労働省令)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)

※2又は3の費用が必要となる場合には、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事とされています。疑問点があればお尋ねください。

④. 次の各号に掲げるものに係る経費については、実費相当分をご負担いただきます。

1 食事代(食材料費+調理コスト)1日750円

2 おむつ代:紙パンツ・紙おむつ・紙パット実費を徴収する。(おむつ・パットは、原則として個人持参です)

3 通常のサービス提供地域を以外の送迎にかかる交通費

4 地域密着型通所介護サービスで提供されるサービスのうち、日常生活においても必要とされるもの。

⑤. 通常のレクリエーション以外に行う特別な行事に係る経費については、事前に利用者に説明したうえでご負担いただくことがあります。

⑥. 利用者負担金については、サービスを提供した翌月27日にご指定の金融機関より口座引き落としにてお支払いいただきます。

※上記の利用者負担金は「法定代理受理(現物支給)」の場合について記載しています。

居宅サービス計画を作成していない場合には、いったん利用者が利用料(10割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分(9割)を請求することになります。

※保険外のサービスとなる場合、(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合を含む)には、全額自己負担となります。

## 10. 【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、速やかに前記のサービス提供責任者までご連絡ください。

②. 利用者の都合でサービスの利用を中止する場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることがありますのでご了承ください(ただし、利用者の容態急変など、緊急を要する止むを得ない事情がある場合のキャンセル料は不要です)。

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

## 11. 第三者評価の実施等

現在 第三者評価の実施はありません。

## 12. その他

サービス従業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。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

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いたしました。

事業者 所在地 横浜市泉区池ノ谷3901-1  
名 称 居宅介護支援センター希望苑

説明者 \_\_\_\_\_ 印

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け同意し交付を受けました。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人又は立会人 \_\_\_\_\_ 印