

重要事項説明書

(横浜市通所介護相当サービス)

1 事業所の概要

事業所名	横浜市六ツ川地域ケアプラザ
所在地	横浜市南区六ツ川2丁目3番211号
事業所指定番号	1470500248 (併設サービス：居宅介護支援)
管理者・連絡先	近藤 陽子 045(716)0680
サービス提供地域	南区 ・ 港南区 ・ 戸塚区
利用定員	35名

2 事業所の職員体制

※以下の人員にて対応しております。通所介護も兼ねる。

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第1号通所事業(横浜市通所介護相当サービス)計画の作成を行います。 また、必要に応じて利用者への説明を行います。	4名 介護福祉士等 (常勤兼務4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。	5名 (非常勤兼務5名)
介護職員	介護職員は、入浴、排泄、食事等の介護を行うとともに、施設への送迎を行います。	16名 介護福祉士等 (常勤兼務7名・非常勤兼務9名)
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、第1号通所事業(横浜市通所介護相当サービス)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。	5名 (非常勤兼務5名)
運転担当	運転担当は、利用者の状態に合わせ、安全に送迎車の運転を行います。	8名 (常勤1名・非常勤7名)

3 業務日及び業務時間

業務日	業務時間
月曜日から土曜日営業(祝日含む)。日曜日は定休日となります。また、年末年始(12月29日から1月3日)も定休となります。※悪天候や災害時等、危険と判断した場合は中止や時間短縮もあります。	午前8時30分から午後5時15分 サービス提供時間は、午前10時15分～午後3時20分

4 実施地域

第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）を実施する通常の実施地域は、南区、港南区、戸塚区とします。

5 サービス内容

- (1) 第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）は、事業者が管理運営する施設において、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、利用者の日常生活に関する相談、助言、健康管理の確認、その他利用者に必要な介護、機能訓練等を行うサービスです。
- (2) 事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3) サービス提供に当たっては、「介護予防通所介護サービス計画書」に沿って提供します。

サービス提供を行う施設	所在地	横浜市南区六ツ川二丁目3番211号		
	名称	横浜市六ツ川地域ケアプラザ	電話	045(716)0680

	曜日	時間帯	内容(概要)
(1)	曜日	10:15 ~ 15:20	食事、入浴、送迎、生活機能向上プログラム
(2)	曜日	10:15 ~ 15:20	食事、入浴、送迎、生活機能向上プログラム
(3)	曜日	10:15 ~ 15:20	食事、入浴、送迎、生活機能向上プログラム
(4)	曜日	10:15 ~ 15:20	食事、入浴、送迎、生活機能向上プログラム
(5)	曜日	10:15 ~ 15:20	食事、入浴、送迎、生活機能向上プログラム
(6)	曜日	10:15 ~ 15:20	食事、入浴、送迎、生活機能向上プログラム

6 利用者負担金

- ・ 利用者の方からいただく利用料金は、次のとおりです。
- ・ この金額は、介護保険の法定利用者負担の範囲内で定められた金額です。
- ・ 利用者負担金については、一月の利用分をまとめて翌月の27日にご指定の金融機関口座から利用引き落とさせていただくか、現金にてお支払いをお願いします。
- ・ 通常の事業実施地域を超える場合、その送迎にかかる交通費については、実費をご負担いただきます。
- ・ 利用者が負担することが適当と認められる費用は、実費を頂戴いたします。

① 介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割、2割又は3割）

区 分	金 額 (単 位)	内容の説明
1) 基本額	要支援1 1,798 単位/月 (1,928 円) (3,855 円) (5,783 円) 要支援2 3,621 単位/月 (3,882 円) (7,764 円) (11,646 円)	5 時間以上 6 時間未満のサービス提供時間に対する 1 ヶ月あたりの単位数です。 <u>※要支援2 の方でも週一回程度の通所が必要とされた方は、1,798 単位となります。</u>
2) 加算額	サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援1 72 単位/月 (78 円) (155 円) (232 円) 要支援2 144 単位/月 (155 円) (309 円) (463 円)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上の場合に算定致します。
	科学的介護推進体制加算 40 単位/月 (43 円) (86 円) (129 円)	利用者の心身の状態等に係る基本的な内容を厚生労働省に提出し、科学的に分析したものを基に利用者にあった通所介護計画書を作成・実施致します。
	介護職員処遇改善加算Ⅰ ((基本額/月+各加算/月) × 0.092) × 10.72	介護職員の賃金の改善等を実施し横浜市に届け出た指定事業者が、利用者に対し、第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）を行った場合に算定致します。
※利用者負担金=単位数（加算含む）×10.72 円（地域単価）を計算した合計額の1割又は2割、3割		

② 運営基準で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区 分	金 額	内容の説明
食費 (昼食及びおやつ)	1 日 800 円 おやつ 100 円	配食業者による弁当を個別のニーズに合わせて食べやすい形に仕上げ提供しています。（食材料費（おやつ含む）+人件費+高熱水費）を含んだ金額となります）

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）

区 分	金 額	内容の説明
支給限度額超過の場合	超過した単位数全額実費負担	要介護認定及び事業対象者ごとに定められた支給限度額を超過した場合は、ケアマネジャーからの指示があれば、第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）より算定させて頂く場合があります。
クラブ活動費	1 回 300 円	材料費実費
送迎費用	片道 1 kmあたり 35 円	通常の実施地域以外のみ実費を頂きます。

《個別料金目安》

様の1ヶ月の利用料金の目安は、以下のとおりです。

※利用回数に変更があったり、介護認定に変更があった場合などにより、金額は変動致します。

あくまでも目安です。

区 分	金 額 (単 位)	合 計
1)基本額	週1回/月 週2回/月 (_____ 単位×10.72×__割= _____ 円)	_____円
2)加算額	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (_____ 単位×10.72×__割= _____ 円)	_____円
	科学的介護推進体制加算 1回/月 (_____ 単位×10.72×__割)	_____円
	介護職員処遇改善加算Ⅰ (合計単位数 _____ 単位×0.092) ×10.72×__割	_____円
3)食費	900円× _____ 回	_____円
4)クラブ参加費	300円× _____ 回	_____円
総合計		_____円

7 サービス利用の中止

(1) 利用者がサービス利用を中止する場合には、速やかにご連絡ください。

(2) 利用者の都合でサービス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。前日また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、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合はキャンセル料は不要です)。

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	
サービス利用時の前日まで	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%	

8 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、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。

(2) 第1号通所事業(横浜市通所介護相当サービス)計画書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ことができることを目標とします。また、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) 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、要支援状態の軽減もしくは悪化の防止、さらに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、介護職員等の資質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 12 回

9 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、事故に際してとった処置について記録します。
- (3) 事業所は、利用者に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。

10 緊急時の対応

サービスの提供時に事故、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、地域包括支援センター、指定居宅介護事業者等に連絡致します。

悪天候や災害発生時、安全確保が不可能と判断した場合は、サービスの中止、短縮をする場合があります。その場合は、送迎せずに、施設で待機して頂きます。家族の迎えを待ち、確実に安全に引き継ぐことを基本とします。

医療機関	主治医等の氏名 連 絡 先
緊急連絡先	氏 名 連 絡 先

11 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対応する計画を作成し、防火管理者又は火気、消防等についての責任者を定め、消火、通報及び避難の訓練を年 2 回以上定期的に行っています。

12 秘密保持

業務上知り得た利用者またはその家族の秘密については、利用者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中および契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

文書により利用者またはその家族の同意を得た場合には、居宅介護支援事業およびその他関係機関と連携を図り、同意した者の個人情報を用いることができます。

従業者は業務上知り得た個人情報は、在職中は基より退職後においても守秘義務を負うものとします。

1 3 相談窓口、苦情対応

当施設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。

当施設相談コーナー	電話番号 045-716-0680 F A X 番号 045-716-0685 担当者 小宮 小百合・近藤 陽子 受付時間 9:00～17:00
-----------	---

※ 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、応じた者が必ず「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。

横浜市六ツ川地域ケアプラザでは、利用者の苦情に対し、利用者の権利擁護、公正かつ的確に問題の解決を図り利用者が福祉サービスを適切に利用できるよう支援いたします。

苦情担当者のほか第三者委員（2名）の設置もいたしております。

また、下記の行政機関の受付窓口もございます。

横浜市介護事業指導課 指導監査係	所在地 横浜市中区本町6-50-10市庁舎16階 電話番号 045-671-3461 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:15 （土日・祝祭日・年末年始を除く）
南区高齢・障害支援課 高齢・障害係	所在地 横浜市南区浦舟町2-33 電話番号 045-341-1138 受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:00 （土日・祝祭日・年末年始を除く）
戸塚区高齢・障害支援課 高齢・障害係	所在地 横浜市戸塚区戸塚町16-17 電話番号 045-866-8452 受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00 （土日・祝祭日・年末年始を除く）
港南区高齢・障害支援課 高齢・障害係	所在地 横浜市港南区港南4丁目2番10号 電話番号 045-847-8495 受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:00 （土日・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（国保連）	所在地 横浜市西区楠木町27-1 電話番号 0570-022110（苦情専用） または 045-329-3447 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:15 （土日・祝祭日・年末年始を除く）

1 4 第三者評価

実施なし ※ケアプラザ全体では行っております。

15 運営法人の概要

名称	社会福祉法人 横浜大陽会
代表者名	理事長 島村 和子
法人所在地・連絡先	横浜市南区大岡5-13-15 045(742)0625
実施事業の概要	<p>【第1種社会福祉事業】 特別養護老人ホームの経営</p> <p>【第2種社会福祉事業】 老人デイサービス事業の経営、老人短期入所事業の経営、老人介護支援センターの経営、小規模多機能型居宅介護事業の経営、老人居宅介護等事業の経営、障害福祉サービス事業の経営、生計困難者に対して、その住居で衣食その他日常生活必需品若しくはこれに要する金銭を与え、又は生活に関する相談に応ずる事業、特定相談支援事業の経営</p> <p>【公益事業】 この法人は、社会福祉法第二十六条の規定により、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことが出来るように支援することなどを目的として、次の事業を行う。 居宅介護支援事業、地域包括支援センター、地域ケアプラザにおける地域活動・交流の事業、サービス付き高齢者向け住宅の経営、栄養ケアステーション経営、特定福祉用具販売事業、福祉用具貸与事業、特定介護予防福祉用具販売事業、介護予防福祉用具貸与事業</p>

令和 年 月 日

【説明確認書】 サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明をしました。

事業者 社会福祉法人 横浜大陽会

事業所名 横浜市六ツ川地域ケアプラザ

説明者 _____ 印

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

名前 _____ 印

立会人

住所 _____

名前 _____ 印

続柄 _____