

重要事項説明書（介護予防通所介護）

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 幸仁会
主たる事業所の所在地	兵庫県淡路市高山甲430-3
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	0799-86-0668

2. ご利用事業所

事業所の名称	平成デｲフﾟｽﾝﾀｰ泉
所在地	横浜市泉区上飯田町4495
介護保険事業所番号	1473601563
管理者の氏名	中野 照美
電話番号	045-301-2900
ファクシミリ番号	045-301-3435
営業日	月～土曜日（年末年始12月31日～1月3日は除く）祝あり
営業時間	午前9時～午後5時30分
サービス提供時間	午前10時～午後6時15分
利用定員	20名

3. 当該事業者であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人福祉施設	H.23.4.1	1473601571	110床
短期入所生活介護	H.23.4.1	1473601571	10床

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより利用者の社会的孤立感の解消、及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営の方針	当サービスにあたっては、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行なう。

5. 利用対象者

介護保険にて要支援と認定された方

6. 通常の事業実施地域

泉区、瀬谷区、戸塚区、旭区、大和市、藤沢市

7. 職務及びサービス内容

①管理者（1名）

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して業務を統括し、運営管理に万全を期する。

②生活相談員（1名）

生活に関する相談及び助言

③介護職員（2名）

（イ）入浴及び食事の提供 （ロ）日常生活上の世話

④看護職員（1名）

利用者の健康管理

⑤機能訓練指導員（1名）

機能訓練及び日常動作訓練

上記の職員は下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

勤務時間帯 9：00 ～ 17：30

（夜間窓口 ヴィラ泉 電話番号045-301-2900）

8. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談お申し出下さい。

受付窓口（担当者） 氏名 福島 直美 職名 相談員

電話番号 045-301-2900

受付時間 毎週月曜日 ～ 金曜日 9時 ～ 17時30分

【公的機関窓口】

○神奈川県国民健康保険団体連合会（月～金曜日 8:30～17:00）

所在地：横浜市西区楠町27-1 電話番号045-329-3447

○横浜市健康福祉局 高齢施設課

所在地：横浜市中区港町1-1 市庁舎8階 電話番号045-671-3923

・ 泉区高齢障害支援課

所在地：横浜市泉区和泉町4636番地2 電話番号045-800-2436

・ 瀬谷区高齢者支援担当

所在地：横浜市瀬谷区二ツ橋町190 電話番号045-367-5716

・ 戸塚区高齢障害支援課

所在地：横浜市戸塚区戸塚町16-17 電話番号045-866-8429

・ 旭区高齢障害支援課

所在地：横浜市旭区鶴ヶ峰1-4-12 電話番号045-954-6161

○大和市健康福祉部高齢施設課

所在地：大和市鶴間1-31-7 電話番号046-260-5611

○藤沢市福祉健康部 福祉健康総務課

所在地：藤沢市朝日町1番地の1 電話番号0466-25-1111

また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

9. 第三者による評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	① あり	実施日	年 月 日
		評価期機関名称	
		結果の開示	
	② なし		

10. 利用料

＜介護予防通所介護利用料表＞

定められた支給限度基準額の範囲内で利用できます。

自己負担金は原則として1割か2割か3割です。

介護予防通所介護費	基本単位
・ 介護予防通所介護費 要支援 1	1672 位／月
要支援 2	3428 位／月
・ サービス提供体制加算	要支援 1 88 位/月
	要支援 2 176 位/月
・ 運動機能向上体制加算	225 位/月
・ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20 位/月
・ 栄養アセスメント加算	50 位/月
・ 科学的介護推進体制加算	40 位/月
・ 介護職員処遇改善加算 (基本サービス費と各種加算を足したものに上記の額を乗じた額)	59/1000
・ 介護職員特定処遇改善加算 (基本サービス費と各種加算を足したものに上記の額を乗じた額)	12/1000

11. 事故発生時の対応

サービス提供中に怪我等があった場合は、すみやかに家族、保険関係者に連絡をとり必要且つ適切な措置を行います。

また、ヒヤリハット、事故報告書等を用い職員間で話し合う機会を作り原因究明、再発防止を検討します。（別紙参照）

12. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。（別紙参照）

13. 災害発生時の対応

1年に2回防災訓練を実施します。

災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。

14. 守秘義務の徹底

当事業所の職員は、業務上知り得た利用者様又はご家族様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。

ただし、介護保険サービスの為の市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、医療機関への療養状況を提供する場合については、当事業所は利用者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

15. 個人情報の提供

次の様な状況の場合に、当事業所はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

- ①介護保険法令に従い、利用者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために
行うサービス担当者会議において利用する場合。
- ②利用者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。
- ③契約終了によって、利用者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して
個人情報を提供する場合

16. 職員の研修

従業者の質的向上を図るための研修の機会を設け、また、業務体制を整備する。

- ①採用時研修 採用後1か月以内に実施
- ②継続研修 年1回以上実施

私は、本書面に基づいて、乙の職員（ 職名 相談員 氏名 福島 直美 ）から
上記サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

（利用者）

住 所

氏 名

印

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所

氏 名

印

署名代行の理由

（利用者の家族等）

住 所

氏 名

印

同意書

私、（平成デ`イ`ビ`センター`泉）との介護保険法に基づく居宅サービス利用契約書第11条に規定する秘密保持に関し、（平成デ`イ`ビ`センター`泉）又は他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、（平成デ`イ`ビ`センター`泉）従業員が私の個人情報をサービス担当者会議等において用いることに同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 幸仁会
理事長 武久 敬洋 殿

（利用者）住所：_____

氏名：_____ 印

（代理人）住所：_____

氏名：_____ 印