

地域密着型通所介護 (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、契約者に対して地域密着型通所介護及び横浜市通所介護相当サービス（以下「サービス」といいます。）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及び契約上ご注意ください事項を次の通り説明します。

1. 事業所経営法人

法人名	株式会社アイシマ
法人所在地	横浜市瀬谷区卸本町 9279-43
電話番号	045-924-6811
代表者名	相澤 剛
事業概要 () は事業所数	居宅介護支援 (1) 訪問看護 (3) 地域密着型通所介護 (3) 小規模多機能型居宅介護 (16) 認知症対応型共同生活介護 (24) 福祉用具 (1) サービス付き高齢者向け住宅 (3) 共同生活援助 (4) レストラン (2) 就労継続支援 B 型 (1) 計画相談支援：児童相談支援 (1)
事業所数	(60 か所)

2. 利用事業所

(1) 事業所の種類

指定地域密着型通所介護事業所・横浜市通所介護相当サービス

(2) 事業の目的と運営方針

【事業の目的】

適正な運営を確保し、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対し適正な指定地域密着型通所介護及び横浜市通所介護相当サービスを提供します。

【運営方針】

1. 要介護及び要支援状態となった場合において、その利用者が可能な限り、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、指定地域密着型通所介護通所介護及び横浜市通所介護相当サービスを提供します。

2. 通所介護計画等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出来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. 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の居宅サービス事業者及び介護事業予防サービス事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 事業所の名称

機能訓練型半日デイサービス フォレスト

(4) 事業所の所在地

横浜市泉区上飯田町 2196-1

(5) 電話番号及びFAX番号

電話番号：045-800-4551 FAX番号：045-800-4552

(6) 管理者氏名

永野 佳奈枝

(7) 職員配置

職 種	常 勤	非常勤	職 務 内 容
管 理 者	1		管理統括
生 活 相 談 員	1		相談援助・通所介護計画作成
介 護 職 員		4	必要な日常生活の世話及び介護
機能訓練指導員		2	機能訓練及び指導助言
看 護 職 員		2	健康状態のチェック、指導・看護
送 迎 職 員			通所の為の送迎

(8) 営業時間及び事業の実施地域及び利用定員

営 業 日	月曜日～土曜日（日曜日は休業） ただし12月29日～1月3日までを除く。
営 業 時 間	9時00分～18時00分
サービス提供時間	【1単位目】 9時30分～12時30分 【2単位目】 13時30分～16時30分
事業の実施地域	横浜市泉区、瀬谷区、戸塚区全域
利 用 定 員	1単位あたり10名

3. 提供するサービスの内容

(1) 提供するサービスの内容について

通所介護計画書の作成		ケアプランに基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。
送迎		利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。
日常のお手伝い	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助やおむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着や下着の更衣の介助を行います。
	移動及び移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	創作活動	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

(2) 地域密着型通所介護従業者の禁止行為

地域密着型通所介護従業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ 利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

4. 利用料金

(1) 別紙利用料金表によって、利用者の要支援及び要介護度に応じ、サービス利用料金から介護給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

(2) その他の料金…別紙利用料金一覧内【3.日常生活費】参照

- ①おむつ代、その他、手芸材料代等必要に応じて実費相当額をお支払いいただく場合があります。

5. キャンセル料金

当日及び当日以前のキャンセル料は頂きません。

6. 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

(1) 利用料、その他の費用の請求

- ①利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
- ②請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日以降、利用者宛にてお届けします。

(2) 利用料、その他の費用の支払い

- ①サービス提供の都度お渡しする利用者控と内容を照合のうえ、請求月の27日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

《事業者への現金でのご持参》

《口座引き落とし》

- ②お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、必ず受領の上、保管をお願いします。

※利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

7. 相談・苦情の受付について

サービスについての相談・苦情を下記にて受け付けております。

【事業所の窓口】 機能訓練型半日デイサービス フォレスト 担当者 永野 佳奈枝	電話番号 045-800-4551 F A X 番号 045-800-4552 受付時間 9：00～18：00
【行政機関の窓口】 神奈川県国民健康保険団体 連合会(介護苦情相談係)	電話番号 045-329-3447 FAX 番号 なし 受付時間 8：30～17：15
【行政機関の窓口】 横浜市高齢者等施設苦情相談 受付窓口運営事業	電話番号 045-263-8084 FAX 番号 なし 受付時間 9：00～17：00

【行政機関の窓口】 横浜市健康福祉局 介護事業指導課	電話番号 045-671-2356 FAX番号 045-550-3615 受付時間 8:30～17:15
【行政機関の窓口】 横浜市瀬谷区 高齢・障害支援課	電話番号 045-367-5717 FAX番号 045-364-2346 受付時間 8:45～17:00
【行政機関の窓口】 横浜市泉区 高齢・障害支援課	電話番号 045-800-2436 FAX番号 045-800-2513 受付時間 8:45～17:00
【行政機関の窓口】 横浜市戸塚区 高齢・障害支援課	電話番号 045-866-8429 FAX番号 045-881-1755 受付時間 8:45～17:00

8. 秘密保持

- (1) 本事業所の職員は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- (3) サービス担当者会議において、利用者又家族の個人情報を用いる場合は利用者及び家族の同意を予め文書により得ることとします。

9. 個人情報の保護

- (1) 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。
- (2) 個人情報の取扱いに関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとします。

10. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対するサービスの提供により万一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・利用者に係る居宅介護支援事業所・市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置については、記録を整備します。
- (3) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

1.1. 虐待の防止について

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：永野 佳奈枝

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、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. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1.3. 衛生管理等

- (1) サービス用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業所において感染症が発生、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

14. 非常災害対策について

サービスの提供中に、火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年に2回以上の訓練を実施します。天災その他の災害が発生した場合には、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。

また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を執ります。

15. 緊急時における対処について

サービスの提供中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

16. 運営推進会議について

- (1) 事業の運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所が行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、利用者、家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、概ね6か月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席頂きますようお願いいたします。

17. 従業員の研修機会の確保

- (1) 介護職員等の質的向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、業務体制を整備しています。
 - ① 採用時
 - ② 法人内 集合教育研修
 - ③ 外部研修

18. その他の事項

- (1) 風邪、病気等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康状態の確認等にて、体調が悪い場合には、サービスの内容の変更又はサービスを中止することがあります。
- (3) サービス利用中に体調が悪くなった場合にはサービスを中止することがあります。その場合には、家族へ連絡の上適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の必要な措置を講じます。緊急の場合には、基本的に家族の付添いにより受診して頂きます。

サービス利用料金一覧（令和8年2月1日）

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金の、自己負担分の金額をお支払いください。

※介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

地域密着型通所介護 料金表												
1. 地域密着型通所介護サービス費《3時間以上4時間未満》												
項目	要介護度	基本単位		10割料金		1割料金		2割料金		3割料金		備考
ア 基本額	要介護度1	416	単位	4,459	円	446	円	892	円	1,338	円	基本単位×地域加算 (10.72円)(1日)
	要介護度2	478	単位	5,124	円	513	円	1,025	円	1,538	円	
	要介護度3	540	単位	5,788	円	579	円	1,158	円	1,737	円	
	要介護度4	600	単位	6,432	円	644	円	1,287	円	1,930	円	
	要介護度5	633	単位	7,107	円	711	円	1,422	円	2,133	円	
項目		基本単位		10割料金		1割料金		2割料金		3割料金		
	科学的介護推進体制加算	40	単位	428	円	43	円	86	円	129	円	
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	(介護報酬総単位数×9.0%)×地域加算(10.72円)										
2. 通所介護相当サービス費												
項目	要介護度	基本単位		10割料金		1割料金		2割料金		3割料金		備考
ア 基本額	事業対象者、要支援1 (週1回程度)	1,798	単位	19,274	円	1,928	円	3,855	円	5,783	円	基本単位×地域加算 (10.72円)(1日)
	事業対象者、要支援2 (週1回程度)	1,798	単位	19,274	円	1,928	円	3,855	円	5,783	円	
	事業対象者、要支援2 (週2回程度)	3,621	単位	38,817	円	3,882	円	7,764	円	11,646	円	
項目		基本単位		10割料金		1割料金		2割料金		3割料金		
	科学的介護推進体制加算	40	単位	428	円	43	円	86	円	129	円	
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	(介護報酬総単位数×9.0%)×地域加算(10.72円)										
3 その他の日常生活費（利用者10割負担分） ※利用者の希望により提供した場合												
項目					金額				備考			
パット代	パット（1枚）				50		円		希望された場合			
リハビリパンツ代	リハビリパンツ（1枚）				100		円					
教養娯楽費	実費								希望された場合			

地域密着型通所介護・横浜市通所介護相当サービス利用書

サービス提供を行う施設：機能訓練型半日デイサービス フォレスト

	曜 日	時 間 帯	内 容 (概 要)
1)	曜日	～	
2)	曜日	～	
3)	曜日	～	
4)	曜日	～	
5)	曜日	～	
6)	曜日	～	

(担当者)

通所介護等の提供責任者は次の者です。サービスについてのご相談や苦情等がある場合は、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名：永野 佳奈枝 _____ 連絡先（電話）： 045-800-4551 _____

(実施地域)

通所介護等を実施する通常地域は、別表のとおりとします。

重要事項説明書【2.利用事業所(8)】参照

(利用者負担金)

利用者の方から、頂く利用負担金は次のとおりです。

- 1 この金額は介護保険の法定利用者負担金の範囲内で定められた金額です。
- 2 利用負担金額については、利用時に毎回現金にて、お支払い頂くか、ご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます。
- 3 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頂きます。
 - ① おむつ等日用消耗品（希望者のみ）
 - ② ご本人希望による制作材料費

(サービス利用の中止)

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下さい。

(キャンセル料)

当日及び前日以前のキャンセル料は頂きません。

(その他)

サービス従事者に対する贈り物や飲食のもてなしは、堅くご遠慮させていただきます。

利用計画を基にした想定利用金額 【介護度： 要支援 ・ 要介護 】

1. 1カ月あたりの地域密着型通所介護及び横浜市通所介護相当サービスの内容と利用料

保険適用分		曜日	サービス提供予定時間	基本利用料 (10割)	利用負担額
	1)	月曜日	～	円	円
	2)	火曜日	～	円	円
	3)	水曜日	～	円	円
	4)	木曜日	～	円	円
	5)	金曜日	～	円	円
	6)	土曜日	～	円	円
	1カ月あたりの利用金額				円

2. 1ヶ月あたりの日常生活費 ※保険適用外 (実費)

パット代	※使用した場合 [1枚: <u>50</u> 円]	計 <u> </u> 回	円
リハビリパンツ代	※使用した場合 [1枚: <u>100</u> 円]	計 <u> </u> 回	円
教養娯楽費 (本人希望の場合)			円

3. 1ヶ月あたりの加算項目 ※保険適用内 (除く基本料金)

科学的介護推進体制加算	(介護保険適用)	円
介護職員処遇改善加算	(Ⅱ)	円

4. お支払い頂くご利用金額 《1(利用者負担額), 2(日常生活費), 3(加算項目)》の合計

お支払い額の目安《各種加算含む》 (1ヶ月あたり)	円 (日間利用)
------------------------------	-----------

同意・交付年月日 令和 年 月 日

地域密着型通所介護及び横浜市通所介護相当サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項ならびに料金の説明を行いました。

【説明者】

事業所名 機能訓練型半日デイサービス フォレスト
職 名 管理者
氏 名 永野 佳奈枝 ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項ならびに料金の説明を受け、地域密着型通所介護及び横浜市通所介護相当サービスの提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

【利用者】

住 所 -----

氏 名 ----- ㊞

【家族等】（続柄： ）

住 所 -----

氏 名 ----- ㊞