

# 重要事項説明書

作成日 令和 年 月 日

## 1. 事業主体概要

事業主体名	特定非営利活動法人 かながわ福祉保健学院
代表者名	理事長 渡邊 靖
所在地	横浜市緑区長津田 6-11-22
電話	045-989-2650

## 2. 事業所の概要

事業所の種類	認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
保険事業者指定番号	1493300212
事業所名	ささゆりデイサービス 長津田事業所
所在地	横浜市緑区長津田 6-11-22
電話	045-989-2657
管理者氏名	川崎 広子
事業所の運営方針	ご家庭でおくつろぎいただけるような雰囲気と、楽しくお過ごしいただける介護の提供を心掛けます。また、サービスを通じて利用者の日常生活動作の向上につとめます。
事業の目的	事業所は、要支援あるいは要介護状態にあつて認知症である利用者（以下「利用者」という。）に対し、介護保険法令及び横浜市条例の趣旨に従つて、（介護予防）認知症対応型通所介護計画を立て実施し、適正な（介護予防）認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。
開設年月日	平成 25 年 6 月 1 日
利用定員	12名
通常の事業の実施地域	青葉区・緑区・旭区の一部（若葉台1～4丁目、上川井町）

## 3. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日は営業）
	（年末年始は 12/29～1/3 は休み）
サービス提供時間	9:30～16:40
営業時間	8:30～17:30

#### 4. 職員体制

職 種	員 数	職 務 内 容
管 理 者	常 勤 1 名	介護従業者及び介護事業の管理を統括的に行う
生活相談員	常 勤 2 名 非常勤 4 名	利用者及びその家族の介護等に関する相談や助言を行う
機能訓練 指 導 員	非常勤 2 名	利用者の心身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する
介護従業者	常 勤 3 名 非常勤 8 名	利用者の介護や入浴・排泄・食事等生活全般に係る援助を行う

※ 厚生労働省の定める指定基準を遵守し、指定(介護予防)通所介護を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。尚、員数は兼務者も含め表記してあります。

#### 5. サービス内容

(介護予防)通所計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、その他必要な介護等を行います。

#### 6. 利用料金

(介護予防)通所介護サービス	別紙料金表による、要支援度、要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。
----------------	--

介護保険外のサービス(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合も含む)	この場合、居宅サービス計画を作成する際に、居宅介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。
食事の提供に要する費用	昼食料金 680 円                      おやつ代 60 円
そ の 他 費 用	別紙料金表によります

上記以外の下記サービスは各個人の利用に応じて自己負担となります。

※実施外区域の交通費については発生致しません。

#### 7. キャンセル料金

利用日の午前8時25分までに中止のご連絡がない場合は、次のキャンセル料を申し受けることとなります。但し、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、この限りではありません。

サービス利用日の午前8時25分までに申し出があった場合	無料
サービス利用日の午前8時25分までに申し出がなかった場合	昼食代 680 円分

## 8. 利用に当たっての留意事項

- ① 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
- ② 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ③ 所持金・貴金属を持参される場合は、自己の責任で管理してください。
- ④ 施設内での、他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ⑤ 病気怪我等で体調を崩されている場合、無理な利用はお断りする場合がございます。
- ⑥ 当日の健康チェックの結果で体調が悪い場合、サービスを変更または中止することがあります。
- ⑦ ご利用中に体調が悪くなった場合、ご家族または主治医などの医療機関に連絡の上、サービスを中止することがあります。
- ⑧ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合速やかに事業所に申告して下さい。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。
- ⑨ 安全な送迎が不可能と思われる天候や災害の際にはサービスを中止する場合がございます。

## 9. 秘密の保持

（介護予防）認知症対応型通所介護の職員は、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしてはなりません。万が一退職した場合も同様です。但し、次の各号の情報提供については、利用者及びその家族から予め同意を得た上で行うことと致します。

1. 介護保険サービスの利用のため市町村、居宅介護支援事業所その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
2. 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
3. 前項に掲げる事項には、利用終了後も同様の取扱いとします。

## 10. 衛生管理等

1. 利用者の使用する施設、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ずる。
2. 事業所において感染症の発生、及び、まん延を防止するために次の措置を講ずる。
  - (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
  - (2) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

## 11. 事故発生時の対応と損害賠償

1. 事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該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、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録致します。
3. 事業所は、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は、損害賠償を速やかに行います。
4. 事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、事故の原因や再発防止策についても十分な説明を行い、事故報告書は利用者、家族に開示し、求めに応じて交付致します。

## 12. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

1. 事業所における虐待防止のための低策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
2. 事業所における虐待防止のための指針を整備致します。
3. 事業所において、従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施致します。
4. 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を配置致します。

## 13. 非常災害対策

1. 事業所は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、その設備の定期的な点検を行います。
2. 事業所は、非常災害に対処する具体的な計画（消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画）を作成し、防火管理者又は非常災害についての責任者を定めるものと致します。
3. 事業所は、非常災害に備えるため、年2回定期的に避難救出その他必要な訓練を行います。

## 14. 従業員研修

（介護予防）認知症対応型通所介護職員等の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、あわせて業務体制を整備致します。

1. 採用時研修 採用後3か月以内
2. 継続研修 年5回

## 15. 第三者評価の実施

第三者評価の実施は致しません。

## 16. 苦情相談機関

当事業所における受付	担当者	堤 明彦
	電話番号	045-989-2657
	F A X	045-989-3022
	対応時間	9:00～18:00（日曜日は除く）
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 6-50-10
	電話番号	045-671-2356
青葉区役所 高齢・障害支援課	電話番号	045-978-2479
緑区役所 高齢・障害支援課	電話番号	045-930-2315
旭区区役所 高齢・障害支援課	電話番号	045-954-6061
神奈川県国民健康保険 団体連合会	所在地	横浜市西区楠町 27-1
	電話番号	045-329-3447
	対応時間	8:30～17:15（土日曜は除く）

## 17. 緊急時における対応方法

1. 認知症対応型通所介護を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医又は協力医療機関へ連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者及び生活相談員に報告を行います。速やかに主治医並びにご家族に連絡し、救急指定病院へ搬送する等の処置を講じます。
2. 管理者は、生活相談員等により連絡を受けた場合、必要に応じて市町村や保険者に報告致します。

	氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号
緊急 連絡先①				
緊急 連絡先②				

	氏 名	病 院 名	住 所	電話番号
主治医				

年 月 日

( 事業者 ) 事業所名 ささゆりデイサービス 長津田事業所

住 所 横浜市緑区長津田 6-11-22

説明者名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面の説明を受け、本書面の内容に同意し、交付を受けました。

( 利用者 ) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

( 家族又は代理人 )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_ ) 印