

重 要 事 項 説 明 書

事業者:大石デイサービス

1 法人の概要

法人の名称	株式会社大倉山起業
代表者名	代表取締役 樋沢 繁幸
所在地	横浜市南区前里町一丁目1番地2 レジデンス前里町304
電話番号	045-232-6880
業務の概要	介護保険の他、障害者総合支援法に基づく居宅介護・移動支援を行っております。又居住支援法人、自律準備ホーム等での地域への貢献を行っております。連携している医療機関と共に地域に密着したサービスを行っております。
事業所数	3ヶ所

2 事業所の概要

事業所名	大石デイサービス	
所在地	横浜市中区弥生町4-41 6・7F	
提供可能サービス及び介護保険事業所番号	地域密着型通所介護 (地域密着型介護 予防通所介護)	1 4 9 0 4 0 0 5 3 6 号
管理者及び連絡先	氏名	連絡先
	村上 栄一郎	045-231-0014
サービス提供地域	横浜市中区、南区、磯子区(岡村・滝頭・広地町)、西区(戸部・西戸部・三春台・伊勢)	
利用定員	15名	

3 サービス内容

- (1)「地域密着型通所介護サービス」(地域密着型介護予防通所介護)は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供(これらに伴う介護を含む)、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認、その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- (2)事業者は、上記の施設でサービスを提供します。

(3) サービス提供にあたっては、別添の「地域密着型通所介護計画書」(地域密着型介護予防通所介護計画書)に沿って計画的に提供します。

(4) 提供時間(営業時間:午前8時30分から午後5時30分)

提供時間	午前9時30分から午後4時35分
提供曜日	月曜日～土曜日 (祝祭日の火曜日・土曜日、12月31日～1月31日を除く)

【ご注意】 訪問は玄関までとさせていただきます。

(5) サービス提供責任者等

サービス提供の責任者(管理者)は、次のとおりです。

なお、サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお知らせください。

管理者 : 村上 栄一郎

連絡先(電話): 045-231-0014

4 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス 種類、業務	人員
管理者	地域密着型通所介護職員 (地域密着型介護予防 通所介護職員)	1名
生活相談員	地域密着型通所介護職員 (地域密着型介護予防 通所介護職員)	2名以上
看護師	地域密着型通所介護職員 (地域密着型介護予防 通所介護職員)	3名以上
介護職員	地域密着型通所介護職員 (地域密着型介護予防 通所介護職員)	3名以上
機能訓練指導員	地域密着型通所介護職員 (地域密着型介護予防 通所介護職員)	3名以上

5 利用者負担金

利用者負担金は、次の4種類に分かれます。具体的な金額はサービス料金表のとおりです。

- ①介護報酬に係る利用者負担金(費用全体の1割、2割、3割)
- ②運営基準(厚生省令)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)
- ④特別なサービス提供の費用

※なお、②、③及び④の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明の上、別途契約いたします。

【その他】

- (1) 交通費、通常のサービス提供地域(又は送迎地域)以外の地域についてのみ、所定の交通費(実費)が必要となります。
- (2) 利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきます。
 - ア 自動口座引き落とし
(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。)
 - イ 現金払い
(サービス提供時に毎回又は月1回定められた日にお支払いをお願いします。)
- (3) 以上の利用者負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画(介護予防サービス計画)を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、一度利用者が利用料(10割)を支払い、その後市町村に対して負担割合に応じ保険給付分を請求することになります。

6 サービス利用の中止

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話)： 大石デイサービス 045-231-0014

※居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)へのご連絡もお願いいたします。

※当日のキャンセルの際は、上記の連絡先へ8時45分までにご連絡下さい。

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、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になりますので、ご了承ください(ただし、利用者の体調の急変など、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)。

(3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

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	
サービス利用日の前日まで	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%	

7 サービス運営方針

- (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通所介護(介護予防通所介護)サービスを提供します。
- (2) 通所介護サービス計画(介護予防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こと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) 事業の実施にあたっては、関係行政機関、地域の保険・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、要介護状態の軽減も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。

8 非常災害等の対策

非常時マニュアルに沿って行います。

9 秘密保持

- (1) 事業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、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、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 事業者は、文書により利用者又はその家族の同意を得た場合は、居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

10 職員の研修

介護職員等の質的向上を図るために研修の機会を次のとおり設けるものとし、円滑にサービスを実施するための業務体制を整備しています。

(1)採用時研修：採用後3ヶ月以内

(2)継続研修：少なくとも年に1回

11 相談窓口、苦情対応

(1)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。

利用者相談窓口	電話番号 045-262-2749 F A X 番号 045-262-2761 相談員(責任者) 事務長 対応時間 平日 午前9時～午後5時
---------	---

(2)公的機関においても、次の機関において相談や苦情の申し出ができます。

市町村介護保険相談窓口 (中区高齢・障害支援課)	所在地 横浜市中区日本大通35 電話番号 045-224-8163 F A X 番号 045-222-7719 対応時間 午前8時45分～午後5時 月～金曜日(祝日、休日、12月31日～1月3日を除く)
市町村介護保険相談窓口 (南区高齢障害支援課)	所在地 横浜市南区浦舟町2-33 電話番号 045-341-1138 F A X 番号 045-341-1144 利用時間 午前8時45分～午後5時 月～金曜日(祝日、休日、12月31日～1月3日を除く)
市町村介護保険相談窓口 (西区高齢障害支援課)	所在地 横浜市西区中央1-5-10 電話番号 045-320-8491 F A X 番号 045-290-3422 対応時間 午前8時45分～午後5時 月～金曜日(祝日、休日、12月31日～1月3日を除く)
市町村介護保険相談窓口 (磯子区高齢障害支援課)	所在地 横浜市磯子区磯子3-5-1 電話番号 045-750-2494 F A X 番号 045-750-2540 対応時間 午前8時45分～午後5時 月～金曜日(祝日、休日、12月31日～1月3日を除く)
神奈川県国民健康保険 団体連合会(国保連) 介護保険課 介護苦情相談係	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447 利用時間 午前8時30分～午後5時 (土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)

かながわ福祉サービス 運営適正化委員会	所 在 地	横浜市神奈川区反町3-17-1
	電 話 番 号	045-311-8861
	F A X 番 号	045-312-6302
	利 用 時 間	午前9時～午後5時
	月～金曜日(祝日・休日・12月29日～1月3日を除く)	

12 第三者評価委員会

委員名	所属役職	電話番号
斎藤 庸男	さいとうクリニック 院長	045-320-2001
長谷川 幸司	長谷川歯科医院 院長	045-241-3616

13 緊急時等の対応

サービス提供にあたり、利用者に事故、体調の急変等が生じた場合には、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。

医療機関等	医療機関名
	主治医
緊急連絡先	連絡先 TEL
	メールアドレス
緊急連絡先	氏 名 (続柄)
	連絡先 TEL
緊急連絡先	氏 名 (続柄)
	連絡先 TEL
その他	氏 名 (続柄)
	連絡先 TEL
その他	氏 名 (続柄)
	連絡先 TEL

※その他の欄には、特にご連絡が必要な方をご記入下さい

地域密着型通所介護・第1号通所事業

(横浜市通所介護相当サービス) サービス料金表

① 介護報酬に係る利用者負担金(費用全体の1割・2割・3割)

1-1 地域密着型通所介護費

項 目	金 額 (単 位)		内 容 の 説 明
ア 基本額 (5～6時間)	要 介 護 1	657単位	所要時間5時間以上6時間未満のサービス提供に対する1回あたりの料金
	要 介 護 2	776単位	
	要 介 護 3	896単位	
	要 介 護 4	1013単位	
	要 介 護 5	1134単位	
イ 基本額 (7～8時間)	要 介 護 1	753単位	所要時間7時間以上8時間未満のサービス提供に対する1回あたりの料金
	要 介 護 2	890単位	
	要 介 護 3	1032単位	
	要 介 護 4	1172単位	
	要 介 護 5	1312単位	
ウ 加算額	入浴介助加算	40単位	1日につき
	若年性認知症受入加算	60単位	1日につき
	認知症加算	60単位	1日につき
	サービス提供体制加算Ⅲ	6単位	1日につき
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ(イ)	所定単位の11.5%	1月につき
利用料金 (1回あたり)	(ア又はイ+ウ)×10.72円(横浜市の地域加算)の額から利用者の負担割合に応じてその90%・80%・70%を引いた額		

1-2 地域密着型介護予防通所介護費

項 目		金 額 (単 位)	
ア 要支援1		1798単位／月	
イ 要支援2		(週1回利用)1798単位／月	
ウ 要支援2		3621単位／月	
エ 加算額	サービス提供 体制加算Ⅲ	ア24単位 イ24単位 ウ48単位	1月につき
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ(イ)	所定単位の11.5%	
利用料金 (1月あたり)		(ア又はイ又はウ＋エ)×10.72円(横浜市の地域加算)の 額から利用者の負担割合に応じてその 90%・80%・70%を 引いた額	

② 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

区分	金額(単位)		内 容 の 説 明
1)食費 (一食あたり)	A 1日	600円	一般 (B、C以外の方)
	B 1日	350円	生活保護受給者の方
	C 1日	200円	寿地区の方
2)おむつ代	1枚	100円	利用者の希望によって提供した場合 (持参の場合は無料)
3)パット代	1枚	40円	

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(単位)	内 容 の 説 明
1)行事代	実 費	利用者の希望によって参加した場合
2)介護保険外 サービス	介護報酬の告示上の 額と同額とします	区分支給限度額を超えてサービスを利用したい場合など介護保険枠外のサービス料金です。

※ ③は、①及び②で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合又は制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合に要する費用です。 介護保険外の特別なサービスとなる場合には、個々に定め事前に別途契約いたします。

④ 特別なサービス提供の費用(全額、自己負担)

項 目	金 額	内容の説明
特別な サービス料金	個々に定めます	個々に定めます

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、以上の重要事項を説明しました。

(説明者) 事業者名 大石デイサービス
管 理 者 村上 栄一郎 印

サービス契約の締結に当たり、重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

(利用 者) 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電 話 _____

上記代理人 (代理人を選任した場合)
住 所 _____
氏 名 _____ 印
電 話 _____

(利用者の家族) 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電 話 _____

((立会人) 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電 話 _____)

(注)「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。