

重要事項説明書（通所介護）

通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第105条、第8条に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業者名称	社会福祉法人 敬和会 通所介護事業所 えまーぶる
所在地	神奈川県厚木市中町3-3-9 アーバンプラザ6階
事業者指定番号	神奈川県1472900974号
管理者・連絡先	田中 由美子 TEL 046-221-9152
サービス提供地域	厚木市、およそ事業所から3km圏内 (中町・田村町・栄町・寿町・泉町・旭町・幸町・厚木町・東町・元町・南町・水引・岡田・船子・松枝・吾妻町・妻田・恩名・林・戸室・王子・緑ヶ丘・温水・長谷・愛甲・毛利台等)

2. 利用事業所の設備概要

建物の構造	鉄筋コンクリート
利用定員	40名/日
設備	個浴槽2、一般浴槽1。送迎車両6台。

3. 利用事業所の職員体制

職種	員数	勤務の体制
生活相談員	2人	常勤 2名
看護師	5人	非常勤 5名
介護職員	12人	常勤 2名、非常勤 10名 介護福祉士 8名 ヘルパー2級 4名
理学療法士	1人以上	非常勤 2名
作業療法士	1人以上	非常勤 1名

4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝祭日を含む）
営業時間	午前 8時15分 ～ 午後17時15分
サービス提供時間	午前 9時25分 ～ 午後16時30分

（注）日曜日及び年末年始（12/30～1/3）はお休みとなります

5. サービス利用料及び利用者負担

(1) 介護保険の適用を受けるサービス（利用料1割もしくは2割・3割が自己負担）

(2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）

(3) その他の費用（全額自己負担）

があります。

(1) 介護保険の適用を受けるサービス

① 通所介護サービス

(2) 介護保険の適用を受けないサービス

① 介護保険の支給限度額を超えるサービスの利用料は利用者の全額自己負担となります。

（介護保険支給限度額を超えるサービスとなる場合には、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うえ、利用者の同意を得ることとなります。）

② その他の費用

イ 食費 1食 850円

ロ オムツ 1枚 実費

ハ 行事代 1回 実費

(3) キャンセル料

① 利用者がサービスの利用の中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。

連絡先 電話 046-221-9152

② 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日の17時までにご連絡下さい。17時以降又は当日のキャンセルは、キャンセル料を申し受けることになる場合がありますので、ご了承下さい。

（ただし、利用者の容体の急変など、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。）

(4) 支払方法

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）

上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付（9割）を請求することになります。

6. 相談窓口、苦情対応

○ 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。

ご利用者ご相談窓口	電話番号	046-221-9152
	FAX番号	046-221-4067
	管理者	田中 由美子
厚木市役所 介護保険担当課	電話番号	046-225-2240
神奈川県庁保健福祉部 介護保険担当課	電話番号	045-210-1111 (代)
神奈川県国民健康保険 団体連合会 (国保連)	所在地	横浜市西区楠町27番地1
	電話番号	0570-022-1100《苦情専用》

7. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関の名称	特定医療法人 沖縄徳洲会 湘南厚木病院
	所在地	神奈川県厚木市温水118-1
	電話番号	042-742-0211
	診療科	内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科 外科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、気管食道 外科、肛門外科、整形外科、腫瘍外科、小児科、皮膚 科、産婦人科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科
	医療機関名	本厚木かかりつけクリニック
	所在地	神奈川県厚木市中町3-1-15 笹生ビル
	電話番号	046-297-1919
	診療科	内科、外科、循環器内科、心臓血管外科、他
	医療機関名	医療法人仁厚会 仁厚会病院
	所在地	厚木市中町3-8-11
	電話番号	046-221-3330
	診療科	内科、外科、整形外科、泌尿器科、形成外科、歯科口 腔科

8. 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- ・加入保険会社名：三井住友海上火災保険株式会社
- ・保険の内容：福祉事業者総合賠償責任保険

施設の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 敬和会 通所介護事業所 えまーぶる
代表者名	理事長 小島 操
本社所在地 電話	神奈川県厚木市下荻野2117-2 046-241-7771
業務の概要	在宅福祉サービス
事業所数	1箇所

9. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 施設の備品を著しく破損せしめた場合、修理費用もしくは購入費用を実費にて負担していただきます。
- (2) 施設内の風紀を故意に著しく乱した場合、サービス提供を中止させていただく場合があります。
- (3) 定められた場所以外での喫煙を禁止させていただきます。
- (4) 伝染病を有し、他の利用者に伝染させるおそれのある方は利用ができません。
- (5) 医療機関にて、入院治療を必要とする状態である方は利用ができません。

10. 非常災害対策

- (1) サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者はご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とります。
- (2) 非常災害に備え、定期的に避難訓練を行います。

11. 衛生管理

- (1) 使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意します。
- (2) 従業者は感染症等に関する知識の習得に努める。

12. 従業者の研修

従業者の資質向上を図るため、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。

- (1) 採用時研修 採用後1か月以内
- (2) 継続研修 年2回以上

13. 秘密保持

- (1) 本事業所の従業者は、業務上知り得たご利用者又はその家族の秘密保持を厳守致します。
- (2) 従業者であった者が、業務上知り得たご利用者又は家族の秘密を漏らすことの無いよう、必要な措置を講じます。

14. 事故発生時の対応

ご利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご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。事業所は事故及び事故に際してとった処置について記録をします。ご利用者に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。

15. 業務継続計画について

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

16. 虐待防止の措置について

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の開催（年2回以上）
- (2) 高齢者虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止研修の実施（年1回以上）
- (4) 専任担当者の配置 虐待防止に関する担当者： 田中 由美子

17. 感染症の予防及び蔓延の防止について

感染症の発生及びまん延防止に関する下記の措置を講じます。

- (1) 感染対策委員会の開催
- (2) 感染症及びまん延防止のための指針の整備
- (3) 感染症及びまん延防止のための研修及び研修の実施
- (4) 専任担当者の配置 感染防止に関する担当者： 田中 由美子

18. 身体拘束の禁止について

利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護する為、緊急止むを得ない場合を除き、身体

拘束を行いません。身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急止むを得ない理由を記録します。

【利用料金表】

令和6年6月1日

別表① 介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス独自）

イ. 1週当たりの標準的な回数を定める場合（1月につき）

	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2
基本単位数	1,798単位	3,621単位
地域単価	10,688円	
1割負担者	1,921円	3,868円
2割負担者	3,841円	7,735円
3割負担者	5,761円	11,602円

ロ. 1月当たりの回数を定める場合（1回につき）

	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援2
基本単位数	436	447
地域単価	10,688円	
1割負担者	466	478
2割負担者	932	955
3割負担者	1,397	1,432

別表② 指定通所介護

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位数	658単位	777単位	900単位	1,023単位	1,148単位
	10,688円				
1割負担者	703円	830円	962円	1,093円	1,226円
2割負担者	1,406円	1,660円	1,923円	2,185円	2,452円
3割負担者	2,109円	2,490円	2,884円	3,278円	3,678円

別表③ 事業対象者・要支援 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（単位数×9.2%）

イ. 1週当たりの標準的な回数を定める場合（1月につき）

	要支援1	要支援2
1割負担者	17円	34円
2割負担者	33円	67円
3割負担者	50円	100円

別表④ 事業対象者・要支援 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（単位数×9.2%）

□. 1月当たりの回数を定める場合（1回につき）

	要支援1	要支援2
1割負担者	4円	4円
2割負担者	8円	8円
3割負担者	12円	12円

別表⑤ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（単位数×9.2%）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担者	6円	7円	8円	10円	11円
2割負担者	12円	14円	17円	19円	21円
3割負担者	18円	21円	25円	28円	32円

別表⑥ 加算関連（事業対象者・要支援1）

	口腔機能向上 加算Ⅱ	サービス提供 体制加算Ⅰ	栄養アセスメント 加算	科学的介護推 進体制加算
単位数	160単位	88単位	50単位	40単位
地域単価	10.68円			
1割負担者	171円	94円	54円	43円
2割負担者	342円	188円	107円	86円
3割負担者	513円	282円	161円	129円

別表⑦ 加算関連（事業対象者・要支援2）

	口腔機能向上 加算Ⅱ	サービス提供 体制加算Ⅰ	栄養アセスメント 加算	科学的介護推 進体制加算
単位数	160単位	176単位	50単位	40単位
地域単価	10.68円			
1割負担者	171円	188円	54円	43円
2割負担者	342円	376円	107円	86円
3割負担者	513円	564円	161円	129円

別表⑧ 加算関連（要介護）

	個別機能訓練加算Ⅰ	個別機能訓練加算Ⅱ	入浴介助加算Ⅱ	認知症加算	中重度者ケア体制加算
単位数	56単位	20単位	55単位	60単位	45単位
地域単価	10.68円				
1割負担者	60円	22円	59円	64円	48円
2割負担者	120円	43円	118円	128円	96円
3割負担者	180円	64円	177円	192円	144円

	ADL維持等加算	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制加算Ⅰ	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算Ⅱ
単位数	30単位	40単位	22単位	50単位	160単位
地域単価	10.68				
1割負担者	32円	43円	24円	54円	171円
2割負担者	64円	86円	47円	107円	342円
3割負担者	96円	129円	71円	161円	513円

	送迎減算（往復）	送迎減算（片道）	予防通所介護運動機能向上加算	通所型複数サービス実施加算ⅠⅡ
単位数	-94単位	-47単位	225単位	480単位
地域単価	10.68円			
1割負担者	-101円	-51円	238円	506円
2割負担者	-201円	-101円	475円	1,012円
3割負担者	-301円	-151円	712円	1,518円

- ⑧1 介護職員等処遇改善加算Ⅰは、基本単位数とすべての加算単位合計を合算して9.2%を乗じて算出しますので上記処遇改善加算金額と若干の誤差が生じます。（四捨五入）
- ⑧2 サービス利用料金は基本単位数＋加算合計＋介護職員等処遇改善加算Ⅰの合計単位に地域加算10.68を乗じて算出します（端数切捨て）ので、上記各金額と若干の誤差が生じます。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

(事業者) 所在地 神奈川県厚木市中町 3-3-9 アーバンプラザ6階
事業者名 社会福祉法人 敬和会
通所介護事業所 えまーぶる

管 理 者 田中 由美子 ⑩

説 明 者 _____ ⑩

サービス契約の締結にあたり、上記の説明を受け内容を承諾し交付を受けました。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

(代理人・立会人・契約者〈利用者と契約者が異なる場合〉)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

利用者の個人情報の利用目的の通知および 第三者に対する提供に関する同意書

社会福祉法人敬和会 通所介護事業所 えまーぶるは、利用者からご提供いただいた利用者本人および家族に関する個人情報を、下記の目的以外に利用しないことをお知らせいたします。

【利用者の個人情報の利用目的】

- 利用者への介護サービス提供に関すること
- 介護保険事務
- 利用者のために行う管理運営業務（サービス利用上の管理、会計、事故報告、介護・医療サービスの向上）
- 事業所のために行なう管理運営業務（介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料の作成、学生などの実習への協力、職員の教育のために行なう事例研究など）

なお、下記の利用目的のためには、利用者および家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

【利用者の個人情報を第三者へ提供する場合】

- 介護保険事務などの業務の一部を外部事業者へ業務委託を行なう場合
- 他の介護事業者との連携（サービス担当者会議など）、連絡調整等が必要な場合
- 利用者の受診に当たり、医師に介護記録やケアプランを提供する場合
- 家族への心身状態や生活状況の説明
- 損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談または届出等

社会福祉法人 敬和会
通所介護事業所 えまーぶる
代表者名 管理者 田中 由美子 ⑩

【本人・家族同意欄】

私は、個人情報の利用および第三者への提供に関する上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

（利用者）

住所 _____

氏名 _____ ⑩

（利用者の家族代表）

住所 _____

氏名 _____ ⑩

写真・映像等の撮影・掲載について

通所介護事業所えまーぶるでは、広報活動および、利用中の様子をご家族におとどけする目的で、撮影した皆様の写真・映像の使用について同意をいただいております。

つきましては、下記の内容をご確認の上、ご記入のほどお願い申し上げます。

記

・個人写真の取扱について

施設内の掲示及び、ホームページ、公式 SNS(インスタグラム等)への掲載、研修発表会、パンフレット等に使用させていただくことがあります。

(承諾をいただいた場合は、事前確認は行わないことをご了承ください。)

以下の項目について、可か不可かをお願いいたします。

【施設内掲示】 可 不可

【施設外】 可 不可

(例:ホームページ・公式 SNS、インスタグラム等の掲載、 研修会、パンフレット等)

肖像権使用同意書

【本人・家族同意欄】

私は、写真・映像等の撮影・掲載に関する、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ (印)

(利用者の家族代表)

住所 _____

氏名 _____ (印)

・同意を撤回する場合は書面にて申し出ます。