

様

---

# 重要事項説明書

## 通所介護

(別紙 料金表)



戸塚共立 結の杜デイサービス 下倉田

## 通所介護重要事項説明書

[令和 7年 9月 1日現在]

### 1 指定通所介護サービスを提供する事業者について

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 事業者名称                 | 株式会社 横浜メディカルケア  |
| 代表者氏名                 | 代表取締役 横川 隆美   |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 〒244-0003 神奈川県横浜市戸塚区戸塚町4130-5<br>電話 045-443-7631 Fax 045-443-7632 |
| 法人設立年月日               | 平成 16年 5月 26日   |

### 2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

|                    |   |
|--------------------|---|
| 事業所名称              | 戸塚共立 結の杜 デイサービス下倉田                            |
| 介護保険指定事業所番号        | <b>1471003127</b>                             |
| 事業所所在地             | 〒244-0815 神奈川県横浜市戸塚区下倉田町1157-1                |
| 連絡先<br>相談担当者名      | 電話 045-827-3161 Fax 045-827-3155<br>管理者 菅原 珠希 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 戸塚区 栄区 港南区<br>※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。      |
| 利用定員               | 20名   |
| 併設する事業             | 戸塚共立 結の杜ヘルパーステーション下倉田 (訪問介護)                  |

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 事業の実施にあたり、介護保険法等の関係法令に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応おじて、自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービスその他の便宜を提供することにより、利用者の日常生活の便宜及び介護する方の負担の軽減を図ります。  |
| 運営の方針 | <ul style="list-style-type: none"><li>利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</li><li>事業の実施にあたっては、関係市町村・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・その他地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。</li></ul> |

#### (3) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族に限らず全ての方に対し、ご要望に応じて、開示致します。

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |                                     |
|------|-------------------------------------|
| 営業日  | 月曜日～土曜日（祝日も含む）※ただし、12月31日～1月3日までを除く |
| 営業時間 | 9時00分～17時30分                        |

(5) サービス提供時間

|          |              |
|----------|--------------|
| サービス提供日  | 月曜日～土曜日（祝日も） |
| サービス提供時間 | 9時30分～16時40分 |

(6) 事業所の職員体制

(令和7年4月1日現在)

| 職              | 職務内容  | 人員数             |
|----------------|---|-----------------|
| 管理者            | 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。  | 常勤 1名           |
| 生活相談員          | 利用者及びその家族との面接、生活相談、利用者の申し込みの調整、利用者の介護計画の作成、介護指導等や事業所に関わる活動の計画、実施などの管理に努める。                  | 常勤 3名<br>非常勤 0名 |
| 看護師・准看護師（看護職員） | 利用者の健康状態を把握し、健康指導や主治医との連絡調整、家族への看護指導等を行い、その旨を他の従業者に指示し、安全で快適な通所介護の提供を行う。その他、活動プログラムへの協力を行う。 | 常勤 1名<br>非常勤 2名 |
| 介護職員           | 利用者に対する食事や排泄の介助、入浴の準備・片付け、送迎時の運転や付き添い、その他、活動プログラムへの協力をを行う。                                  | 常勤 5名<br>非常勤 2名 |
| 機能訓練指導員        | 通所介護計画に基づき、その利用者が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生活機能の維持又は向上を目指し、機能訓練を行います。      | 常勤 1名<br>非常勤 2名 |
| 職員教育           | 年間教育計画を作成し、研修を実施しています。  | 全職員対象           |

### 3 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、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その他利用者又は家族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 その他の費用について（別紙料金表を参照のこと）

|                                       |   |                               |  |  |  |
|---------------------------------------|---|-------------------------------|--|--|--|
| ① 送迎費                                 | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域を越えて行う通所介護等に要した交通費は、次の額を徴収する。通常の事業の実施地域を越えた所から、片道分を1キロメートルあたり30円を請求いたします。 |                               |  |  |  |
| ② キャンセル料                              | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記の通りキャンセル料を請求させていただきます。                            |                               |  |  |  |
| ② キャンセル料                              | 前日の正午までにご連絡の場合  | キャンセル料は不要です                   |  |  |  |
|                                       | 前日の正午までにご連絡の無い場合  | 昼食代（￥800）のみをキャンセル料として請求いたします。 |  |  |  |
| ※食材等の費用負担となりますので、出来るだけ事前のご連絡にご協力ください。 |   |                               |  |  |  |
| ③ 昼食代                                 | 800円（1食当り・おやつ代100円を含む）運営規程の定めに基づくもの   |                               |  |  |  |
| ④ その他                                 | おむつ・尿取りパッド代、レクリエーション材料費、日常生活において必要な費用は、実費とさせていただきます。  |                               |  |  |  |

#### 5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について (別紙 料金表に準ずる)

|   |  |
|---|--|
| ① 利用料、利用者負担額<br>(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等  | <p>ア 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額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。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p> |
| ② 利用料、利用者負担額<br>(介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等 | サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の26日（当日が休日の場合は、休前日）に、利用者指定口座からの自動振替となります。   |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3ヶ月以上支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

#### 6 事業継続計画（BCP）について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、介護保険サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）策定し当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- ③ 定期的（年に1回程度）に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### **【大規模災害時のサービスの継続可否について】**

感染症の発生や大規模な自然災害（台風、大雨、洪水等）や、交通災害（道路の破損、工事等）が発生した場合、職員が不足し通常運営ができなくなる可能性があります。有事においてはこちらの都合でサービスを一時中止にする場合がございます。有事の際の対応は当該事業継続計画（BCP）に従って：必要な措置を講じます。

### **【感染症の予防及び、まん延の防止のための措置】**

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等取り組みます。

### **【ハラスメント対策】**

介護サービス事業者のハラスメント対策を強化する観点から、「利用者的人権の擁護、虐待の防止」、「男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策」に取り組みます。事業者としてハラスメント防止を従業員に啓発していくため、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。従業員から利用者、家族等に対してのハラスメント、利用者、家族等から従業員に対してのカスタマーハラスメントと判断する事案があった際は、事業所で委員会の実施、必要に応じて行政機関などへの報告を行いながら対応いたします。事案によっては、契約解除などの措置も致します。

ハラスメントに対する相談窓口：

- ・責任者 管理者：

### **【虐待の防止について】**

利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。事業者として虐待の防止を従業員に啓発していくため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。

### **【身体拘束について】**

原則として利用者に対して身体拘束は行いません。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、必要最低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、理由及び対応等について記録を行います。事業者として、身体拘束をなくしていくため委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。

## **7 サービスの利用方法**

### **(1) サービスの利用開始**

当事業所にお電話又はご来所いただきか、ご利用の居宅介護事業所のケアマネージャー様にご相談ください。

【通所介護等の内容及び提供方法は、次の通りとする。】

- 一 日常生活上の世話及び支援
- 二 食事の提供
- 三 入浴
- 四 機能訓練
- 五 レクリエーション
- 六 バイタルチェック
- 七 送迎
- 八 相談

(2) サービスの終了

①利用者の都合で中止する場合

サービス終了の3日前までに文書でお申出ください。

②事業者の都合で終了する場合

・人員不足、事業規模の縮小、事業所の休廃止等やむを得ない事情により、この契約に基づく通所介護の提供が困難になった場合、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

・利用者又はその家族の著しい不信行為等により、この契約の継続が困難となった場合には、文書で通知することにより、サービスの提供を終了させていただく場合があります。

③自動終了

次の場合には自動的にサービスを終了させていただきます。

・利用者が介護保険施設に入所した場合。

・認知症対応型共同生活介護又は、特定施設入居者生活介護を受けることとなった場合。

・利用者の要介護認定区分が要支援又は自立と認定された場合。

・利用者がお亡くなりになった場合。

8 利用予定の中止（キャンセル）

利用者がサービス利用予定の中止をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

**連絡先：戸塚共立 結の杜 デイサービス下倉田**

**電話： 045-827-3161 Fax : 045-827-3155**

※キャンセル料は、原則として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。

9 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

| 医療機関  | 医療機関名   | 主治医の氏名 |
|-------|---------|--------|
|       | 電話番号    | (科)    |
| 緊急連絡先 | 氏名      |        |
|       | 連絡先（自宅） | —      |
|       | (携帯・職場) | —      |

10 事故発生時の対応方法について

サービスの提供中に事故が発生した場合は、市町村・ご家族・居宅介護支援事業者等に早急に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。また、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。このため、次の賠償責任保険に加入しています。

・保険の種類 居宅介護事業者賠償責任保険

・保険会社 損害保険ジャパン日本興亜株式会社

## 11 非常災害対策

事業所は、非常災害、風水害及び地震などに対処するため、消防計画等を作成し、全従業員参加による避難、救助訓練を行います。

## 12 秘密保持について

従業員は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らすことはありません。また、従業員が退職した後、在職中に知り得た利用者及びその家族の個人情報を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

## 13 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、当事業所の窓口等にて常時受け付けております。

|             |          |                    |
|-------------|----------|--------------------|
| お客様<br>相談窓口 | 受付時間     | 午前9時00分から午後5時30分まで |
|             | 電話番号     | 045-827-3161       |
|             | Fax 番号   | 045-827-3155       |
|             | 相談員（管理者） | 菅原 珠希              |

### (2) 苦情処理の対応

- ①相談・苦情の受付は、原則として事業所の管理者が対応します。
- ②寄せられた相談・苦情に対し、管理者は速やかに相手先に連絡をとり、必要があれば利用者宅を訪問し、その内容の確認や状況の把握に努めます。
- ③事業所内で管理者を中心に会議を開き、問題点の整理を行い、今後の改善策を検討します。
- ④改善策について、管理者が利用者に対し事情説明を行います。
- ⑤管理者は改善策を実施するとともに、従業員への指導を徹底させ再発防止に努めます。
- ⑥居宅介護支援事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会に対し、報告を行い、助言を受けます。
- ⑦相談・苦情を受け付けた場合は、その内容と処理経過を記録します。

(3) 下記の公的機関等においても、相談・苦情の申し出が出来ます。

|                     |        |                 |
|---------------------|--------|-----------------|
| 横浜市健康福祉局<br>介護事業指導課 | 所在地    | 横浜市中区本町6丁目50-10 |
|                     | 電話番号   | 045-671-3413    |
|                     | Fax 番号 | 045-550-3615    |
|                     | 受付時間   | 平日 8:45~17:15   |
| 横浜市戸塚区<br>高齢・障害支援課  | 所在地    | 横浜市戸塚区戸塚町157-3  |
|                     | 電話番号   | 045-866-8452    |
|                     | Fax 番号 | 045-881-1755    |
|                     | 受付時間   | 平日 8:45~17:15   |
| 横浜市栄区<br>高齢支援課      | 所在地    | 横浜市栄区桂町303-19   |
|                     | 電話番号   | 045-894-8547    |
|                     | Fax 番号 | 045-893-3083    |
|                     | 受付時間   | 平日 8:45~17:15   |
| 横浜市港南区<br>高齢・障害支援課  | 所在地    | 横浜市港南区港南中央通10-1 |
|                     | 電話番号   | 045-847-8495    |
|                     | Fax 番号 | 045-845-9809    |
|                     | 受付時間   | 平日 8:45~17:15   |

#### 14 第三者評価の実施状況

第三者評価（任意）は実施しておりません。

#### 15 事業所の概要

法人名 株式会社 横浜メディカルケア  
事業所名 戸塚共立 結の杜 デイサービス下倉田  
事業所番号 1471003127

## 【説明確認欄】

令和 7年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所名称 戸塚共立 結の杜 デイサービス下倉田

説明者 \_\_\_\_\_ 印

サービス契約の締結にあたり、重要事項説明書の交付及び説明を受け、上記の内容に同意します。

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人が自筆署名しました

(署名代行者、立会人、または代理人)

【該当する役割いづれかにチェックを記入してください】

署名代行者 私は、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し、同意する意思があることを理解し、身体の障害、または高齢により筆記困難な利用者に代わって上記署名を行いました。

立会人※1 私は、重要事項説明の場に立会い、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し、同意したことを確認しました。  
※1 利用者ご本人だけでは重要事項説明・同意に不安がある場合に使用。

代理人※2 私は、上記利用者の〔成年後見人・保佐人・補助人・任意後見人（該当するものいづれかに○をしてください。）〕として、利用者に代わって、重要事項説明書の説明を受け、上記の内容に同意します。  
※2 登記事項説明書など代理権を証明する文書の添付が必要。

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人との関係