

通所型サービス〇・介護予防通所介護サービス 重要事項説明書

通所型サービス〇・介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり、平成25年神奈川県条例第21号及び、神奈川県規則第31号に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 鎌倉静養館	主たる事務所の所在地	鎌倉市由比ガ浜4-4-30
法人種別	社会福祉法人	代表者職氏名	理事長 西崎 猛之
電話番号	0467-22-8021	FAX番号	0467-22-8053

介護保険法に基づき神奈川県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき神奈川県知事から指定を受けている居宅介護サービス・介護予防サービスの種類
ケアセンターやまざくら (1472100278)	通所介護、通所型サービス〇

2. ご利用になる事業所

名 称	指 定 番 号	定員	所 在 地	電 話 番 号
ケアセンター やまざくら	1472100278	25名	鎌倉市御成町 20-21	0467 23-5140

※ 定員は、通所介護と通所型サービス〇・介護予防通所介護の利用者数の合計での最大数です。

3. 事業の目的と運営方針

社会福祉法人鎌倉静養館が開設する通所型サービス〇・介護予防通所介護事業所は、在宅のご高齢者およびそのご家族などからのご希望に応じ、懇切丁寧な対応を通して個々のご高齢者の真のニーズを明らかにします。

そして、要支援状態となられた場合でも、ご高齢者が可能な限りご自宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身機能の維持又は向上を目指して、必要とされる日常生活上の支援や機能訓練を行うことによって、ご利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持・向上、ご利用者のご家族の身体的・精神的なご負担の軽減を図ることを目的とします。

4. 事業所の職員体制

名 称	管理者	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練 指導員
ケアセンター やまざくら	1名	1名以上	1名以上	3名以上 (常勤換算)	1名以上

5. サービスの提供地域（通常の送迎地域） 鎌倉市（玉縄地域を除く） の市域とします。

6. 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日 祝日も営業いたします。
営業時間	8:30～17:30 サービス提供時間は営業時間内に於いて7時間以上8時間未満になります。

7. 利用料（介護保険制度による法定告示額）〔令和4年10月1日実施〕

ご利用の単位数に○印を付けております↓

通所型サービス○・ 介護予防通所介護	要支援1（Ⅰ）	一月あたり 1798単位	
	要支援2（Ⅱ）	一月あたり 3621単位	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援1（Ⅰ）	一月あたり 72単位	
	要支援2（Ⅱ）	一月あたり 144単位	
総合計単位は⇒		単位	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	1月毎の総合単位数の	111/1000相当額	単位

※ 総合計単位に地域加算（3級地）10.68を乗じた額が保険費用総額（基本利用料）です。

※ 保険費用総額（基本利用料）の注）1割・2割・3割が、自己負担額（利用者負担金）の額です。

（基本利用料、利用者負担金とも、1月あたりの金額です。）※ 上記の他に、食費（食事の原材料費）として1日あたり（昼食・おやつ代）760円が必要です。注）介護保険負担割合証に記載されている割合が適用されます。

8. 苦情申し立て窓口

特養鎌倉静養館	ご利用時間	月～金 午前8時30分～午後5時30分
利用者相談窓口	ご利用方法	電話 0467-23-5140 FAX 0467-23-7749 郵便 〒248-0012 鎌倉市御成町20-21 面接 ケアセンターやまざくら 担当者 管理者 青木 奈穂

次のところにも苦情申し立てができます（公の苦情申し立て窓口）

鎌倉市健康福祉部高齢者いきいき課	ご利用時間	月～金 午前9時～午後5時15分
	ご利用方法	電話 0467-23-3000 FAX 0467-23-7505 面接 介護保険課介護保険担当カウンター
神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連）	ご利用時間	月～金 午前8時30分～午後5時15分
	ご利用方法	電話 045-329-3447 郵便 〒220-0003 横浜市西区楠町27-1 担当者 介護苦情相談課 介護苦情相談班

9. 身体的拘束その他の行動制限について

ケアセンターやまざくらは、介護保険法、「指定通所介護の人員、設備及び運営に関する基準」(厚生労働省令)、「身体拘束ゼロへの手引き」(厚生労働省)等に則り、ご利用者の生命または身体等を保護するために緊急やむをえない場合を除き、ご利用者に対して身体的拘束その他の行動制限を行いません。

やむをえず身体的拘束その他の行動制限を実施する場合、ケアセンターやまざくらは、そのご利用者の家族または代理人に面接し、「緊急やむをえない身体拘束に関する説明書」に基づき、詳しい説明を行います。そして、同意していただいたことを示すしるしとして、「緊急やむをえない身体拘束に関する説明書」に、署名および捺印をしていただくこととします。

10. 緊急時の対応

ご利用者の主治医または事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従って対応いたします。また、お知らせいただいている緊急時のご連絡先に連絡させていただきます。

利用者の主治医	氏 名	
	医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	

緊急時の ご連絡先	氏 名		電話番号	
	所 在 地			
	昼間の連絡先			
	夜間の連絡先			

11. 従業員の研修

年間研修計画を作成し、計画内容に基づき実施します。

12. 非常災害対策

消防計画に基づき、年2回以上の避難訓練を実施します。

サービス提供にあたり、前項のとおり重要事項を説明いたしました。

年 月 日

(事業者) 事業所所在地 鎌倉市御成町20-21
鎌倉市福祉センター内

事業所名 ケアセンターやまざくら

説明者 職名 氏名 (印)

上記について説明を受け同意し、交付を受けました。

(利用者) 住 所

氏 名 (印)

(代理人) 住 所

氏 名 (印)