

重 要 事 項 説 明 書

指定通所介護・指定横浜市通所事業相当サービス

1 事業所の概要

事業所名	やまゆりホーム
所在地	横浜市鶴見区獅子ヶ谷2丁目15番18号
事業者指定番号	1470100056号
管理者・連絡先	施設長 晝間 靖裕 TEL 045-583-1833
サービス提供地域	鶴見区（獅子ヶ谷、北寺尾、馬場、上の宮、駒岡、上末吉、下末吉、梶山、諏訪坂、東寺尾北台、東寺尾中台、東寺尾東台、寺谷、豊岡町、岸谷、鶴見中央、生麦） 港北区（師岡、樽町、菊名、大豆戸）

2 事業所の職員体制（介護保険で定められた人員配置基準による）

職 種	従事するサービス内容等	実配置		配置基準
		常勤	非常勤	
管 理 者	管理者は業務の管理を一元的に行います。	1名 (兼務)		1名
生 活 相 談 員	生活相談員は、利用者やその家族からの相談に応じるとともに、利用の申し込みに係る調整や 通所介護計画・横浜市通所介護相当サービス計画の作成を行います。また、必要に応じて利用者への説明を行います。	3名 (3名兼務)		1名
看 護 職 員	看護職員は、利用者の健康状態を把握するとともに、医療的な立場から機能訓練等指導を行うほか、利用者の家族に対し、介護方法の指導を行います。	2名 (2名兼務)	1名 (1名兼務)	1名
介 護 職 員	介護職員は、サービスの提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し適切な介助を行います。	2名 (2名兼務)	7名 (7名兼務)	5名
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練を行います。	2名 (2名兼務)		1名
管 理 栄 養 士	管理栄養士は、栄養状態についての課題に対して必要なサービスを行います。	1名 (兼務)		

3 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
毎週月曜日から金曜日(祝日を含む)です。但し、12月29日から1月3日までを除きます。	午前8時30分から午後5時30分まで。但し、通所介護・第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）サービスの提供時間は、原則として午前9時30分から午後4時迄です。

4 利 用 定 員

利用定員は1日35名とする。

5 通所介護・横浜市通所介護相当サービスの内容

指定通所介護・横浜市通所介護相当サービスの内容は次のとおりです。

- (1)通所介護計画・横浜市通所介護相当サービス計画の作成
- (2)生活指導（相談援助等）
- (3)日常生活上の援助
- (4)健康状態の確認
- (5)機能訓練・運動器の機能向上
- (6)口腔機能向上サービス
- (7)栄養改善サービス
- (8)入浴サービス
- (9)送迎サービス
- (10)食事サービス

6 利 用 料

1、指定通所介護

利用料は厚生労働大臣が定める基準及びやまゆりホーム運営規定による。

2、指定横浜市通所介護相当サービス

利用料は横浜市が定める基準及びやまゆりホーム運営規定による。

7 当事業所における運営方針

- (1)指定通所介護は、利用者の要介護状態等・心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう入浴、排泄、食事の介助、日常生活上の必要な世話及び機能訓練を行います。
- (2)指定横浜市通所介護相当サービスは、その利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活が出来るよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持・回復を図り、利用者の生活機能の維持または向上を目指します。
- (3)通所介護計画・横浜市通所介護相当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に応じて、利用者が自立した日常生活が営むことが出来ることを目標とします。
- (4)事業の実施にあたっては、関係行政機関、地域の保健・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防止また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。
- (5)事業所は、従業員の資質向上を図るための研修の機会を設けるものとし、また業務体制を整備します。

ア 採用時研修 採用後6ヶ月以内

イ 定期研修 随 時

8 秘 密 保 持

事業所及びその従業員は、業務上知り得た利用者またはその家族の個人情報を持します。

9 身体的拘束等の禁止

事業所及びその従業員は、サービス提供にあたり身体的拘束、その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又は他利用者の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。

10 虐待の防止

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を設置し、定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。
- (4) 上記の措置を適切に実施するための担当任者を配置します。

11 衛生管理及び感染症対策等

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るとともに、感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業者は、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を設置し、定期的に（おおむね6か月に1回以上）開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 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します。
- (3) 事業所は、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に（年1回以上）実施する。

12 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 事業所は、従業者に対し、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（年1回以上）実施します。
- (2) 事業所は、定期的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。

13 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や医療機関への連絡等必要な措置を講じ、緊急連絡先（ご家族等）、居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

14 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、市町村、利用者のご家族、利用者を担当する居宅介護支援事業所へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。

15 相談窓口・苦情対応

当事業所のサービスに関する相談やご意見・ご要望については、次の窓口で対応致します。

担当者	特別養護老人ホーム 生活相談員
電話番号	045-583-1833
FAX 番号	045-583-0847
その他	相談・苦情については、担当者、管理者及び生活相談員が対応します。 不在の場合でも、応対した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者、管理者及び生活相談員に引き継ぎます。

公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

○区役所

鶴見区	高齢・障害支援課	電話番号 045-510-1770
港北区	高齢・障害支援課	電話番号 045-540-2325

○市役所

横浜市はまふくコール (横浜市苦情相談センター)	電話番号 045-263-8084
-----------------------------	-------------------

○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	電話番号 045-329-3447
--------------	-------------------

○第三者委員

川島 志保	電話番号045-662-2041
渡辺 健	電話番号045-575-6278
小林 政晴	電話番号045-521-5733

16 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施：無し

17 運営法人の概要

名 称	社会福祉法人 横 浜 鶴 声 会
代 表 者 名	理 事 長 晝 間 靖 裕
法人本部 所在地・連絡先	横浜市鶴見区獅子ヶ谷2丁目15番18号 TEL045-583-1833
実施事業の概要	○やまゆりホーム 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、短期入所事業、 介護予防短期入所事業、通所介護事業、 横浜市通所介護相当サービス事業、居宅介護支援事業、 特養併設在宅介護支援センター ○横浜市駒岡地域ケアプラザ 通所介護事業、横浜市通所介護相当サービス事業、 居宅介護支援事業、地域包括支援センター ○えみ保育園 保育園事業
事 業 所 数	3ヶ所

《説明確認欄》

指定通所介護・指定横浜市通所介護相当サービスサービス提供の開始に際し、重要事項について文書を交付し、説明を行いました。

令和 年 月 日

社会福祉法人 横浜鶴声会 やまゆりホーム

事業所管理者 施設長 晝間 靖裕 印

説明者職名 生活相談員 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護・指定横浜市通所介護相当サービス提供開始に同意し交付を受けました。

契約者 氏名 印（本人・代筆）

ご家族 氏名 印 (続柄)