

## 1. 事業者の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 たちばな会  
(2) 法人所在地 神奈川県横浜市泉区和泉町735番地  
(3) 電話番号 045-804-3311  
(4) 代表者氏名 理事長 鈴木 啓正  
(5) 設立年月日 平成12年1月24日

## 2. 事業所の概要

- (1) 施設の種 類 指定短期入所生活介護事業所  
平成13年3月1日指定 神奈川県 1473600359 号  
指定介護予防短期入所生活介護事業所  
平成18年4月1日指定 神奈川県 1473600359 号  
\*当事業所は特別養護老人ホーム天王森の郷に併設されています。
- (2) 施設の名称 ショートステイセンター 天王森の郷  
(3) 施設の所在地 神奈川県横浜市泉区和泉町733番地  
(4) 電話番号 045-804-3311  
(5) 管 理 者 林 英男  
(6) 入 所 定 員 7人  
(7) 第三者評価の実施状況 平成29年2月10日実施  
公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会 開示あり  
(8) 職員への研修の実施状況  
○採用時研修：採用後1か月以内に実施  
○継続研修：年12回実施  
※認知症ケア、感染症、身体拘束、介護技術、リスク  
ハラスメント等

## 3. 居室・設備の概要

ご利用者から、居室の変更希望の申し出があった場合には、居室の空き状況により、施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況や感染症等の罹患予防により、居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議上、決定するものとします。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	7室	従来型個室
個室・2人・4人部屋	空床利用	従来型個室・多床室
合 計	7室	

居室・設備の種類	室 数	備 考
食 堂	4 室	
機能訓練室	1 室	平行棒・昇降式訓練台・訓練マット等
浴 室	6 室	一般浴槽・機械浴・特殊浴槽
医 務 室	1 室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

#### 4. 職員の配置状況

当施設では、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞

職員の配置については、指定基準を遵守しています。（特養併設型）

職 種	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1	1
2. 介護職員	5 4. 2	4 6
3. 生活相談員	3	2
4. 看護職員	6. 3	4
5. 機能訓練指導員	1	1
6. 介護支援専門員	3	2
7. 医師	(1)	
8. 管理栄養士（栄養士）	1	1

※1 常勤換算：職員それぞれの週あたり勤務延時間数の総数を当施設における  
常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

例 1：1 日 8 時間勤務で週 40 時間勤務する者、常勤換算 1 人とする。

例 2：1 日 6 時間勤務で週 18 時間勤務する者、 $18 \div 40$  時間＝常勤換算  
0.45 人とする。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	週 2 回
2. 介 護 職 員	標準的な時間帯における最低配置人員(※) 早勤 7：00～16：00 6名 日勤 8：30～17：30 12名 遅勤 11：00～20：00 8名 夜間 16：30～ 9：30 6名
3. 看 護 職 員 (携帯当番)	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤 8：30～17：30 5名 夜間 電話連絡が可能な看護師を配置 1名
4. 機能訓練指導員	日中 8：30～17：30 1名

※グループケアの業務都合上、一部のグループでは各時間帯が前後する  
事があります。

## 5. 送迎サービス実施地域

全 域…横浜市泉区・戸塚区

一部地域…藤沢市・鎌倉市・大和市・綾瀬市・瀬谷区・栄区・旭区

※一部地域についてはご確認ください。

また、送迎場所は、施設・自宅間になります。その他の場合は、ご家族で対応  
して下さい。

## 6. 提供するサービスと利用料金

提供するサービスには、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される介護保険基準サービス  
(各種介護給付サービス加算を含む)
- (2) 利用料金の全額をご負担いただく介護保険基準外サービス  
があります。

### (1) 介護保険基準サービス

ご利用者に対して、社会生活上の便宜、日常生活上の世話を提供するため、以下の  
サービスがあります。

#### <サービスの概要>

##### ○入 浴

週 2 回以上の入浴又は清拭を行ないます。

##### ○排 泄

排泄の自立を促すためご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

##### ○機能訓練

機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送る  
のに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

##### ○健康管理

施設配置医や看護職員を中心として、健康管理を行ないます。

##### ○相談及び援助

ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意をもって応じ、可能な  
限り必要な援助を行なうよう努めます。

##### ○自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活で過ごし、適切な整容が行なわれるよう援助します。

## <介護給付・介護予防給付サービス加算の概要と負担額>

### [体制加算]

#### ○サービス提供体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）

介護度の高いご利用者に対応するための職員配置等に関する加算

- （Ⅰ）介護福祉士を80%以上または、勤続10年以上の介護福祉士が35%以上配置している場合
- （Ⅱ）介護福祉士を60%以上配置している場合
- （Ⅲ）1.介護福祉士を60%以上  
2.常勤職員75%以上配置している場合  
3.勤続7年以上30%以上 配置している場合

#### ○生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

- ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- ・見守り機器等のテクノロジーの1つ以上導入していること。
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取り組みにより効果を示すデータの提出を行う。

#### ○夜勤職員配置加算（Ⅰ）（介護給付のみ）

要介護度の高い高齢者を中心とした生活重視型施設としての位置付けを踏まえ、介護が困難な者に対する質の高いケアを実施する観点から、基準を上回る夜勤職員の配置がある場合

#### ○介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものが、当該基準に掲げる区分に従い算定する。

（Ⅰ）算定した総単位数に加算率14%を乗じた単位数で算定

※毎月の利用総単位数により算定する金額が変わります。

### [個別加算]

#### ○指定地域内送迎加算

指定地域内（送迎サービス実施地域）の送迎をした場合

#### ○療養食加算

医師の指示に基づく療養食を提供した場合

#### ○若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症入所者（利用者）に対してサービスを行なった場合に算定します。

○口腔連携強化加算

事業所の職員が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関および介護支援専門員に対して、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回限り所定単位数を加算する。

○緊急短期入所受入加算（介護給付のみ）

居宅サービス計画において、計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に利用する場合

<介護給付サービス加算の負担額>

（1日あたり）

加 算（体 制）	介護給付額 100%	内自己負担額 10%	内自己負担額 20%	内自己負担額 30%
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	239 円	24 円	48 円	72 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	195 円	20 円	39 円	59 円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	65 円	7 円	13 円	20 円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ） （1 か月に 1 回）	108 円	11 円	22 円	33 円
夜勤職員配置加算（Ⅰ） （介護給付のみ）	141 円	15 円	29 円	43 円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護給付額 100%（A）＝所定の単位数×加算率 （14%）×1 単位の単価（10.88）			

※所定の単位数＝介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算減算）

加 算（個 別）	介護給付額 100%	内自己負担額 10%	内自己負担額 20%	内自己負担額 30%
指定地域内送迎加算（片道）	2,001 円	201 円	401 円	601 円
療養食加算	87 円	9 円	18 円	27 円
若年性認知症利用者受入加算	1,305 円	131 円	261 円	392 円
口腔連携強化加算（1 か月に 1 回）	544 円	55 円	109 円	164 円
緊急短期受入加算（介護給付のみ）	979 円	98 円	196 円	294 円

## (2) 介護保険の基準外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

### <サービスの概要>

#### ○居室の提供

#### ○食 事

管理栄養士（栄養士）が、ご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）	朝 食：	8：00～	9：00
	昼 食：	12：00～	13：00
	夕 食：	18：00～	19：00

#### ○おやつ

ご希望者におやつを提供します。

#### ○特別な食事

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

#### ○行事食

季節に合わせたお食事を提供します。

#### ○理髪・美容

理美容師の出張によるサービスを実費にて提供します。

#### ○電話代

実費とし、料金表示による金額をお支払いいただきます。

#### ○電気代

ご利用者個人の家電製品を使用する場合実費をお支払いいただきます。

#### ○日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当である場合は費用を負担していただきます。

#### ○代行出張費

ご利用者の希望により、代行出張を行った場合実費をお支払いいただきます。

#### ○指定地域以外の送迎

指定地域以外から送迎の場合はご負担していただきます。

#### ○協力病院以外への通院

ご希望の病院に通院される場合にご負担していただきます。

#### ○レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

○行事代

費用のかかる行事に参加された場合に負担していただきます。

○複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、  
複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

○写真代

施設で撮影をした写真を購入いただけます。

料金は、使用したカメラにより異なります。

○その他

個人にかかる費用があった場合に負担していただきます。

〈介護保険の基準外サービスの料金〉

項 目	利 用 料 金
おやつ代（利用者希望）	190円／日
特別な食事（利用者希望）	牛乳80円・ヨーグルト80円・濃厚プリン80円
行 事 食	600円
理髪・美容代	1,900円／回
電 話 代	実 費（料金表示による）
日用生活品費	ティッシュ100円・入れ歯洗浄剤450円・歯ブラシ160円等
指定地域外の送迎（片道）	1,900円／1単位毎
協力病院以外の通院交通費	実 費
クラブ活動・レクリエーション代	実 費（書道・ちぎり絵100円、折り紙50円）
行事代（外出レクリエーション等）	実 費
電気代Ⅰ・Ⅱ型 （私物電気製品使用）	Ⅰ型：テレビ・アンカ類・携帯電話等15円／日 Ⅱ型：電気毛布・冷蔵庫等25円／日 ※その他電気製品は消費電力、利用時間によりⅠ・Ⅱ型に分類
代行出張費用（個別対応の者）	3km以内：400円／回 （3km以上：400円／回 +200円/30分）
複写物の交付	20円／枚
写 真 代（デジタルカメラ使用） 画像データ・記憶媒体（CD/DVD等）	25円／枚 実 費
その他（個人にかかる費用等）	実 費

※ 介護保険給付対象外サービス（介護保険の基準外サービス）について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更内容と変更する事由について、変更前にご説明いたします。

### (3) サービス料金

- ・居室に要する費用（光熱水費・修繕維持費及び室料【建物設備等の減価償却費等】）  
施設及び設備を利用し、居住されるにあたり、利用者の方には光熱水費相当額、修繕維持費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）を、ご負担していただきます。  
但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、認定証に記載された滞在費を負担していただきます。
- ・食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）  
ご利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。  
実質相当額の範囲内にて負担していただきます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額をご負担していただきます。

- ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と居室に係る自己負担額（滞在費）と食事に係わる自己負担額の合計金額をお支払い下さい（利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります）。  
滞在費・食費については、所得に応じた負担限度額が設けられ、自己負担が軽減される「利用者負担段階」が設定されています。段階に応じた金額は、介護保険負担限度額認定証に記載されています。

### サービス料金

介護度等 項目		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数		451	561	603	672	745	815	884
① 短期入所介護費		4,906 円	6,103 円	6,560 円	7,311 円	8,105 円	8,867 円	9,617 円
介護保険給付額	② 1 割負担の方	4,415 円	5,492 円	5,904 円	6,579 円	7,294 円	7,980 円	8,655 円
	③ 2 割負担の方	3,924 円	4,882 円	5,248 円	5,248 円	6,484 円	7,083 円	7,693 円
	④ 3 割負担の方	3,434 円	4,272 円	4,592 円	5,117 円	5,673 円	6,206 円	6,731 円
自己負担額	⑤ 1 割負担の方	491 円	611 円	656 円	732 円	811 円	887 円	962 円
	⑥ 2 割負担の方	982 円	1,221 円	1,312 円	1,463 円	1,621 円	1,774 円	1,924 円
	⑦ 3 割負担の方	1,472 円	1,831 円	1,968 円	2,194 円	2,432 円	2,661 円	2,886 円



項目 \ 所得段階	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
⑧ 居住に係る自己負担額※	380 円 (0) 円	480 円 (430) 円	880 円 (430) 円	880 円 (430) 円	1,580 円 (1,100) 円
食費に係る自己負担額 ⑨	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,900 円
自己負担合計	(⑤または⑥または⑦)と⑧+⑨の合計額となります。				

※上段が個室、下段の（ ）内は多床室の金額です。

※金額については端数処理による誤差が生じます。

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額を変更します。

※居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

- ・食事に係る自己負担について 1 日の内訳は、下記のとおりです。

1 日の食事	朝 食	昼 食	夕 食
金 額	5 0 0 円	7 5 0 円	6 5 0 円

〈介護保険改正時における利用料金の変更について〉

※介護保険基準サービス費・介護保険基準外サービス費・食費・滞在費は、介護保険の改正が行われた際、改正に準じて費用が変更される場合があります。その場合変更内容と変更する事由についてご説明し、重要事項説明書または変更同意書の取り直しをいたします。

#### (4) 利用料金のお支払い方法

前記 (1)、(2)、(3) の料金・費用は、利用月の月末に締めて計算し、ご請求しますので、翌月 27 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい（1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします）。

- 1) 窓口での現金支払（9～17 時まで受け付けます）
- 2) 自動口座引き落とし（指定金融機関の口座から引き落とします）
- 3) 指定金融機関への振込み（手数料はご利用者の負担となります）

\* 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります（介護保険外の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、ご利用者の同意を得ることになります）。

## 7. サービス利用の中止

- (1) ご予約後、サービス利用を中止すると予測される場合は、できるだけ早くご連絡ください。
- (2) ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけ早目にご連絡ください。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となりますので、ご了承ください。  
但し、ご利用者の容態の急変など、家族内で各種感染症発症により利用が難しくなった場合等、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、ご利用者負担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
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 5 0 %
サービス利用日の当日	利用者負担金の 1 0 0 %

## 8. 職員の医療行為について

厚生労働省の通知（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 号 厚生労働省医政局長通知）を受け、当施設は指針に沿って、介護職員による口腔内吸引と経管栄養を実施します。対象となるご利用者については、往診医と看護職員の相談のもと、判断させていただきます。開始の時期についてはご家族に説明を行ない、了解を得て、専用の同意書に署名・捺印をいただいてから実施します。

## 9. 契約の終了（解約及び契約解除）

以下のような事由がない限り、サービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了となります。

- (1) ご利用者が死亡した場合
- (2) 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- (3) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- (4) 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- (5) 事業者が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- (6) ご契約者から解約及び契約解除の申し出があった場合

契約の有効期間であっても、ご利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。この場合には、ご利用者は契約終了を希望する日の 7 日前までに事業者へ通知するものとします。

但し以下の場合には即時に契約を解約・解除し施設を退所することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合

- ②ご利用者が入院された場合
- ③利用者に係る居宅サービス計画書（ケアプラン）が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者及びご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（７）事業者から契約解除の申し出を行なった場合

事業者は、ご利用者が以下の事項に該当する場合には、契約を解除することができます。

- ①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者による、サービス利用料金の支払が３ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行なうなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じられた場合

## 10. 医療提供

### <協力病院>

医療機関の名称：西横浜国際総合病院

所在地：横浜市戸塚区汲沢町５６

理事長：三瓶 健二

### <協力歯科医療機関>

医療機関の名称：さくらぎ逗子歯科

所在地：逗子市逗子２－１０－８ＮＦＣビル２階

理事長：戸谷 恵理子

### <協力医療機関>

医療機関の名称：戸塚共立第一病院

所在地：横浜市戸塚区戸塚町１１６

理事長：横川 秀男

医療機関の名称：生協戸塚病院

所在地：横浜市戸塚区汲沢町 1 0 2 5－6

理事長：池田 俊夫

医療機関の名称：戸塚共立第一病院附属さくらクリニック（皮膚科）

所在地：横浜市戸塚区戸塚町 1 1 6－3

院長：三宅 浩行

医療機関の名称：南大和病院

所在地：大和市下和田 1 3 3 1 番 2 号

院長：茅野 修史

## 11. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたり、施設入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### （１）面 会

面会時間 9：00～20：00

面会時間以外に来所される場合は、事前に連絡をお入れ下さい。

面会時は必ず本館 1 階受付にて面会簿にご記入下さい。

なお、感染症流行時期は面会制限をする場合がございます。

### （２）外 出

外出の際には必ず届出用紙にご記入いただき、行先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。

なお、感染症流行時期は外出制限をする場合がございます。

### （３）食 事

食事が不要ない場合は、前日までに申し出て下さい。前日までに申し出があった場合には、「食事に係る自己負担額」は減免されます。

### （４）施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用下さい。
- ・故意に又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

### （５）喫 煙

施設指定の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

### （６）迷惑行為等禁止

利用者及び家族等が事業者や職員に対してのカスタマーハラスメント行為（暴言暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為等）及びにセクシャルハラスメントな

どのハラスメント行為を禁止します。なお、ハラスメント行為により、他利用者・事業者・職員に身体的・精神的苦痛及び業務妨害が与えられた場合は、当法人の顧問弁護士に相談の上、法的措置を取る場合がございます。

(7) 宗教・政治活動

当施設の職員や他の利用者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行なうことはできません。

(8) 動物飼育

施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

(9) 医療機関の受診について

病気・ケガ等による受診は、ご家族の方をお願いいたします。

緊急時は救急車にて対応します。

(10) 居室について

入所後、ご利用者ご本人または他利用者の心身状況の変化に伴い、ご利用の居室を変更させていただく場合があります。変更時はご家族とケアマネジャーにご連絡いたします。

(11) 記録物について

施設で作成し保存しているご利用者の個人情報。記録については、ご利用者及び代理人は、いつでも閲覧できます。また、実費にて複写することもできます。

(12) 利用者の満足度等の調査及び調査結果データの厚生労働省への報告について

利用者の安全及びケアの質の確保の取組にて実施される。利用者の満足度等の調査及び調査結果データの厚生労働省への報告は、利用者または家族等に必要な説明を行ない、同意を得て行います。

12. 身体的拘束等の禁止について

当施設で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は行いません。但し、ご利用者自身又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合は、この限りではありません。その際は事前に検討のうえ、文章により同意を得たうえで行います。

13. 虐待防止について

利用者の人権擁護・虐待の防止等のために虐待防止委員会を設置します。職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

14. 非常災害時について

(1) 災害対応

施設では、非常時の体制で早期の業務再開を図るために業務継続計画を策定します。さらに、非常災害に備えるため想定される災害に係る避難訓練、救出その他必要な訓練を行っております。

## (2) 福祉避難所について

横浜市と協定を締結し、「福祉避難所」として登録されております。大規模災害が発生した時に地域防災拠点や自宅での避難生活が難しいと判断された方（高齢者・要援護者・要支援者）を要請により、受け入れいたします。

※福祉避難所が必要な機能や役割を果たすために、対象と判断された方以外は受入れ致しません。

要援護者を受け入れるために当施設における緊急入所は、最大で32名となっております。現入所の居室内に要援護者が入所する場合がありますのでご了承ください。

## 15. 感染症対策について

感染症の発生および蔓延防止のため感染対策委員会の設置をします。業務継続計画の策定・指針の整備・研修開催・訓練の実施を行います。

## 16. ICT（情報通信技術）の活用について

ICTを活用して各種の会議開催する場合は「医療介護関係事業者における個人情報取り扱いのためのガイダンス」「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして実施します。利用者・家族が参加するときは同意を得たうえで実施します。

## 17. 苦情の受付について

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の相談窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口（その他、苦情受付ボックス・施設第三者委員会を設置）

〔職名〕天王森の郷施設管理者：林 英男

生活相談員：菅原宏介・森 和子

- ・施設第三者委員（令和7年4月1日現在）

堀 有孝：元横浜市社会福祉協議会職員

富井 亨：元横浜市社会福祉協議会職員

### (2) 苦情処理の流れ

【苦情の受付】：苦情受付担当者・第三者委員及び各行政機関、苦情受付機関が苦情を受け付け、苦情受付担当者が苦情申請者へ内容等の確認をします。

【苦情受付の報告・確認】：苦情解決責任者へ受けた苦情について報告します。

【苦情解決に向けての話し合い】：苦情解決責任者は苦情申し出人との話し合い  
↓  
による解決に努め更に苦情検討会での話し  
合いを行い、速やかに改善案を確立し、苦情  
の解決に努めます。

※申請者が不明の場合(匿名等)も同様に行います。

【苦情解決の結果の記録】：上記の話し合いの内容について、今後のサービスの  
質の向上や、運営の適正化の為に記録を作成し、  
保管します。(5年間保存)

以上のような流れで苦情の早期解決・改善に努めます

(3) 行政機関その他苦情受付機関 (令和7年7月1日現在)

- ・横浜市泉区役所 高齢・障害支援課  
電 話：045-800-2436 FAX：045-800-2513
- ・はまふくコール(横浜市苦情相談コールセンター)  
電 話：045-263-8084 FAX：045-681-5457
- ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課(介護苦情相談係)  
電 話：045-329-3447
- ・かながわ福祉サービス運営適正化委員会  
電 話：045-311-8861 FAX：045-312-6302

18. 成年後見人制度について

成年後見人制度とは、判断能力が不十分の方を保護し、成年後見人がご自分で判断することが困難となった方に代わり、本人の利益・権利が守られるようにする制度です。将来を考え、ご相談されることをお勧めします。

<参考関係機関>

- ・泉区社協あんしんセンター  
電話 045-802-2295 FAX 045-804-6042
- ・社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会(かながわ成年後見推進センター)  
地域福祉部 権利擁護推進課  
電話 045-534-6045(相談専用 045-311-8873) FAX 045-314-3472
- ・社団法人成年後見センター・リーガルサポート 神奈川県支部  
電話 045-640-4345 FAX 045-640-4346
- ・公益社団法人神奈川県社会福祉士会(ばあとなあ神奈川)  
成年後見人制度に関する相談窓口 専用電話 045-314-5500

## 19. 施設利用についての同意事項

### 個人情報使用について

利用者・利用者代理人・身元引受人の個人情報・要配慮個人情報・個人識別符号等の使用については、令和４年４月１日施行 改正個人情報保護法に基づき、下記に記載するところにより必要目的内で使用することに同意します。

#### 【使用内容】

- (1) 居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所と連携
- (2) 行政からの問い合わせ等
- (3) 介護保険認定調査等の各種調査
- (4) 施設生活の必要な介護・看護・相談・ケアマネジャー・請求等の業務
- (5) 利用者の受診・入院・退院等の医療に関する使用
- (6) その他業務運営に関わる事項

#### 【使用する範囲】

- (1) 社会福祉法人たちばな会
- (2) 居宅介護支援事業所
- (3) 居宅サービス事業所
- (4) 行政機関
- (5) 医療機関
- (6) その他（利用者代理人の承諾を得た場合）

個人情報等は適切な業務運営、その他の必要と認められる目的以外の目的に利用・第三者提供はいたしません。

【使用する期間】 入所契約の有効期間と同一期間とする。

## 附 則

この重要事項説明書は、	平成13年	3月	1日から施行する。
（第1回改正）	平成17年	10月	1日から施行する。
（第2回改正）	平成18年	3月	1日から施行する。
（第3回改正）	平成18年	4月	1日から施行する。
（第4回改正）	平成19年	5月	1日から施行する。
（第5回改正）	平成19年	6月	1日から施行する。
（第6回改正）	平成19年	8月	1日から施行する。
（第7回改正）	平成19年	12月	1日から施行する。
（第8回改正）	平成20年	9月	1日から施行する。
（第9回改正）	平成20年	12月	16日から施行する。
（第10回改正）	平成21年	4月	1日から施行する。
（第11回改正）	平成21年	6月	1日から施行する。
（第12回改正）	平成21年	8月	1日から施行する。
（第13回改正）	平成22年	4月	1日から施行する。
（第14回改正）	平成22年	11月	1日から施行する。



( 第15回改正 )	平成23年 7月 1日から施行する。
( 第16回改正 )	平成24年 4月 1日から施行する。
( 第17回改正 )	平成25年 4月 1日から施行する。
( 第18回改正 )	平成25年11月 1日から施行する。
( 第19回改正 )	平成26年 1月10日から施行する。
( 第20回改正 )	平成26年 4月 1日から施行する。
( 第21回改正 )	平成27年 4月 1日から施行する。
( 第22回改正 )	平成27年 8月 1日から施行する。
( 第23回改正 )	平成28年 4月 1日から施行する。
( 第24回改正 )	平成29年 2月 1日から施行する。
( 第25回改正 )	平成29年 4月 1日から施行する。
( 第26回改正 )	平成30年 4月 1日から施行する。
( 第27回改正 )	平成30年 8月 1日から施行する。
( 第28回改正 )	平成30年10月 1日から施行する。
( 第29回改正 )	平成31年 4月 1日から施行する。
( 第30回改正 )	令和 元年 5月 1日から施行する。
( 第31回改正 )	令和 元年10月 1日から施行する。
( 第32回改正 )	令和 3年 4月 1日から施行する。
( 第33回改正 )	令和 3年 9月 1日から施行する。
( 第34回改正 )	令和 4年 1月 1日から施行する。
( 第35回改正 )	令和 4年 4月 1日から施行する。
( 第36回改正 )	令和 4年10月 1日から施行する。
( 第37回改正 )	令和 5年 4月 1日から施行する。
( 第38回改正 )	令和 6年 4月 1日から施行する。
( 第39回改正 )	令和 6年 6月 1日から施行する。
( 第40回改正 )	令和 6年 8月 1日から施行する。
( 第41回改正 )	令和 7年 4月 1日から施行する。
( 第42回改正 )	令和 7年 7月 1日から施行する。
( 第43回改正 )	令和 7年11月 1日から施行する。

短期入所生活介護（介護予防）サービス契約の締結にあたり、本書面に基づき重要事項・施設利用についての同意事項の説明を行ないました。

重要事項説明・施設利用についての同意事項を証するために本書2通を作成し、事業者・利用者が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

令和          年          月          日

事業者      住      所：神奈川県横浜市泉区和泉町733番地  
事業者名：社会福祉法人 たちばな会  
                 ショートステイセンター      天王森の郷

代 表 者：理事長   鈴   木   啓   正                  印

説 明 者：\_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項・施設利用についての同意事項の説明を受け、短期入所生活介護（介護予防）サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者      住      所：\_\_\_\_\_

氏   名：\_\_\_\_\_ 印

利 用 者      住      所：\_\_\_\_\_

代 理 人

氏   名：\_\_\_\_\_ 印

続   柄：\_\_\_\_\_

身元引受人      住      所：\_\_\_\_\_

氏   名：\_\_\_\_\_ 印

続   柄：\_\_\_\_\_