

さくらハウス七瀬川

指定地域密着型通所介護・介護予防型デイサービス重要事項説明書

1. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所 平成 30 年 4 月 20 日指定 京都市 2690900457 号
介護予防型デイサービス事業所 平成 30 年 4 月 20 日指定 京都市 2690900457

(2) 事業所の目的

社会福祉法人・京都老人福祉協会が運営するさくらハウス七瀬川指定地域密着型通所介護事業所・介護予防型デイサービス事業所（以下「事業所」という）が行う指定地域密着型通所介護事業所・介護予防型デイサービス事業所（以下「事業」という）の適正な運営を図るため職員を配置し、管理運営に関する事項を定め、要介護状態、要支援状態にある高齢者又は事業対象者に対し、適正な指定地域密着型通所介護・介護予防型デイサービス（以下「サービス」という）を提供することを目的とする。

(3) 事業所の名称

さくらハウス七瀬川

(4) 事業所の所在地

京都市伏見区深草小久保町 260・261 番地

(5) 電話番号

075-643-6510

(6) 当事業所の運営方針

- 1 本事業所において提供するサービスは、介護保険法並びに関係する政省令及び「京都市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」等に定める内容を遵守し事業を実施するものとする。
- 2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに利用者及び家族のニーズを的確にとらえ、個別に地域密着型通所介護計画・介護予防型デイサービス介護計画・（以下「介護計画」という）を作成し、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- 3 利用者またはその家族に対し、サービス内容及び提供方法について解りやすく説明する。
- 4 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- 5 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。
- 6 感染症や非常災害の発生時においても支援を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を計るための計画を策定し、計画に従って必要な措置を行う。
- 7 感染症の発生及びまん延しないよう、対策を検討すると共に指針を整備し、職員に対して研修及び訓練を定期的実施する。（感染防止対策のため、テレビ電話装置その他の情報通信機器の活用を検討する）
- 8 居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント計画（以下「サービス計画」という）にそったサービスを提供する。

(7) 営業日及び営業時間

【営業日】 月～土（年末年始を除く） 【受付時間】 8 時 30 分～17 時 30 分

【サービス提供時間】 8 時 30 分～17 時 までの間でサービス計画に位置づけられた所定時間

(8) 利用定員 18 人

(9) 通常の事業の実施地域

京都市伏見区（住吉学区 竹田学区油小路通以東、深草支所管内（深草学区 藤ノ森学区）

2. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供する職員として、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。

＜主な職員の勤務体制＞

職 種	
管理者（兼務）	1 名
介護職員（兼務含む）	8 名
相談員（兼務含む）	2 名
看護職員（兼務）	2 名
機能訓練指導員（兼務）	2 名

職 種	時 間
生活相談員	日勤 8:30 ～ 17:30
介護職員	
看護職員	日勤 8:30 ～ 17:30
機能訓練指導員	

*看護師の勤務は受入れ状況により変化いたします。

3. サービスと利用料金

(1)食事（但し、食費は別途いただきます。）

- ・必要に応じて当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及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） 昼食 11：30～13：30

(2)入浴

- ・必要に応じてご利用者の入浴の介助又は清拭を行います。身体の不自由な方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

(3)排泄

- ・必要に応じてご利用者の排泄の介助を行います。

(4)送迎

- ・必要に応じて上記サービス利用時は、通常の事業の地域の場合、ご自宅まで送迎します。車いすの必要な方は、身体状況に合わせ、リフト付車で送迎します。

(5) 機能訓練

- ・必要に応じてサービス計画に基づいた介護計画のもと行います。

＜サービス利用料金（月額包括および1回あたり）＞（契約書第8条参照）

下記の単位表によって、ご利用者の要介護度・もしくは回数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）をお支払い下さい。なお、京都市の場合、地域単価は1単位10.45円です。

○介護予防型

		介護予防型	
入浴の有無		入浴 あり	入浴 無し
月額(包括)報酬	週1回程度	1,798 単位	1,598 単位
	週2回程度	3,621 単位	3,221 単位
一回当たり報酬	1～4回/月	436 単位	388 単位
	5～8回/月	447 単位	398 単位

＊上記のほか、加算を算定した場合に、栄養アセスメント加算 50 単位/月、生活機能向上連携加算Ⅰ 100 単位/月、生活機能向上連携加算Ⅱ 200 単位/月、栄養改善加算 200 単位/月、口腔機能向上加算Ⅰ 150 単位/月、口腔機能向上加算Ⅱ 160 単位/月、口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ 20 単位/回、口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ 5 単位/回、科学的介護推進体制加算 40 単位/月が加算されます。

＊上記の加算の組み合わせにより一体的サービス提供加算 480 単位/月が加算される場合があります。

＊介護保険の2号被保険者で認知症を有する場合、若年性認知症利用者受入加算 240 単位/月が加算されます。

＊人員配置により、サービス提供体制強化加算として週一回程度の場合（Ⅰ）88 単位/月、（Ⅱ）72 単位/月、（Ⅲ）24 単位/月、介護予防型週二回程度の場合（Ⅰ）176 単位/月、（Ⅱ）144 単位/月、（Ⅲ）48 単位/月のいずれかが加算される場合があります。

＊同一建物内（さくらハウス七瀬川サービス付き高齢者向け住宅）の住居から利用される場合は、週1回のご利用の場合 376 単位/月、週2回ご利用の場合 752 単位/月が所定単位数から減算されます。

＊ご自宅から事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 47 単位を所定単位数から減算されます。

＊食費（介護保険対象外）・・・食材料費と調理に関わる費用 1食あたり昼食 750 円※提供する場合のみ

＊キャンセル料・・・前日の午後5時30分以降のキャンセルは食費相当額（昼食代 750 円）を請求させて頂きます。（食事提供を伴うサービスの場合のみ）

＊介護職員等処遇改善加算Ⅰとして算定した単位数に9.2%を乗じた単位が加算されます。

○地域密着型通所介護

基本サービス 単位数 1回につき	所要時間	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	3～4 時間	416 単位	478 単位	540 単位	600 単位	663 単位
	4～5 時間	436 単位	501 単位	566 単位	629 単位	695 単位
	5～6 時間	657 単位	776 単位	896 単位	1,013 単位	1,134 単位
	6～7 時間	678 単位	801 単位	925 単位	1,049 単位	1,172 単位
	7～8 時間	753 単位	890 単位	1,032 単位	1,172 単位	1,312 単位
	8～9 時間	783 単位	925 単位	1,072 単位	1,220 単位	1,365 単位

＊感染症や災害の影響により前年度比で一定数の利用者が減少した場合には3か月もしくは6か月の間、上記単位数に対し3.0%の加算が行われます。

＊上記のほか、加算を算定した場合に、個別機能訓練加算（Ⅰ）56 単位/日、（Ⅰ ロ）85 単位/日、（Ⅱ）20 単位/月、ADL 維持等加算（Ⅰ）30 単位/月、（Ⅱ）60 単位/月、栄養アセスメント加算 50 単位/月、栄養改善加算 200 単位（月 2 回まで）、口腔機能向上加算（Ⅰ）150 単位（月 2 回まで）、（Ⅱ）160 単位（月 2 回まで）、中重度者ケア体制加算 45 単位/日、生活機能向上連携加算（Ⅰ）100 単位/月、（Ⅱ）200 単位/月（個別機能訓練加算算定の場合は 100 単位/月）、認知症加算 60 単位/日、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）20 単位/回、（Ⅱ）5 単位/回、入浴介助加算（Ⅰ）40 単位/回、（Ⅱ）55 単位/回、科学的介護推進体制加算 40 単位/月が加算されます。

＊介護保険の 2 号被保険者で、認知症を有する場合、60 単位/日が加算されます（若年性認知症利用者受入加算）。

＊同一建物内（さくらハウス七瀬川サービス付き高齢者向け住宅）の住居から利用される場合は、1 日につき 94 単位が所定単位数から減算されます。

＊ご自宅から事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 47 単位を所定単位数から減算されます。

＊人員配置により、サービス提供体制強化加算として（Ⅰ）22 単位/日、（Ⅱ）18 単位/日、（Ⅲ）6 単位/日のいずれかが加算される場合があります。

＊所要時間が 9 時間を超えるときは、その時間数に応じて時間延長サービス加算として下記が加算されます。

9 時間以上 10 時間未満	50 単位
10 時間以上 11 時間未満	100 単位
11 時間以上 12 時間未満	150 単位
12 時間以上 13 時間未満	200 単位
13 時間以上 14 時間未満	250 単位

＊食費（介護保険対象外）・・・食材料費と調理に関わる費用 1 食あたり昼食 750 円※提供する場合のみ

＊キャンセル料・・・前日の午後 5 時 30 分以降のキャンセルは食費相当額（昼食代 750 円）を請求させていただきます。（食事提供を伴うサービスの場合のみ）

＊介護職員等処遇改善加算Ⅰとして算定した単位数に 9.2%を乗じた単位が加算されます。

○ 利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
イ. 下記指定口座への振り込み
京都銀行 墨染支店 普通預金 3902875
名義 社会福祉法人京都老人福祉協会

4. 事故発生時の対応について

契約書第 14 条と第 16 条の記載の通り、事故発生時は、ご家族及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、京都府や保険者と連携しながら、誠意をもって必要な措置を講じます。

5. 緊急時の対応について

ご利用者に対するサービスの提供中に、ご利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかにご家族、主治医、居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、急を要する場合は、事業所の判断により、救急車両を要請するとともに、必要に応じて京都市・保険者へ連絡します。

6. 個人情報の保護

事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切に取り扱うものとする。

事業所が取り扱う利用者及び家族等の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族等の個人情報を用いる場合は当該家族等の同意をあらかじめ文書により得るものとする。

7. 虐待の防止・その他

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を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る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市町村に通報するものとする。

8. 相談・要望・苦情及びサービス内容等は、下記窓口まで

当事業所へのご相談等は、以下の専用窓口で受け付けます。(担当者変更の場合は、ご連絡いたします)

① 受付担当者名	山根 啓輔 (相談員)	電話 075-643-6510
解決担当者名	大西 一代 (管理者)	電話 075-643-6510

その他、当施設以外に区役所・京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

伏見区役所	保健福祉センター健康長寿推進課	電話 075-611-2278
伏見区 深草支所	保健福祉センター健康長寿推進課	電話 075-642-3603
伏見区 醍醐支所	保健福祉センター健康長寿推進課	電話 075-571-6471
国民健康保険団体連合会	介護相談係	電話 075-354-9090
京都府社会福祉協議会	運営適正化委員会	電話 075-252-2152

第三者委員	井上 幸夫	電話 075-601-5390
	高橋 猛	電話 090-4641-0777
	田村 充子	電話 075-571-4181

9. 第三者評価の実施状況 (有・無)

〈実施年月日〉

〈評価機関〉

〈評価結果〉

居宅サービスの利用にあたり、利用者様に対して重要事項説明書を交付の上、サービスの提供と利用料金及び重要事項説明書の説明をしました。

説明年月日 令和 年 月 日

事業者

住所 京都市伏見区大亀谷古御香町 59 番地 60 番地

事業者

〈法人名〉 社会福祉法人京都老人福祉協会

〈事業所名〉 さくらハウス七瀬川

代表者名 理事長 馬場 協一郎

説明者 相談員

氏名

私は、重要事項説明書に基づいて居宅サービスの内容及び利用料金、重要事項の説明を受け、その内容に同意に同意のうえ、本書面を受領しました。

利用者本人

住所

氏名

(署名・法定)代理人

住所

氏名

(利用者との関係)

個人情報の利用に関する同意書

サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業所との連絡調整等に必要な範囲において、利用者及び利用者の家族の個人情報を使用する事に同意します。

令和 年 月 日

〈利用者〉

住所 _____

氏名 _____ 印

〈家族〉

住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄:) _____

〈家族〉

住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄:) _____

利用者は身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

〈署名代行者〉

住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者との関係: _____)