

さくらハウス七瀬川

指定訪問介護・介護型ヘルプサービス・生活支援型ヘルプサービス・支え合い型ヘルプサービス 事業重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定訪問介護事業所・平成30年4月20日指定 京都市 2670917570 号
介護型ヘルプサービス事業所・平成30年4月20日指定 京都市 2670917570 号
生活支援型ヘルプサービス事業所・平成29年4月1日指定 京都市 26A0900116 号
支え合い型ヘルプサービス事業所・平成29年4月1日指定 京都市 26A0900850 号

(2) 事業所の目的

社会福祉法人京都老人福祉協会の開設するさくらハウス七瀬川（以下「事業所」という）が行う指定訪問介護、介護型ヘルプサービス、生活支援型ヘルプサービス、支え合い型ヘルプサービスの事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者、京都市支え合い型ヘルプサービス従事者養成研修修了者（以下「訪問介護員等」という）が、要介護状態又は要支援状態又は事業対象者に対し、適正な指定訪問介護、介護型ヘルプサービス、生活支援型ヘルプサービス、支え合い型ヘルプサービス（以下を合わせて「サービス」という）を提供することを目的とする。

(3) 事業所の名称等 さくらハウス七瀬川

京都市伏見区深草小久保町 260・261 番地 075-643-6520

(4) 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厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- 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、個別に訪問介護計画・介護型ヘルプサービス計画書・生活支援型ヘルプサービス計画書・支え合い型ヘルプサービス計画書（以下合わせて「介護計画」という）を作成することにより、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に実施する。（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・介護予防マネジメント計画（以下合わせて「サービス計画」という）にそった訪問介護を提供する。

(5) 営業日及び営業時間

【営業日】年中無休 【受付時間】8時30分 ～ 17時 【サービス提供時間】6時 ～ 24時

(6) 通常の事業実施地域

京都市伏見区

2. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約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＞ ※サービス提供時間においてシフト制です。

職 種	
センター長（管理者・兼務）	1 名
サービス提供責任者	4 名
ヘルパー	22 名

3. サービスと利用料金

サービスの所要時間は、実際の滞在時間ではなく、介護計画に位置づけられたサービスを行なうための標準時間です。実際の滞在時間が少なくなる場合があります。

（1）総合事業指定訪問型サービス

（2）指定訪問介護（①身体介護 ②生活援助）

＜サービス利用料金（1 日あたり）＞（契約書第 8 条参照）

下記の料金表によって、ご利用者のサービス種類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 単価 10.7 円です。

（上記サービスの利用料金は、ご利用者のサービス内容・提供時間に応じて異なります。）

（1）総合事業指定訪問型サービス

		介護型	生活支援型	支え合い型
サービス提供内容		訪問介護員による 身体介護含む支援 (身体介護+生活援助)	訪問介護員による 生活援助	京都市が定める研修 の修了者等による生 活援助
月額 (包括) 報酬	週 1 回程度	1, 176	987	877
	週 2 回程度	2, 349	1, 972	1, 752
	週 2 回超程度★	3, 727	3, 129	2, 779
1 回当たり報酬 (月 12 回まで)		287	220	214

★要支援 2 の認定をお持ちの方のみ

- ※ 新規計画を作成した場合、過去 2 ケ月の間にサービス提供がなされていない場合、要支援⇄要介護の間で区分変更があった場合に、サービス提供責任者が利用の開始月に訪問あるいは同行した場合、初回加算として 200 単位が加算されます。
- ※ 外部のリハビリテーション事業所のリハビリ専門職等から助言を受ける体制を構築し、かつ助言を受けて個別サービス計画を作成し、サービス提供の場や ICT 等を活用した動画等により状態を把握し助言を定期的に受けた場合に、生活機能向上連携加算（Ⅰ）として 1 月につき 100 単位が加算されます。
- ※ 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が指定訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者等が同行した場合に、生活機能向上連携加算（Ⅱ）として 1 月につき 200 単位が加算されます。
- ※ 事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を行った場合に、口腔連携強化加算として 1 月に 1 回を限度とし 50 単位が加算されます。
- ※ 指定支え合い型ヘルプサービスにおいて、運営・マッチング担当者を常勤で配置した場合、利用回数により 1 月につき 115 単位（週 1 回程度）、230 単位（週 2 回程度）、365 単位（週 2 回超程度）が加算されます。

※介護職員等処遇改善加算Ⅰとして算定した単位数に24.5%を乗じた単位が加算されます。

(2) 指定訪問介護

	身体介護		生活援助
20 分未満	163 単位	20 分～45 分未満	179 単位
20 ～ 30 分未満	244 単位	45 分以上	220 単位
30 ～ 60 分未満	387 単位		
60 ～ 90 分未満	567 単位		
以後 30 分ごとに	+82 単位		

- ※ 身体介護と生活援助が混在する場合は、生活援助は 70 分（65 単位×3=195 単位）が介護給付の上限になります。
 - ※ 提供時間帯によって下記のとおり加算されます。
 - 夜間早朝（6 時～8 時と 18 時～22 時）の場合・・・25%加算
 - 深夜（22 時～6 時）の場合・・・50%加算
 - ※ 支給限度額を超えたサービス提供については、10 割負担（全額自己負担）となります。
 - ※ 伏見区以外にお住まいの方、サービス提供上必要とされる費用につきましては別途利用料が必要です。
 - ※ 新規計画を作成した場合、過去 2 ケ月の間にサービス提供がなされていない場合、要支援⇔要介護の間で区分変更があった場合に、サービス提供責任者が利用の開始月に訪問あるいは同行した場合、初回加算として 200 単位が加算されます。
 - ※ 訪問が予定されていない場合に、緊急でご利用された場合に緊急時訪問介護加算として 1 回に 100 単位が加算されます（受付から 24 時間以内の訪問、身体介護のみ）。
 - ※ 外部のリハビリテーション事業所のリハビリ専門職等から助言を受ける体制を構築し、かつ助言を受けて個別サービス計画を作成し、サービス提供の場や ICT 等を活用した動画等により状態を把握し助言を定期的に受けた場合に、生活機能向上連携加算（Ⅰ）として 1 月につき 100 単位が加算されます。
 - ※ 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が指定訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者等が同行した場合に、生活機能向上連携加算（Ⅱ）として 1 月につき 200 単位が加算されます。
 - ※ 事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を行った場合に、口腔連携強化加算として 1 月に 1 回を限度とし 50 単位が加算されます。
 - ※ 当事業所は、特定事業所としての体制要件・人材要件を満たしており、特定事業所加算Ⅱ（所定単位数に 10% を加算）を算定致します。
- ※介護職員等処遇改善加算Ⅰとして算定した単位数に24.5%を乗じた単位が加算されます。

(3) キャンセル料

ご契約者の都合により予定されていたサービスをキャンセルされる場合は、当事業所までキャンセルの旨の連絡をお願いいたします。

サービス提供予定日の前日午後 5 時までに連絡がない場合、計画されたサービス所要時間に対して、30 分につき 300 円の割合でキャンセル料をお支払い頂きます。但し、介護型ヘルプサービス、生活支援型ヘルプサービス、支え合い型ヘルプサービスの事業を月額報酬でご利用の場合は除きます。

○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、従業員に周知徹底を図る。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
 - (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・苦情及び緊急時の連絡等について

当事業所におけるご相談等は、以下の専用窓口で受け付けます。

- | | | | |
|--------------------------|--------|-------------|-----------------|
| ① 受付担当者名 | 横山 菜奈美 | (サービス提供責任者) | 電話 075-643-6520 |
| 解決担当者名 | 大西 一代 | (事業所管理者) | 電話 075-643-6520 |
| (担当者に変更があった場合は、ご連絡いたします) | | | |

- ② 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・苦情窓口で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 075-642-3616
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
高橋 猛
田村 充子

電話 075-601-5390
電話 090-4641-0777
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 京都市伏見区深草大亀谷東古御香町 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 印

説明者 サービス提供責任者

氏名 印

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 印

(署名・法定)代理人

住所

氏名 印

(利用者との関係)

個人情報の利用に関する同意書

サービス担当国会議、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: _____)