

東高瀬川デイサービスセンター

通所介護事業・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 指定通所介護事業所・平成12年4月1日指定 京都市2670900154号
指定介護予防通所介護・平成18年4月1日指定 京都市2670900154号

(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東高瀬川デイサービスセンター通所介護・介護予防型デイサービス（以下「事業所」という）が行う指定通所介護・指定介護予防型デイサービス（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、適正な指定通所介護・指定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 東高瀬川デイサービスセンター

- (4) 事業所の所在地 京都市伏見区北端町44-7

- (5) 電話番号 075-602-3076

(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、サービスの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】 月曜日～土曜日（年始を除く） 【受付時間】 8時30分～17時

【サービス提供時間】 8時30分～17時00分 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 35名

(9) 通常の地域の実施地域 京都市伏見区 伏見区本庁管内地域

(10) 第三者評価最終受審日 平成28年5月2日 「実施した評価機関の名称 京都市老人福祉施設協議会
「評価結果の開示状況」…京都 介護・福祉サービス第三者評価等支援機構ホームページにて開示。

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。

職 種	
センター長（管理者・兼務）	1 名
介護職員（兼務含む）	7 名
相談員（兼務含む）	3 名
看護職員（兼務）	2 名
機能訓練指導員（兼務）	3 名

＜主な職員の勤務体制＞

職 種	時 間
生活相談員	日勤 8:15 ～ 17:15
介護職員	
看護職員	日勤 8:15 ～ 17:15

* 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 12:00 ～

(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（基本単位）

		介護予防型	
入浴・送迎の有無		入浴 あり	入浴 無し
月額(包括)報酬	週1回程度	1798	1598
	週2回程度	3621	3221
一回当たり報酬	1～4回/月	436	388
	5～8回/月	447	398
備考		送迎加算は上記の基本報酬に含まれます	

* 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、生活機能向上グループ活動加算 100 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。

- * 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。
- * 介護保険の 2 号被保険者で認知症を有する場合、240 単位/月が加算されます（若年性認知症利用者受入加算）。
- * 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、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。
- * 介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）として、上記により算定した単位数に 12% を乗じた単位が加算されます。
- * 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 690 円※提供する場合のみ
- * キャンセル料・・・前日の午後 5 時以降のキャンセルは食費相当額（昼食代 690 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）。

○通所介護（通常規模型）

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	370 単位	423 単位	479 単位	533 単位	588 単位
	4～5 時間	388 単位	444 単位	502 単位	560 単位	617 単位
	5～6 時間	570 単位	673 単位	777 単位	880 単位	984 単位
	6～7 時間	584 単位	689 単位	796 単位	901 単位	1008 単位
	7～8 時間	658 単位	777 単位	900 単位	1023 単位	1148 単位
	8～9 時間	669 単位	791 単位	915 単位	1041 単位	1168 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イ）56 単位/日、（Ⅰロ）76 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）。
- * 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

- * 介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）として、上記により算定した単位数に 12% を乗じた単位が加算されます。
- * 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。
- * キャンセル料・・・前日の午後 5 時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）。

○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 0427527
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・ハラスメント対策

- 1 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。
- 3 職場における性的または優越的関係を背景とした不適切な言動・行動により職員の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化、相談窓口の設置等の必要な措置を講じるものとする。

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。

- ① 受付担当者名 鳴田 佳奈 電話 075-602-3076
相談解決者名 足立 智子 電話 075-602-3071
(担当者に変更があった場合は、ご連絡いたします)

ご相談等については、以下の機関が誠意をもって対応いたします。

- ② 対応窓口 サービス向上委員会（京都老人福祉協会） 電話 075-641-6625
- その他、当事業所以外に区役所・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。
- ③ 対応窓口
- ④ 伏見区役所 健康長寿推進課 電話 075-611-2279
- 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 醍醐支所保険福祉センター 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

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） 東高瀬川センター デイサービス

代表者名 理事長 馬場 協一郎 印

説明者

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 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: _____)