

藤森センターほっこり

通所介護事業・介護予防型デイサービス・短時間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 2670916945号
指定介護予防型デイサービス・平成29年4月1日指定 京都市 2670916945号
指定短時間型デイサービス事業所・平成29年4月1日指定 京都市 26A0900694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藤森センターほっこり通所介護・介護予防型デイサービス・短時間型デイサービス事業所（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・指定短時間型デイサービス事業（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・指定短時間型デイサービス（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 藤森センターほっこり
- (4) 事業所の所在地 京都市伏見区深草直違橋片町 532-8
- (5) 電話番号 075-646-1363
- (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・短時間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 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】
- ・通所介護事業・介護予防型デイサービス 月曜日～土曜日 年始（1/1～1/3）を除く
 - ・短時間型デイサービス 月曜日～土曜日 年始（1/1～1/3）を除く
- 【受付時間】 8時30分～17時30分
- 【サービス提供時間】 9時00分～17時00分までの間でサービス計画書に位置付けられた所要時間
- (8) 利用定員 18名×2ユニット （合計36名）
- (9) 営業範囲 伏見区役所深草支所管内、
本所管内（住吉、竹田、板橋、桃山、桃山東、南浜、下鳥羽学区）

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）	6名
相談員（兼務含む）	4名
看護職員（兼務）	※
機能訓練指導員（兼務）	※

職 種	時 間
生活相談員	日勤 8:30 ～ 17:30
介護職員	

※看護職員および機能訓練指導員については

「訪問看護ステーション墨染の家ほっこり (tel. 075-645-2722)」
との連携にて対応いたします。

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・短時間型（基本単位）

		介護予防型		短時間型	
入浴有無		入浴あり	入浴無し	入浴あり	入浴無し
月額(包括)報酬	週1回程度	1798	1598	1485	1277
	週2回程度	3621	3221	2989	2574
一回当たり報酬	1～4回/月	436	388	360	310
	5～8回/月	447	398	369	318
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。
- * 上記の加算の組み合わせにより選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）480 単位/月、（Ⅱ）700 単位/月のいずれかが加算される場合があります。
- * 介護予防型のみ、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）。
- * 短時間型のみ看護職員を配置した場合、週一回程度利用で 250 単位/月、週二回程度利用で 500 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。
- * 人員配置により、サービス提供体制強化加算として、介護予防型および短時間型サービスとも週一回程度の場合（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。
- * 介護職員等処遇改善加算Ⅱとして、上記により算定した単位数に介護予防型は 11.8%、短時間型は 12.5% 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※提供する場合のみ
- * キャンセル料・・・前日の受付時間以降のキャンセルは食費相当額 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）。

○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	423	479	533	588
	4～5 時間	388	444	502	560	617
	5～6 時間	570	673	777	880	984
	6～7 時間	584	689	796	901	1008
	7～8 時間	658	777	900	1023	1148
	8～9 時間	669	791	915	1041	1168

※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

- * 介護職員等処遇改善加算Ⅱとして、上記により算定した単位数に 11.8%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・・・前日の受付時間以降のキャンセルは食費相当額 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
 ウ. コンビニ払い

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

当事業所は、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し、

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し、

7. 虐待の防止・ハラスメント対策

当事業所は、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ます。

- (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。

当事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による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します。

2 事業者は、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化、相談窓口の設置等の必要な措置を講じるものとする。

9. 相談・要望・苦情及びサービス内容等は、下記窓口まで

- ①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。

受付担当者名 池山 みどり（管理者、相談員） 電話 075-646-1363
相談解決者名 宮尾 映一郎（事業所管理者、センター長） 電話 075-646-1363
（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・苦情窓口へ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 075-611-2279
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
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

- ③事業者は、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化、相談窓口の設置等の必要な措置を講じるものとする。

9. 第三者評価の実施状況 （ 無 ）

〈実施年月日〉

〈評価機関〉

〈評価結果〉

令和 年 月 日

私は、重要事項説明書に基づいて事業者よりサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

契約者

住 所 京都府京都市伏見区等安町 767

氏 名 _____

(署名代行者)

住 所 _____

氏 名 _____

(契約者との関係)

事業代表者

住 所 京都市伏見区深草大亀谷東古御香町 59 番地 60 番地

事業代表者名 社会福祉法人京都老人福祉協会 理事長 馬場 協一郎 印

説明者名 _____ 印

個人情報の利用に関する同意書

私は、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者との連絡調整などに必要な範囲において、契約者及び契約者の家族の個人情報を使用することに同意します。

令和 年 月 日

契約者 住所 京都府京都市伏見区等安町 767 .

氏名 .

家族等 住所 .

氏名 .

続柄) .

利用者は身体状況により署名ができないため、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

契約者との関係 .

説明年月日 令和 年 月 日

事業所名 藤森センター ほっこり .

説明者(役職) 管理者 .

氏名 . 印