

指定通所型サービス事業所
医療法人京都翔医会

デイサービス
上桂の郷

〔重要事項説明書〕

〒615-8004
京都市西京区桂畑ヶ田町 202 番地
TEL 075-383-0755
FAX 075-383-0756

1. 事業者概要

事業者の名称	医療法人 京都翔医会	
事業者の所在地	〒615-8231 京都市西京区桂畑ヶ田町 175 番地	
事業者の連絡先	電話番号	075-381-5166
	FAX番号	075-391-6166
	ホームページアドレス	http://www.hospynkh.jp
事業者の代表者	飯田 洋也	

2. 事業主体概要

事業主体の名称	医療法人京都翔医会	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒615-8231 京都市西京区桂畑ヶ田町 175 番地	
事業者の連絡先	電話番号	075-381-5166
	FAX番号	075-391-6166
	ホームページアドレス	http://www.hospynkh.jp
事業主体の代表者 氏名及び役職名	氏名	飯田 洋也
	役職名	理事長
事業主体が行なっている 主な事業	<p>○医療法人京都翔医会 西京都病院 居宅療養管理指導 (訪問診察・服薬指導・栄養指導・歯科衛生指導 等) 訪問リハビリテーション事業 通所リハビリテーション事業 居宅介護支援事業所</p> <p>○医療法人京都翔医会 訪問看護ステーション 秋桜</p> <p>○医療法人京都翔医会 洛桂の郷 サービス付き高齢者向け住宅 通所介護事業 訪問介護事業</p>	

3. 当事業所概要

1) 提供できるサービスの種類と地域

提供できるサービス	介護予防型デイサービス、短時間型デイサービス
サービスを提供できる地域※	京都市西京区全域 京都市南区 (府道 207 号より北・桂川より西) 京都市右京区 (葛野大路より西・四条通より南)

※上記地域以外の方でサービスを御希望の方は御相談ください。

2) 営業間帯

月曜日～土曜日 (祝日含む)	午前 8:30 ～ 午後 5:00
-------------------	-------------------

3) サービス提供時間帯

月曜日～土曜日 (祝日含む)	午前 9:00 ～ 午後 3:15
-------------------	-------------------

※年末年始の12/31～1/3までは休業いたします。

4. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話	075-383-0755
担当者	管理者 村田 紘朗 (ムラタ ヒロアキ)

5. 当事業所の通所型サービスの事業目的、運営方針及び内容

1) 事業の目的

医療法人 **京都翔医会** が開設するデイサービス上桂の郷の指定通所型サービス事業所（以下「事業所」という。）が行う指定通所型サービスの事業（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、事業所の理学療法士等の機能訓練指導員、看護職員、介護職員等（以下「従業者」という。）は居宅要支援者に対し、個々のケアプラン上に課題として位置付けられた生活行為の維持及び改善を目指し、機能訓練、引きこもり予防、介護負担軽減、認知症予防等、日常生活上の自立支援、心身の健康の回復・維持、介護者の負担軽減・緩和を目的としたサービスを提供し、在宅生活の質の向上・維持を図ることを目的とする。

2) 運営上の基本方針

1. その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。
2. 事業所の従業者は、利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営む事ができるよう、介護予防マネジメントを通じ「自己実現」に向け設定された長期目標、短期目標を踏まえた上で、各利用者における目標を明確に設け、当該目標の達成のために適切なサービスを計画的に提供する。
3. 事業所は、自らその提供する事業の質の評価を行い、常にその改善を図る。
4. 事業の提供に当たっては、通所型サービス（療養上の看護及び介護、運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載したもの。）に基づき、利用者における心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適正に行う。
5. 事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、日常生活介護の看護・介護の観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように助言又は説明を行う。

6. 事業の提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境的
確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。特に、認知症の状態にある居
宅要支援者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を
整える。

3) 内容

- 1 看護師等による全身状態の観察
- 2 基本動作能力及びADL能力の向上
- 3 理学療法士等による運動、作業療法、看護職員等による嚥下療法
- 4 褥創予防
- 5 介護予防（運動機能、口腔機能、認知症状、栄養状態）
- 6 食事及び入浴等の在宅生活援助
- 7 介護職員等による作業及び集団レクリエーション
- 8 移動援助（送迎等）
- 9 住宅改修・福祉用具に関するアドバイス
- 10 在宅介護に関するアドバイス
- 11 その他

4) 事業所の職員体制

職員合計人数 名

職種	人数	兼務内容
管理者	1人以上	機能訓練指導員
機能訓練指導員	1人以上	管理者
生活相談員	1人以上	介護職員
看護職員	1人以上	介護職員・機能訓練士
介護職員	1人以上	生活相談員

5) 職員の役割

管 理 者：事業所における従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、適切な事業の運営、労務管理や請求業務、現金回収業務等が行われるよう総括します。事業所に対する指定通所型サービスの利用の申し込みに係わる調整、当施設職員等に対する技術指導、通所介護計画の作成等を行います。また、適正な運営を確保するために人員を配置します。

機能訓練指導員（理学療法）：関節や筋肉等の機能向上、起き上がりや歩行等の動作能力向上を図り、運動療法を行います。また、残存機能や代償機能を活かし、日常生活の自立に向け、出来る動作の反復や環境調整に努めます。介護予防を図り、運動機能向上や痛みの軽減を図り、消炎鎮痛療法を行います。

（作業療法）：手作業等による手指巧緻性向上、更衣や排泄等の遂行能力向上を図り、作業療法を行います。また、残存機能や代償機能を活かし、日常生活の自立に向け、出来る動作の反復や環境調整に努めます。閉じこもり予防を図り集団活動や認知症予防を図り、予防トレーニングを行います。

生活相談員：一人ひとりが安心して利用できるよう、利用者を取り巻く環境を調整、利用者や家族からの相談の対応や利用説明から契約・終了までの説明と個々の通所介護計画の作成やその評価等を行います。

看護職員：バイタルサインや吸引、経管栄養や褥瘡等の医学的管理に努めます。また、食事や入浴等の日常生活を観察し、心身や環境の変化の把握に努めます。日常生活上必要とされる事項について理解しやすいよう助言を行い、必要な看護を行います。

介護職員：更衣や食事、排泄や入浴等の日常生活介護、作業及び集団レクリエーションを行います。また、看護職員と共に日常生活を観察し、心身や環境の変化の把握に努めます。日常生活上必要とされる事項について、理解しやすく助言を行い、必要な介護を行います。

6. 利用料金

1) 介護保険適応の利用料について

地域加算として、1単位単価×10.45円と計算いたします。

お支払いいただく料金は、下記の通りです。但し、給付限度額を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

1. 介護予防型

サービス提供時間		原則3時間以上		入浴あり		
入浴の有無		入浴あり	入浴なし	1割負担	2割負担	3割負担
月額報酬 (包括)	週1回程度	1,798単位	1,598単位	1,879円	3,758円	5,637円
	週2回程度	3,621単位	3,221単位	3,784円	7,568円	1,1352円
1回あたり報酬	週1回程度	436単位	388単位	456円	912円	1,367円
	週2回程度	447単位	398単位	468円	935円	1,402円
備考	送迎加算は、上記の基本報酬を含む					

サービス提供時間		入浴なし		
入浴の有無		1割負担	2割負担	3割負担
月額報酬 (包括)	週1回程度	1,670円	3,340円	5,010円
	週2回程度	3,366円	6,732円	10,098円
1回あたり報酬	週1回程度	406円	811円	1,217円
	週2回程度	416円	832円	1,248円
備考	送迎加算は、上記の基本報酬を含む			

3. その他加算・減算について

加算項目等	単位	自己負担金			備考
		1割負担	2割負担	3割負担	
一体的サービス提供加算	480単位/月	502円	1,004円	1,505円	リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養サービスを一体的計画書の下にサービス提供を行う場合
生活機能連携向上加算	200単位/月	209円	418円	627円	連携先の理学療法士等と共同して、アセスメント・評価・計画を作成し、機能訓練を実施した場合 *運動器機能向上加算を算定している場合は100単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算	5単位/回	6円	11円	16円	栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に文書で共有した場合 *6ヶ月に1回
口腔機能向上加算Ⅱ	160単位	168円	335円	502円	月2回限度
若年性認知症利用者受入加算	240単位	250円	502円	753円	若年性認知症の方に実施した場合

科学的介護推進体制加算	40 単位/月	42 円	84 円	126 円	介護事業所の登録データベースの活用促進、登録情報の一元管理を実現
週一回 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88 単位/月	92 円	184 円	276 円	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 50%以上の場合 *前年度実績
週二回 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	176 単位/月	184 円	368 円	552 円	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 70%以上の場合 *前年度実績
介護職員処遇改善加算	加算Ⅱの場合		12.4%	-	

減算項目	単位	減算額			備考
		1割負担	2割負担	3割負担	
同一建物に対する減算	(Ⅰ)376 単位/月	393円	786円	1,179 円	当事業所と同一建物に居住又は同一建物から当事業所を利用する場合
同一建物に対する減算	(Ⅱ)752 単位/月	786円	1,572円	2,358円	当事業所と同一建物に居住又は同一建物から当事業所を利用する場合
送迎減算	47 単位	50 円	99 円	148 円	事業所が送迎を行わない場合
高齢虐待防止減算未実施減算	(Ⅰ)18 単位/月	19 円	38 円	57 円	高齢者虐待防止の指針を整備していない場合
高齢虐待防止減算未実施減算	(Ⅱ)36 単位/月	38 円	76 円	113 円	高齢者虐待防止の指針を整備していない場合
業務継続計画未策定減算	(Ⅰ)18 単位/月	19 円	38 円	57 円	大規模災害・感染時の業務継続計画が作成されていない場合
業務継続計画未策定減算	(Ⅱ)36 単位/月	38 円	76 円	113 円	大規模災害・感染時の業務継続計画が作成されていない場合

※但し、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行う場合、減算は行わない。

2) 介護保険適応以外の利用料について

項目	自己負担金	備考
食費	680 円	昼食代金
おやつ代	100 円	おやつを希望される場合
レクリエーション費等	実費負担	必要に応じ事前にご連絡いたします

※食事（おやつは原則持参禁止。体調面等にて持参を要する場合は要相談）を持参された場合、食費代の請求はいたしません。介護保険適応以外の利用料についても、介護保険適応の利用料同様、翌月に請求いたします。

※レクリエーション費等は必ず事前に金額を提示の上、了承後に実施いたします。

※パット・オムツは、物々交換となります。

3) 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者には直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、1ヶ月につき利用料の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。

この証明書を後日住居地の市町村の介護保険担当窓口へ提出されますと、利用者負担額を除くサービス利用料の払い戻しを受けることができます。

4) キャンセルは、サービス提供の1時間前までに通知することにより、サービスの利用を中止することができます。

また、サービス実施日の前日午前10時前までに通知することにより、「食事」、「おやつ」の料金を負担することなくサービスの利用を中止することができます。サービス実施日の前日午前10時前までに通知することなく「食事」、「おやつ」のサービス利用を中止した場合、当該料金を請求することができます。

7. 料金の支払い

- 1 利用者は、サービスの対価として介護保険法令に定める利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付し、翌月に利用者に渡します。
- 3 利用者は、当月料金の合計額の請求明細を渡されたその月内に支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払いを受けた時は、利用者に対して領収書を発行します。
- 5 事業者は、前項に定める費用のほか、介護保険給付対象外の通所サービスの提供に要した支払いを利用者に求める場合がありますが、事前に利用者やその家族に説明を行い、同意を得ます。

8. 相談、要望、苦情の窓口

当事業所利用者様相談窓口	窓口責任者 村田 紘朗 ご利用時間 8:30～17:00(月曜日～土曜日) ご利用方法 電話 (075-383-0755) 苦情箱 (デイサービス玄関に設置)
--------------	------------------------------------------------------------------------------------------

その他苦情窓口

京都市西京区役所 保健福祉センター健康長寿推進	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075-381-7638
京都市西京区役所洛西支所 保健福祉センター健康長寿推進課	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075-332-9274
京都市南区役所 保健福祉センター健康長寿推進課	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075-681-3296
京都市右京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075-861-1430
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 電話番号：075-354-9090

9. 秘密保持

- 1 事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第3者に漏らしません。この守秘義務は、本契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いません。

10. 緊急時・事故発生時の対応

サービス提供中に、緊急の対応が必要になった場合、管理者に連絡するとともに主治の医師等に連絡する等の措置を講じ、迅速且つ適切な対応に努めます。

また、万が一何らかの事故等が起こった場合、適切な対応を行うとともに、利用者の保険者である市町村、利用者の家族等に連絡します。

11. 虐待防止の対応

事業所は虐待の発生またはその再発を防止する為、以下に掲げる措置を講じるものとします。

- 1) 虐待防止の指針を整備。
- 2) 虐待防止の為、対策検討委員会を定期的を開催し、従業員に結果の周知徹底を図る。
- 3) 従業員に対して虐待防止の為の研修を定期的実施する。

虐待防止担当者	窓口責任者 村田 紘朗
---------	-------------

12. 業務継続計画の策定

事業所は感染症や災害等の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じるものとする。

- 1) 事業者は従業者に対し、業務継続計画についての説明、周知を行う。
- 2) 必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- 3) 事業所は定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行うものとする。

13. 感染症対策について

事業所は事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 1) 事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事が出来るものとする。）を概ね6月に1回以上開催すると共にその結果について従業者に周知徹底を図る。
- 2) 事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の指針を整備する
- 3) 事業所において従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

14. 従業者の就業環境の確保について（パワハラ・セクハラ防止）

事業所は適切な指定居宅介護支援事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的關係を背景に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、従業者の就業環境を害される事を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

15. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

16. サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項に留意してください。

- (1) 指定通所型サービス従事者は、年金等の金銭の取扱いはしかねますので、ご了承ください。
- (2) 指定通所型サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは必要ありません。
- (3) サービス利用予定日の都合が悪くなったときは、必ず事前に連絡をお願いします

説明年月日 年 月 日

事業所

住 所 京都市西京区桂畑ヶ田町 202 番地
カーサフィオーレ桂 1 階

医療法人京都翔医会西京都病院
デイサービス 上桂の郷

説明者

私は、重要事項説明書により事業所から指定通所型サービスについての重要事項の説明を受け、事業者の指定通所型サービス従事者に対し、私の通所介護計画の作成等に必要な情報を提供することに同意します。

私は、事業者が指定通所型サービスについての重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けること及びその利用料を支払う事を同意します。

利用者

住 所

氏 名

利用者代筆者

住 所

氏 名 (続柄:)

重要事項説明書の成立を証するため本説明書を 2 通作成し、利用者と事業所は各署名し、1 通ずつ保有するものとします。