

介護予防型デイサービス事業

重要事項説明書

社会福祉法人 フジの会
みやびのそのデイサービスセンター

当事業所は、介護保険の指定介護予防通所介護事業所です。

令和6年6月

(指定事業所番号：2670900162)

ご利用者 様（以下、「契約者」という）に対する介護予防型デイサービスの提供開始にあたり、当事業者が契約者に説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 フ ジ の 会
- (2) 法人所在地 京都市伏見区深草泓ノ壺町37番地の1
- (3) 電話番号 075-641-7777
- (4) 代表者氏名 理事長 砂 川 靖 子
- (5) 設立年月 昭和 57年 8月 2日

2. ご利用施設

- (1) 事業所の種類 指定介護予防型デイサービス 平成29年4月1日指定
(指定事業者番号 2670900162号)
- (2) 施設の目的 みやびのそのデイサービスセンターは、介護保険法令その他関連法令に従い、契約者が有する能力に応じ可能な限り社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに契約者の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、契約者に対し介護予防型デイサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 みやびのそのデイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 伏見区深草泓ノ壺町35番地の1
- (5) 電話番号 075-645-5533
FAX番号 075-645-2336
- (6) 施設長（管理者） 北田 恵美子
- (7) 当事業所の運営方針
 - 1 契約者の意思及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立った事業所サービスの提供に努めるものとする。
 - 2 明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視し、市町村、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する事業者との連携に努める。
- (8) 開設年月 平成4年10月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 京都市伏見区（醍醐・淀・日野・小栗栖・久我・羽束師地区は除く）
- (10) 営業日、営業時間及び利用定員

営業日	月曜日～日曜日 ただし、12月31日から1月2日までの間は除く
営業時間	8：45～17：45 (利用中止の連絡は、前日の17：00迄にお願いいたします。)
サービス提供時間	9：00～16：45
利用定員	1日40名

3. 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備考
食堂	1 室	利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル、いす、箸や食器類などの備品類を備えます。
機能訓練室	1 室	利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。[主な設置機器]平行棒、滑車、
浴室	2 室	一般浴（ろ過器、集毛器設置、使用後排水） 特殊浴槽（チェアーインバス） ※京都府レジオネラ症発生予防のための入浴施設の衛生管理に関する条例及び規則にそって対策を実施

- 上記（浴室除く）は厚生省が定める基準により、通所介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はございません。
- 消火設備その他非常災害に際して必要な設備を設け、必要に応じて業者による点検を実施しています。

4. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して介護予防型デイ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〉※職員数は指定基準に準ずる。通所介護との兼務

職 種	常勤換算※	人数（契約職員）	指定基準
1. 施設長（管理者）	0. 1 名	1 名	1 名
2. 生活相談員	1. 5 名	2 名	1 名以上
3. 介護職員	10. 7 名	15（8）名	6 名以上
4. 看護職員	1. 3 名	2（2）名	1 名以上
5. 機能訓練指導員	0. 3 名	1 名の看護師職員が兼務	1 名以上

※常勤換算とは職員それぞれの週あたり勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

なお、当施設は変形労働時間制を導入しており、1 ヶ月を通じて週 40 時間の勤務としております。また、常勤換算の計算に当たり、職員が育児・介護休業法、治療と仕事の両立ガイドラインによる短時間勤務制度等を利用する場合、週 30 時間以上の勤務で常勤換算 1（常勤）で計算します。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	日勤 8：45～17：45
2. 看護職員	日勤 9：00～16：45 ※他部署と連携を図り、原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 生活相談員	日勤 8：45～17：45

5. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

- (1) 利用料金が介護予防・生活支援サービス事業から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

(1) 給付対象となるサービス（契約書第8条参照）

以下のサービスについては、通常利用料金の7～9割が介護予防・生活支援サービス事業（以下、事業費とする。）から給付されます。

＜サービスの概要＞

- ①送 迎 送迎車により、事業所とご自宅の間を行います。
通常営業時間の利用の方を送迎します。
- ②入 浴 見守りや直接介助により入浴を提供します。
状況に応じて特殊浴槽を使用して入浴することもできます。
- ③生活相談 センターの従業者はもとより、関係機関などと連絡調整し、生活の向上を目指します。
- ④排 泄 契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

＜介護予防型デイサービス基本料金＞

サービス提供時間		原則 3 時間以上		
入浴の有無			入浴あり	入浴なし
月額（包括）報酬	週 1 回	1 月	1 8 7 9 円 (1 7 9 8 単位)	1 6 7 0 円 (1 5 9 8 単位)
	週 2 回以上	1 月	3 7 8 4 円 (3 6 2 1 単位)	3 3 6 6 円 (3 2 2 1 単位)
1 回当たり報酬	週 1 回	1 回	4 5 6 円 (4 3 6 単位)	4 0 6 円 (3 8 8 単位)
	週 2 回以上	1 回	4 6 8 円 (4 4 7 単位)	4 1 6 円 (3 9 8 単位)
加 算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 月	9 2 円 (8 8 単位)	要支援 1 対象
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 月	1 8 4 円 (1 7 6 単位)	要支援 2 対象
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 月	7 6 円 (7 2 単位)	要支援 1 対象
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 月	1 5 1 円 (1 4 4 単位)	要支援 2 対象
	若年性認知症利用者受入加算	1 月	2 5 1 円 (2 4 0 単位)	※対象者のみ
	栄養アセスメント加算	1 月	5 3 円 (5 0 単位)	※対象者のみ

	栄養改善加算	1 月	2 0 9 円（2 0 0 単位）	※対象者のみ
	口腔機能向上加算（Ⅰ）	1 月	1 5 7 円（1 5 0 単位）	※対象者のみ
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	1 月	1 6 8 円（1 6 0 単位）	※対象者のみ
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1 回 （6 月ごと）	2 1 円（2 0 単位）	※対象者のみ
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1 回 （6 月ごと）	6 円（5 単位）	※対象者のみ
	科学的介護推進体制加算	1 月	4 2 円（4 0 単位）	全ての利用者
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1 月	所定単位数×9.2%×単価	全ての利用者
減算	事業所が送迎を行わない場合	片道	－5 0 円（－4 7 単位）	※対象者のみ
(A) 1 月の介護保険分負担額概算			(A)	円

※地域区分 1 単位＝10.45 円で計算します。

※表示金額は一割ご負担分の金額となります。二割負担の方は、上記の二乗の金額となり、三割負担の方は上記の三乗の金額となります。

※ご負担金額の計算方法につきましては月にまとめて計算いたしますので、ご利用回数や加算の状況により若干変動する場合がございます。

（２）事業費の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条）

以下のサービスについては、利用料金の全額が契約者の負担となります。

＜サービスの概要＞

① 食 事

食材費・おやつ代として事業所では契約者の身体状況及び、栄養・嗜好を考慮して、栄養士が献立を作り、食事を提供します。

② レクリエーション、クラブ活動

契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことが出来ます。

③ 複写物の交付

契約者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物必要とする場合には費用がかかります。

④ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等契約者の日常生活に要する費用で契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用（実費）をご負担いただきます。

⑤ 領収書再発行手数料

事業所では原則領収書の再発行を行っておりません。必要な方は再発行申込書にて手続きいただきます。

<事業費の給付対象とならない料金>

サービス内容	請求単位	ご負担金額	備考
昼食代	1回	¥ 6 8 0	
おやつ代	1回	¥ 1 0 0	
喫茶代	1回	¥ 5 0	
紙パンツ・紙おむつ代	1枚	¥ 1 5 0	
パット代	1枚	¥ 5 0	
かみそり代	1本	¥ 5 0	
コピー代	1枚	¥ 1 0	
領収書の再発行手数料	1枚	¥ 1, 0 0 0	
理美容代		要した費用の実費	外部業者委託
レクリエーションやクラブ活動		要した費用の実費	
その他日常生活上必要となるもので契約者に負担させることが適当と考えられるものに係る費用		要した費用の実費	
キャンセル料	1回	¥ 7 8 0	当日の食材費相当額
口座引落し料	1回	¥ 1 1 0	外部業者委託
(B) 1月の自費負担分概算		(B)	円
(A) + (B) = (C) 1月の利用料概算		(C)	円

※経済状況の著しい変化やその他やむをえない事由がある場合、相当な額に変更する事があります。その場合は、変更の内容と変更する事由について、事前にご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条関係）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1月ごとに計算しご請求します。

お支払い方法は基本的には銀行又は郵便局等の金融機関口座からの自動引落とさせていただきます。

(4) 利用の中止等（契約書第6条関係）

- ① 契約者が、利用予定日前日17時までに申し出が無く利用を中止された場合は、取り消し料として当日の食材料費相当額を、頂戴いたします。
- ② 著しい自然災害のほか、降雪、台風等により、サービスを提供しがたい状況があるときは、事業所の判断により、営業を中止することがあります。この場合は当日の朝9時までに契約者もしくはご家族へ電話で連絡いたします。

6. 緊急時および事故発生時の対応について

- (1) サービス提供中に契約者の体調、健康状態が急変するなどの緊急事態が生じたときは、速やかに医師又は看護職員と連携の上、適切な処置を取ります。
- (2) 事故の発生に対する具体的な対応マニュアルに沿って対処するとともに、速やかに契約者家族へ連絡し、必要に応じて保険者等の関係機関へ連絡をいたします。
- (3) 非常災害に関する具体的なマニュアルを策定するとともに、契約者に対して年2回以上避難・救出その他必要な訓練を行います。

7. サービス利用にあたっての留意事

- (1) 契約者又はその家族は体調の変化があった際には事業所の従業者に一報下さい。
- (2) 事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をおかけください。
- (3) 事業所内での金銭及び食物などのやり取りはご遠慮ください。
- (4) 従業者に対する贈物や飲食のもてなしはお受けできません。
- (5) 食品類の持込に関して持ち込まれた食品の管理や衛生面、及びこれに関わる自己(食中毒等)につきましては責任を負いかねますのでご了承ください。

8. 損害賠償について

- (1) 事業所において、あきらかに事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、事業者は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。
- (2) 感染症における損害賠償責任については、発生防止対策を実施していたにも関わらず事業所側に重過失がなく、やむを得ず発生した感染症や感染源と契約者との因果関係が明確でない場合については事業者は責任を負いません。

9. 個人情報の使用等について

- (1) 事業所を利用するにあたり、契約者及び関係者の個人情報の使用は必要最小限の範囲にとどめます。
- (2) 利用期間 介護サービス提供に必要な期間及び契約書期間に準じます。
- (3) 事業所の利用目的
 - ① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため。
 - ② 契約者に関わる介護予防計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービス提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
 - ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
 - ④ 契約者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医などの意見を求める必要のある場合。
 - ⑤ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議等での情報提供のため。
 - ⑥ 法令に基づく情報提供の照会があった場合
 - ⑦ その他サービス提供において必要性がある場合
 - ⑧ 上記以外の緊急時に連絡等が必要な場合
- (4) 使用条件
 - ① 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用いたしません。また、契約者とのサービス提供に関わる契約書の締結前からサービス終了後においても第三者に漏らしません。
 - ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求のある場合は開示いたします。

10. 感染症対策について

事業所は、感染症の発生及びまん延等を防止するため、以下の取組を徹底します。

- (1) 事業所は、感染症の予防及びまん延の防止のため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ことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催します。
- (2) 事業所は、感染症対策の指針を整備し、従業員に対して定期的な研修、および訓練（シミュレーション）を実施します。

11. 業務継続計画の策定等について

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（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ます。
- (2) 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を定期的の実施します。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

12. 虐待防止について

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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的の実施します。
- (4) 虐待を防止するための体制として担当者を設置します。
- (5) 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、市町村に通報します。

13. ハラスメント対策について

適切な指定通所介護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介護職員等の就業規則が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を以下の通り講じます。

- (1) 事業所の方針等の明確化及びその周知・啓発を行います。
- (2) 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、職員に周知します。

14. 身体拘束について

- (1) 事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。
- (2) やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。
- (3) 従業者に対し、必要な研修等を実施します。

15. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

- (1) 当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受付ます。
 - お客様ご相談窓口担当 主任 岩暢子
 - 苦情解決責任者 施設長 北田恵美子
 - 受付時間 毎週月曜日～日曜日 9:30～17:00
 - ご意見ボックスを事務所に設置しています。

(2) その他

当事業所以外にも居宅介護支援事業所、各区役所、国民健康保険団体連合会等でも苦情等を受け付けております。

- みやびのその居宅介護支援事業所 電話：075-645-0777
- 深草支所保健福祉センター健康長寿推進課 電話：075-642-3876
- 伏見区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話：075-611-1162
- 京都府国民健康保険団体連合会 電話：075-354-9090
- 第三者委員 社会福祉法人ミッションからしだね 坂岡 隆司
電話：075-574-2800

16. 第三者評価の実施状況について

当事業所は3年に1回、第三者評価を受診しています。

直近の訪問調査実施日：令和5年2月17日

評価機関名：特定非営利活動法人きょうと介護保険にかかわる会

評価結果の開示状況：京都 介護・福祉サービス第三者評価 web サイト

<https://kyoto-hyoka.jp/みやびのそのデイサービスセンター/>

令和 年 月 日

介護予防型デイサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 みやびのそのデイサービスセンター
職名

氏名 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けると、およびその利用料を支払うこと、個人情報の使用等に関する同意を含め、介護予防型デイサービスの提供開始に同意し、重要事項説明書の交付を受け、受領しました。

契約者 住所

氏名 印

ご家族又は代理人 住所 ☐ 契約者と同じ

氏名 印

契約者との関係

写真掲載等の意思確認

当事業所の活動紹介のため、行事やレクリエーションの風景等、ご利用のご様子を写真に撮らせて頂き、ホームページや機関紙等に掲載させて頂いておりますが、写真掲載について意思確認をさせて頂きたいと思います。お手数ですが、下記の希望される項目にレ点を入れて頂きますようお願い申し上げます。

- ☐ 写真は撮らないでください。
(但し、状況により写ることもございます。)
- ☐ 写真を撮っていただいても結構です。
- ☐ 写真などをホームページ・機関誌等に掲載していただいても結構です。

令和 年 月 日

契約者氏名 _____

ご家族氏名 _____