デイサービスセンター「ふじのもり」

# 重要事項説明書

医療法人　高生会

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

# 通所介護及び介護予防通所介護、総合事業・重要事項説明書

＜令和８年６月１日現在＞

1　通所介護及び介護予防通所介護事業者（法人）の概要

| | |
|---|---|
| 法人種別・名称 | 医療法人　高　生　会 |
| 代　表　者　名 | 理事長　髙　謙一郎 |
| 所在地・連絡先 | （住 所）京都市伏見区深草直違橋１０－１５７－２<br><br>（電 話）０７５－６４７－２８２８<br>（FAX）０７５－６４７－２８３８ |

2　事業所の概要

(1)　事業所名称及び事業所番号

| | |
|---|---|
| 事　業　所　名 | デイサービスセンターふじのもり |
| 所在地・連絡先 | （住 所）京都市伏見区深草僧坊町４１番地<br><br>（電 話）０７５－６４６－５３８０<br>（FAX）０７５－６４６－５３８１ |
| 事業所番号 | ２６７０９１６６６３ |
| 管理者の氏名 | 中川　頼学 |
| 利　用　定　員 | 35名 |

(2)　事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数（人） | 区分 | | | 常勤換算後の人数（人） |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 常勤(人) | 常勤兼務 | 非常勤(人) | |
| 管　理　者 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0.2 |
| 生活相談員 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| 介護職員 | 7 | 4 | 0 | 3 | 6.9 |
| 看護職員 | 4 | 0 | 0 | 4 | 1.6 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 事務職員等 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

(3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---|---|---|
| 管理者 | 正規の勤務時間帯（８：００～１７：００）非常勤で勤務 | 日曜、他一日 |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（８：００～１７：００）常勤で勤務 | 日曜、他一日 |
| 介護職員 | 正規の勤務時間帯（８：００～１７：００）常勤で勤務 | 日曜、他一日 |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯（８：００～１７：００）常勤で勤務 | 日曜、他一日 |
| 機能訓練指導員 | 正規の勤務時間帯（８：００～１７：００）常勤で勤務 | 日曜、他一日 |
| 事務職員等 | 正規の勤務時間帯（８：００～１７：００）常勤で勤務 | 日曜、他一日 |

(4) 事業の実施地域

| 事業の実施地域 | 伏見区、山科区(勧修学区)、東山区 |
|---|---|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|---|---|
| 月～土 | ８：００～１７：００ |
| 営業しない日 | ① 日曜日<br>② ８月１３日～８月１７日<br>③ １２月３０日～１月５日 |

3 サービスの内容及び費用

（1）介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

| 種類 | 内容 |
|---|---|
| 食事 | （食事時間）１２：００～１３：００<br>栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 |
| 入浴 | 入浴又は清拭を行います。機械を用いての入浴も可能です。<br>入浴サービスの利用は任意です。 |
| 排泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練<br>又は<br>運動器機能向上 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。<br>＜当施設の保有するリハビリ器具＞<br>平行棒・ホットパック・上肢滑車訓練器具等 |
| 生活指導 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。<br>各種レクリエーションを実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談、連絡と調整を行います。 |
| 送迎 | ご自宅から施設までの送迎を行います。<br>送迎サービスの利用は任意です。 |

イ　費用

【料金表】利用者負担分（介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の１割若しくは、２割、３割が利用者様の負担額となります。）

| 所要時間 | 介護認定区分 | 通常規模型事業所 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 料　金 | 利用者ご負担額（１割） | 利用者ご負担額（2 割） | 利用者ご負担額（3 割） |
| 3 時間以上 | 要支援１・２（週１回） | １８，７８９円 | １，８７９円 | ３，７５８円 | ５，６３７円 |
| | 要支援　２（週 2 回） | ３７，８３９円 | ３，７８４円 | ７，５６８円 | １１，３５２円 |
| | 入浴なし | | －２０９円 | －４１８円 | －６２７円 |
| | 週１回･２回 | | －４１８円 | －８３６円 | －１，２５４円 |
| 5 時間以上 6 時間未満 | 要介護１ | ５，９５６円 | ５９６円 | １，１９２円 | １，７８７円 |
| | 要介護２ | ７，０３２円 | ７０４円 | １，４０７円 | ２，１１０円 |
| | 要介護３ | ８，１１９円 | ８１２円 | １，６２４円 | ２，４３６円 |
| | 要介護４ | ９，１９６円 | ９２０円 | １，８４０円 | ２，７５９円 |
| | 要介護５ | １０，２８２円 | １，０２９円（1 日あたり） | ２，０５７円（1 日あたり） | ３，０８５円（1 日あたり） |
| 6 時間以上 7 時間未満 | 要介護１ | ６，１０２円 | ６１１円 | １，２２１円 | １，８３１円 |
| | 要介護２ | ７，２００円 | ７２０円 | １，４４０円 | ２，１６０円 |
| | 要介護３ | ８，３１８円 | ８３２円 | １，６６４円 | ２，４９６円 |
| | 要介護４ | ９，４１５円 | ９４２円 | １，８８３円 | ２，８２５円 |
| | 要介護５ | １０，５３３円 | １，０５４円（1 日あたり） | ２，１０７円（1 日あたり） | ３，１６０円（1 日あたり） |
| 7 時間以上 8 時間未満 | 要介護１ | ６，８７６円 | ６８８円 | １，３７６円 | ２，０６３円 |
| | 要介護２ | ８，１１９円 | ８１２円 | １，６２４円 | ２，４３６円 |
| | 要介護３ | ９，４０５円 | ９４１円 | １，８８１円 | ２，８２２円 |
| | 要介護４ | １０，６９０円 | １，０６９円 | ２，１３８円 | ３，２０７円 |
| | 要介護５ | １１，９９６円 | １，２００円（1 日あたり） | ２，４００円（1 日あたり） | ３，５９９円（1 日あたり） |

○加算

| 種　　類 | 利　用　料（1割） | 利　用　料（2割） | 利　用　料（3割） |
|---|---|---|---|
| 入浴介助加算（Ⅰ）<br>（要 介 護 の 方） | ４２円<br>（１回あたり） | ８４円<br>（１回あたり） | １２６円<br>（１回あたり） |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ<br>要介護の方 | ５９円<br>（１回あたり） | １１７円<br>（１回あたり） | １７６円<br>（１回あたり） |
| 生活機能向上連携加算 Ⅱ<br>要介護<br>要支援 | <br>１０５円（月あたり）<br>２０９円（月あたり） | <br>２０９円（月あたり）<br>４１８円（月あたり） | <br>３１４円(月あたり)<br>６２７円(月あたり) |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ(ロ) | 介護保険給付対象サービス合計金額 11.8%相当の加算が加わります。 | | |

・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

・ 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、お客様は料金表の利用料金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と領収証を発行します。

（2）　介護保険給付対象外サービス

| サービス種別 | サ　ー　ビ　ス　の　内　容 | 料　金 |
|---|---|---|
| 食 事 代 | 昼食及びおやつ（昼食８９５円+おやつ１００円） | ９９５円 |
| おむつ代 | | １００円 |
| パット代 | | ５０円 |
| その他実費 | 徴収する場合は、事前にお知らせさせて頂きます。 | 実　費 |
| | | |

※食事代について、当日の８時までにお休みの連絡を頂けない場合、上記料金を徴収させて頂きます。

○　キャンセル料
お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただくことがあります。
ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| | |
|---|---|
| 利用日の前日までに連絡があった場合 | 無　料 |
| 当日の午前７：３０までに連絡があった場合 | 無　料 |
| 上記以降の場合 | 利用料自己負担部分の５０％ |

※要支援の方は除く。

（３）　利用料等のお支払方法

□　原則自動引き落とし　（銀行及び郵便貯金口座にて取り扱い）

□　自動引き落としが不可能な場合は、振り込み及び現金徴収もお受け致します。

※いずれの場合も入金確認後、領収証を発行します。

４　事業所の特色等

(1)　事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護サービスを提供することを目的とする。

(2)　運営方針

①通所介護サービスの提供においては、人としての尊厳を最重要視しつつ心身の状態に合わせた援助及び機能訓練を実施、提供する事により在宅生活の継続又は、必要な機能の維持、向上を図ると共に人と人のふれあいを大切にした介護サービスを提供する事を目的とする。

②業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3)　その他

| 事　　項 | 内　　容 |
|---|---|
| 通所介護､介護予防型デイサービス<br><br>計画の作成及び事後評価 | 当事業所の管理者が、利用者様の直面している課題等を評価し、利用者様の希望を踏まえて、通所介護、介護予防型デイ計画を作成します。<br>また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 年１回、質的向上のための研修を行っています。 |
| 第三者評価 | 実施日：平成２８年　２月１９日実施<br>調査機関：(社) 京都ボランティア協会<br>開示状況：京都介護・福祉サービス等第三者評価サイトにて開示 |

5　サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | |
|---|---|
| 当　事　業　所<br>ご利用者様相談窓口 | 窓口責任者：中川　頼学<br>受付時間：８：３０～１６：３０<br>受付方法：電話（０７５－６４６－５３８０）<br>面　接（当事業所内相談室）<br>苦情箱（玄関及びフロア内に設置） |

| | |
|---|---|
| 京都市伏見区<br>深草支所相談窓口 | 窓口：深草支所　福祉介護課<br>住所：伏見区深草向畑町９３－１<br>電話：（０７５－６４２－３６０３） |

| | |
|---|---|
| 京都市伏見区<br>本所相談窓口 | 窓口：伏見区役所　福祉介護課<br>住所：伏見区鷹匠町 39 番地の 2<br>電話：（０７５－６１１－２２７８） |
| 京都市伏見区<br>醍醐支所相談窓口 | 窓口：醍醐支所　福祉介護課<br>住所：伏見区醍醐大構町 28<br>電話：（０７５－５４１－６４７１） |
| 京都市東山区<br>相　談　窓　口 | 窓口：東山区役所　福祉介護課<br>住所：東山区清水５丁目１３０－６<br>電話：（０７５－５６１－９１８７） |
| 京都市山科区<br>相　談　窓　口 | 窓口：山科区役所　福祉部福祉介護課<br>住所：山科区椥辻池尻町１４－２<br>電話：（０７５－５９２－３２９０） |

| | |
|---|---|
| 京都府国民健康保険<br>団体連合会 | 窓口：介護保険課介護相談係<br>住所：下京区烏丸通四条下る水銀屋町 620 番地　COCON 烏丸内<br>電話：（０７５－３５４－９０９０） |

6　事故発生時及び緊急時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合又は、病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、市町村への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

<table>
<tr><td>非常時の対応</td><td colspan="4">別途定める消防計画にのっとり対応を行います。</td></tr>
<tr><td rowspan="7">避難訓練及び防災設備</td><td colspan="4">別途定める消防計画にのっとり年２回避難訓練を行います。</td></tr>
<tr><td>設備名称</td><td>個数等</td><td>設備名称</td><td>個数等</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td><td>防火扉・シャッター</td><td>１個所</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>屋内消火栓</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>自動火災報知機</td><td>あり</td><td>ガス漏れ探知機</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>誘導等</td><td>１個所</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。</td></tr>
<tr><td>消防計画等</td><td colspan="4">消防署への届出日　：　平成２５年４月１日<br>防 火 管 理 者　　：　中村　正典</td></tr>
</table>

7　サービス利用に当たっての留意事項

○　サービス初回利用時、毎月の月初めの際には、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を提示ください。

○　施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○　喫煙はできません。

○　他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○　所持金品は、自己の責任で管理してください。
（万一盗難等の事故が発生しても責任を負いません。）

○　利用料及び利用時に発生した保険外諸費用以外の金品は一切受け取りません。

8　秘密の保持と個人情報の保護取扱い

⑴　利用者様、その御家族に関する秘密の保持について、当事業所はサービスを提供するうえで知り得た、利用者様及びその御家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。
この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

⑵　個人情報の保護について当事業所は、利用者様から予め文書で同意を得ない限り、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等において、利用者様の個人情報を用いません。また、利用者様の御家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、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等において利用者様の御家族の個人情報を用いません。

⑶　当事業所は、利用者様とその御家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

9　感染症対策・業務継続に向けた取り組み
感染症や災害が発生した場合でも必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築するために次の措置を講じます。
⑴感染症対策・業務継続に関する定期的な委員会の開催
⑵感染対策・業務継続に関する指針の整備
⑶定期的な研修及び訓練の実施

10　身体拘束の禁止
⑴当事業は、利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、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には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等、記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行います。
⑵職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

11　虐待防止に関する事項　　虐待防止に関する責任者　（中川　頼学）
⑴ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、担当者を定めて次の措置を講じます。
①虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修の実施
②ご利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
③虐待防止のための指針整備
④虐待防止のための対策を検討する委員会の設置と従業者への周知
⑵サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（ご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ご利用者を発見した場合は、速やかに、これを関係市町村に通報します。

12　ハラスメントに関する事項 適切なサービスの提供を確保する観点から、職場内及び訪問先において従業者に対する以下のハ ラスメントの防止のために必要な措置を講じます。 ここでいうハラスメントとは、行為者を限定せず優越的な地位または関係を用いたり、拒否・回避 が困難な状況下で下記（1）～（3）のいずれかの行為に該当するものとします。
⑴身体的な力を使って危害を及ぼす行為（回避して危害を免れた場合も含む）　（パワー・ハラスメント、カスタマー・ハラスメント他）
⑵個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり貶めたりする行為　（パワー・ハラスメント、カスタマー・ハラスメント他）
⑶意に沿わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ　（セクシュアル・ハラスメント）

令和８年　　月　　日

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護(介護予防通所介護)のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

事　業　者　　　事業所住所　　京都市伏見区深草僧坊町 41 番地
事 業 者 名　　医療法人　高生会
施　設　名　　デイサービスセンターふじのもり
（事業所番号）　２６７０９１６６６３

代 表 者 名　　**理事長　髙　謙一郎**　　㊞

説　明　者　　　職名・氏名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護(介護予防通所介護)のサービス内容及び重要事項の説明を受けサービスの提供開始に同意致します。

利　用　者　　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

代理人（選任した場合）住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞