

重要事項説明書（通所介護・通所介護相当サービス）

令和7年6月21日

1. サービスについての相談窓口

- *電話：0773-42-6119 月～金曜日 午前8時30分～午後4時30分
- *担当：上石 香織（管理者）・佐古田 理江（生活相談員）
- ※ご不明の点、介護サービスの質問、苦情等何でも承りますので遠慮なくお申し出ください。

2. あやべ協立診療所 通所介護 通所介護相当サービス 運営規定の概要

(1) 事業者概要

事業者名称	公益社団法人京都保健会
主たる事務所	京都市右京区太秦棚森町18-13 京医協ビル2階 電話 075（862）1155
代表者	理事長 松原 為人

(2) 事業所の名称・所在地、提供できるサービスの種類と地域

事業所名	公益社団法人京都保健会 あやべ協立診療所
所在地	京都府綾部市駅前通1
介護保険指定番号	2611801131
サービス内容	通所介護・通所介護相当サービス
サービスを提供する地域	綾部市全域（通所介護は市外への相談応じる）

(3) 事業の目的及び運営方針

利用者の及び自立支援・尊厳の保持及び要介護状態とならないよう心身機能の維持・向上を目的に介護保険法令に従い、利用者ごとに通所介護・通所介護相当サービス計画を作成し各サービスを提供します。

(4) 事業所の職員体制

	職種	業務内容	人員数
管理者	上石 香織	適切な事業運営の総括、介護計画作成	常勤1名 生活相談員・介護職と兼務
従事者	生活相談員	生活相談、サービス内容等調整	3名以上 介護職と兼務
	看護職員	看護処置、食事・排泄・入浴介助	1名以上
	機能訓練指導員	機能訓練指導・訓練計画作成	1名以上
	介護職員	送迎・食事・排泄・入浴介助	6名以上

(5) サービス提供日時

- *提供日：毎週の月曜日から金曜日とする。ただし、12月30日から1月3日までをのぞく。
- *提供時間：午前8時30分～午後4時30分まで（送迎時間を含まない）。

(6) 利用定員 1日 27人

(7) サービスの内容と選択について

- *サービスの内容：日常動作への介助、入浴、食事、レクリエーション、機能訓練、送迎、相談・助言等
- *社会交流・心身の活性化・機能訓練を目的に、通所介護・通所介護相当サービス計画書に基づき外出行事を行います。

(8) ご利用料とお支払いについて

- *下記の通所介護費 通所介護相当サービス費 各種加算とその他の日常生活費の合算がご利用料となります。
但し、割合は保険給付の自己負担割合に応じたご利用金額となります。
- *下記の金額は、負担割合が1割負担の金額です。2割負担は2倍。3割負担は3倍の金額となります。

要支援・通所介護相当サービス（1ヵ月）		各種加算（1ヵ月） 事業対象者含む		その他（1回）	
要支援1（事業対象者含む） 週1回程度	1,789円	サービス提供体制強化加算（I）		食費 （おやつ代含む）	720円
要支援1・2 （事業対象者含む）週2回程度	3,621円	要支援1 週1回程度	88円		
		要支援1・2 週2回程度	176円		
		介護職員処遇改善加算（I）	通所介護相当サービス費 ×0.092		
		科学的介護推進体制加算	40円/月		

通所介護費（1回）7-8時間		+	各種加算（1回）		+	その他（1回）	
要介護1	658円		入浴介助加算（Ⅰ）	40円		食費 （おやつ代含む）	720円
要介護2	777円		サービス提供体制強化加算Ⅰ（Ⅰ）	22円			
要介護3	900円		個別機能訓練加算（Ⅰ）Ⅰ+（Ⅱ）	56円 20円/月			
要介護4	1,023円		介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	通所介護費×0.092			
要介護5	1,148円		科学的介護推進体制加算	40円/月			

（各利用者様の居宅支援計画書に沿ったご利用となります）

※介護保険の適用が条件となります。回数等については介護支援専門員にご相談下さい。

※各種加算とその他の日常生活費は選択可能。介護保険の支給限度額を超える場合は実費となります。

※1ヶ月1回以上ご利用があれば、上記通所介護相当サービスと各種加算の金額をお支払い下さい。

また、中止に関しては日割りで利用料を計算します。

※通所介護相当サービス事業所は1ヶ所のデイサービスのみご利用いただけます。

※個別機能訓練（Ⅰ）Ⅰ+（Ⅱ）は、希望者のみ実施となります。

※職員が送迎を行わない場合は、片道ー47円（1割負担の場合）になります。

※お支払いは月まとめて翌月の下旬に利用明細、請求書を送付いたします。あやべ協立診療所1階窓口でお支払い下さい。

また、便利な金融機関の口座からの自動引き落とし制度もございます。

※午前8:30以降の当日キャンセルは食事代の720円（例外あり）を徴収させていただきます。

3. サービス提供の記録

サービス提供の記録は契約終了から5年間保管します。本人及び家族は営業時間内においてサービス提供記録の閲覧、実費による複写物の交付を受けることができます。

4. 苦情申し立て

苦情受付担当者（上石香織）にお申し出いただくか、連絡帳・ご意見箱でお知らせ下さい。内容を記録し対応結果は利用者・家族に報告します。また行政の窓口としては下記のところがあります。

*綾部市 福祉保健部 高齢者支援課 電話0773-42-3280（代） 月～金曜日

*京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課介護相談係 電話075-354-9090（代） 月～金曜日

5. 事故発生時の対応

事故が起こった場合は速やかに必要な処置を行い、医療機関の指示に従います。市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅支援事業者又は地域包括支援センター等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。事故内容は「事故発生報告・対処簿」に記録します。

6. 緊急時の対応

医療的対応が必要と思われる時には、一次救命処置を行い速やかに主治医もしくは医療機関・家族へ連絡します。

お願い：「緊急時における搬送先（医療機関）の指定・家族の連絡先の変更は、速やかにお伝えください」

損害賠償については、損害保険等を運用しつつ誠意をもって対応します。

7. 非常災害対策

非常災害の発生に備え、避難経路及び協力機関等との連携方法を策定し、定期的に避難誘導訓練を実施します。

（別途定める「消防計画」により対応します。防火管理者：藤井 伸行）

8. 虐待の防止に関する事項 担当者：上石 香織

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します。

- (1) 虐待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ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (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きます。

事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。

9. 個人情報の利用目的

従事者には利用者様ならびにご家族についての守秘義務があり、個人情報は外部に漏らしません。ただし、利用中の急変時への医療機関への情報提供と介護サービスを安心して受けていただくために、サービス担当者会議において、介護支援専門員や他のサービス事業所へご利用者様及びご家族の必要な情報を報告する場合があります。当事業所では福祉人材の育成に取り組んでおり、実習・研修を受け入れています。個人情報について守秘義務を守り利用者様には人格を尊重した態度で接するよう指導します。

10. 第三者評価の実施状況

令和1年11月14日受診 評価機関：京都私立病院協会 評価結果：www.kyoto-hokenkai.or.jp/ayabe/掲載

1 1. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示する。
- (2) 事業所内の設備や器具は本来の用法に従って利用し、これに反した利用により破損等が生じた場合は、必要に応じて修理費用等の実費代償を行う。
- (3) 喫煙は行わない。
- (4) 他の利用者の迷惑になる行為は行わない。
- (5) 金銭等の管理は各自で行う。
- (6) サービスの利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。

1 2. その他運営に関する留意事項

適切な指定通所介護等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従業者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等必要な措置を講じます。

以上

通所介護（通所介護相当サービス）の提供開始にあたり、利用者様に対し上記の重要事項を説明しました。

令和 年 月 日	事業所名	<u>公益社団法人京都保健会 あやべ協立診療所</u>	
	所在地	<u>京都府綾部市駅前通 1</u>	
	管理者	<u>上石 香織</u>	印
	説明者	_____	印

私は、事業者から通所介護（通所介護相当サービス）の開始にあたり、上記の重要事項の説明を受け

- 一、サービス提供を受けること
- 一、サービス担当者会議等において私及び家族の個人情報を用いること
- 一、介護保険利用料と選択をした各種加算、その他の日常生活費を支払うこと

以上三点について同意し、文書の交付を受けました。

利用者	_____	印
住 所	_____	
家族（代理人）	_____	印
住 所	_____	