
姉小路デイサービスセンター 重要事項説明書

(介護予防型デイサービス)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定事業者番号：京都市 2670300447 介護予防型デイサービス)

当事業所はご契約者に対して指定介護予防型デイサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 七野会
- (2) 法人所在地 京都市北区大北山長谷町5番地36
- (3) 電話番号 075-466-5095
- (4) 代表者氏名 理事長 井上 ひろみ
- (5) 設立年月日 1985年7月24日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防型デイサービス事業所
(2003年4月11日 指定京都府 70300447号)
- (2) 事業所の目的 事業者は、介護保険法令及び京都市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の趣旨にしたがい、契約者が有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、契約者の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家族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、介護予防通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 姉小路デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 京都市中京区堀川通姉小路下ル姉東堀川町76
- (5) 電話番号 075-257-3868
- (6) 管理者 氏名 小林 新一郎
- (7) 事業所の運営方針

事業所は、契約者が要支援状態等となった場合においても、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活上の世話及び機能訓練を行うものとする。

2 事業所は、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介護福祉サービスの提供に努めるものとする。

3 事業所はその提供するサービスの内容について、日常的に利用者本人及び家族に報告するように努めるものとする。

4 事業所は、事業の運営に当たっては、地域や家庭との結び付きを重視し、関係行政機関、他の居宅サービス事業所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所との連携に努めるものとする。

(8) 開設年月日 2003年4月11日

(9) 通常の事業の実施地域

京都市中京区の丸太町通以南、御前通以東、御池通以北の地域

京都市中京区の御池通以南、七本松通以東、四条通以北の地域

京都市中京区の丸太町通以南、御幸町通以西、四条通以北の地域

(10) 営業日、営業時間及び利用定員

営業日	月曜日～日曜日 *元日のみ休業
営業時間	8:30～17:30
サービス 実施時間	9:00～17:00
利用定員	27名
受付時間	8:30～17:30

但し、利用者の希望があれば、営業時間の範囲内で時間延長サービスを行います。

3. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定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>※職員の配置については、指定基準を充たしています。

職種	常勤	非常勤
1. 管理者(兼務)	1名	
2. 生活相談員(兼務3名)	2名	1名
3. 介護職員(兼務4名)	6名	4名
4. 看護職員(兼務3名)	0名	3名
5. 機能訓練指導員 (兼務3名)	0名	3名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間：午前8:30～午後5:30(内8時間 交替勤務)
2. 看護職員	勤務時間：午前9:00～午後1:00(内4時間 交替勤務)
3. 機能訓練指導員	勤務時間：午前9:00～午後1:00(内4時間 交替勤務)

4. 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) 介護保険の給付の対象となるサービス

<サービスの概要>

① 食 事

- ・当事業所では、栄養並びに契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

② 入 浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきり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

- ・排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した介助を行います。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送 迎

- ・居宅と事業所との間の送迎を行います。

(2) 利用料金 (別紙料金表 参照)

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)及び(2)の料金・費用は、サービスの利用終了後に1ヶ月毎に請求します。毎月、15日頃までに前月分の請求をいたしますので、以下の方法によりお支払いください。なお、入金確認後、領収書を発行いたします。(引き落としで支払いの場合、翌月の請求書の裏面が領収書となる場合があります。)

① 事業所に直接お支払い。(28日までにお支払いください)

② 下記指定口座からの自動引き落とし(手数料は法人負担)

- ・ゆうちょ銀行のいずれかの、ご指定の口座から引き落としいたします

引落日、毎月28日(土日祝の場合は翌営業日)

- ・京都銀行、京都中央信用金庫、JAのいずれかの、ご指定の口座から引き落としいたします

引落日、毎月25日(土日祝の場合は翌営業日)

③ 郵便振替で送金(28日までにお支払いください)

下記の郵便振替口座にてご送金ください

口座番号 01020-9-82287

口座名称 社会福祉法人七野会

5. 利用の中止、変更

- 契約者は、利用予定日の前に、契約者の都合により、介護予防通所介護サービスの利用を中止または変更することができます。この場合には、契約者はサービス実施日の前日までに事業者に出すこととします。
- サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により、契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示

します。

6. 秘密の保持

- 事業所職員は、サービス提供をする上で知り得た契約者及びその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。この守秘義務は、契約終了後も同様です。
- 事業所職員は、契約者から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、契約者及びその家族の個人情報を用いません。

7. 身体拘束に関わる行為について

- ご契約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、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体などを拘束する場合があります。この場合でも契約者の家族に報告し、必要に応じて情報の開示に努めるものとします。

8. サービス提供中の事故発生時の対応について

- サービス提供中に事故等が発生した場合には、別途の「緊急時及び事故対応マニュアル」に沿って対応いたします。その際に、利用者およびご家族の安全と権利を守るよう努力すると共に、可能な限り事前に利用者およびご家族の納得、ご了解が得られるようにいたします。
- 事業所は、本契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。
- サービス提供中に事故等が発生した場合には、速やかに京都市へ報告いたします。

9. 損害賠償について

当事業所において、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。
ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合には、事業者は損害賠償責任を減じる場合があります。

10. 苦情の受付について

- (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け付けます。
 - 苦情受付担当者 姉小路デイサービスセンター 管理者 小林 新一郎
 - 苦情解決責任者 生活支援総合センター姉小路 施設長 中尾 朱里
(上記担当者不在の場合は、電話対応した職員が承ります。)
 - 受付時間 月曜日～土曜日 8：30～17：30
- (2) 運営法人における苦情処理第三者委員による苦情の受付
第三者委員
小川 栄二 (元立命館大学教授)

藤松 素子（佛教大学教授） 電話 075-491-2141（佛教大学）

原田 眞美（認知症の人と家族の会京都府支部元世話人）

電話 050-5358-6577

（認知症の人と家族の会京都府支部）

（3）当事業所以外に、各居宅介護支援事業所・各行政区の介護保険課・国民健康保険団体連合会等でも苦情を受付けています。

京都市上京区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-441-5106

京都市中京区役所保健福祉センター健康長寿推進課 電話 075-812-2566

国民健康保険団体連合会 電話 075-354-9090

11. 第三者評価の実施状況 有

実施した直近の年月日 令和4年12月23日

評価機関 一般社団法人 京都市老人福祉協議会

指定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、交付しました。

指定介護予防型デイサービス 姉小路デイサービスセンター

説明者 職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防型サービスの提供開始および利用料徴収について同意し、受領しました。また、サービス担当者会議等への利用者及び家族の必要な個人情報の提供について同意し、緊急の医療上の必要性がある場合には医療機関等に情報を提供することについても同意しました。

説明、同意、交付日 令和 年 月 日

利用者 住所：

氏名：

印

署名代筆者 住所：

氏名：

印

（利用者との関係）

同意書

姉小路デイサービスセンター

利用者と貴事業所との間で、令和 年 月 日に締結した契約書9条の秘密保持に関し、サービス担当者会議等において、私及び私の家族の個人情報を、契約の有効期間中用いることを同意いたします。

令和 年 月 日

利用者
住所
氏名 印

家族
住所
氏名 印
(利用者との関係)

家族
住所
氏名 印
(利用者との関係)

家族
住所
氏名 印
(利用者との関係)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者
住所
氏名 印
(利用者との関係)

5. (1) 介護保険の給付対象となる利用料金

下記料金表によって、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。上記サービスの利用料金は、契約者の利用回数、入浴ありなしに応じて異なります。

		入浴	月額			1日あたり		
			1	2	3	4	5	6
			契約者の要介護度とサービス利用料金	うち介護保険から給付される金額	サービス自己負担にかかると	1回あたりの利用料金	うち介護保険から給付される金額	サービス自己負担にかかると
要支援1	1割負担	あり	18789	16910	1879	4556	4100	456
		なし	16699	15029	1670	4054	3648	406
	2割負担	あり	18789	15031	3758	4556	3644	912
		なし	16699	13359	3340	4054	3243	811
	3割負担	あり	18789	13152	5637	4556	3189	1367
		なし	16699	11689	5010	4054	2837	1217
要支援2 事業対象者 週1回程度	1割負担	あり	18789	16910	1879	4556	4100	456
		なし	16699	15029	1670	4054	3648	406
	2割負担	あり	18789	15031	3758	4556	3644	912
		なし	16699	13359	3340	4054	3243	811
	3割負担	あり	18789	13152	5637	4556	3189	1367
		なし	16699	11689	5010	4054	2837	1217
要支援2 事業対象者 週2回程度	1割負担	あり	37912	34120	3792	4671	4203	468
		なし	33732	30358	3374	4159	3743	416
	2割負担	あり	37912	30329	7583	4671	3736	935
		なし	33732	26985	6747	4159	3327	832
	3割負担	あり	37912	26538	11374	4671	3269	1402
		なし	33732	23612	10120	4159	2911	1248

(単位：円)

☆送迎加算は、上記の基本報酬に含みます。

☆回数は目安であり、ご相談の上、回数や内容は決めさせていただきます。

☆上記利用料金には、地域加算（10.45円）が含まれます。

★令和6年6月1日から 別途、各総単位数に介護職等処遇改善加算（I） 9.2%が加算されます。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、契約者の負担額を変更します。

☆上記の金額は1日あたりの自己負担額ですが、端数整理の為、月単位では若干の誤差が生じます。

<加算>

Ⓐ：利用者負担1割の方

Ⓑ：利用者負担2割の方

Ⓒ：利用者負担3割の方

(単位：円)	要支援1、要支援2 又は 事業対象者の週1回程度の方			要支援2 又は 事業対象者の週2回程度の方		
	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
栄養アセスメント加算	52	104	156	52	104	156
栄養改善加算	209	418	627	209	418	627
口腔機能向上加算（Ⅰ）	156	313	470	156	313	470
口腔機能向上加算（Ⅱ）	167	334	501	167	334	501
サービス提供体制強化加算Ⅰ	75	183	275	183	367	551
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	104	209	313	104	209	313
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	209	418	627	209	418	627
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	104	209	313	104	209	313
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	235	470	705	235	470	705
科学的介護推進体制加算	156	313	470	156	313	470

☆個別の状況により、自己負担額が4割になる場合があります。

<減算>

Ⓐ：利用者負担1割の方

Ⓑ：利用者負担2割の方

Ⓒ：利用者負担3割の方

(単位：円)	要支援1、要支援2 又は 事業対象者の週1回程度の方			要支援2 又は 事業対象者の週2回程度の方		
	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ	Ⓐ	Ⓑ	Ⓒ
同一建物減算(1回あたり)	-98	-196	-294	-98	-196	-294
送迎減算(1日あたり)	-49	-98	-147	-49	-98	-147
定員超過利用による減算	基本報酬×70%			基本報酬×70%		
職員の欠員による減算	基本報酬×70%			基本報酬×70%		
高齢者虐待防止措置未実施減算	基本報酬×99%			基本報酬×99%		
事業継続計画未策定減算	基本報酬×99%			基本報酬×99%		

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、希望に応じて利用料金の全額が契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の材料の提供（食材料費・おやつ代）

・契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

また、昼食だけでなく、夕食を食べて帰る事が可能。（7-8利用の場合）

朝食は、曜日に応じて対応可能。

② 通常の事業実施区域外への送迎

・通常の事業実施地域は、

京都市中京区の丸太町通以南、御前通以東、御池通以北の地域

京都市中京区の御池通以南、七本松通以東、四条通以北の地域

京都市中京区の丸太町通以南、御幸町通以西、四条通以北の地域 です。

・通常の事業実施地域以外の方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎費用として、下記料金を加算していただきます。

③その他、介護予防型デイサービスの提供にあたって、日常生活上必要となる費用で、契約者に負担していただく費用

☆ 介護給付の対象とならないサービス料金を変更する場合は、変更を行う1か月前までにご説明します。

項 目	料 金 (税込料金)
送迎料 (但し、通常の実施範囲を超えるものに限る)	通常の実施地域を越えた地点から
	1kmあたり30円 (税込料金)
食材料費	朝食1回分 200円
	昼食1回分 600円
	夕食1回分 700円
おやつ代	1日分 100円
オムツ代	リハビリパンツ 100円
	テープ式 100円
	パット 30円
喫茶代	1杯分 50円
洗濯代	1回分 200円