

こぶしの里サテライト今宮デイサービスセンター 重要事項説明書

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2690100041号)

当事業所はご契約者に対して指定介護予防認知症対応通所介護（以下「介護予防通所介護」）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 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所
(2008年3月1日 指定京都市2690100041号)
- (2) 事業所の目的 事業者は、介護保険法令の趣旨にしたがい、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 こぶしの里サテライト今宮デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 京都市北区紫野大徳寺町35-2
- (5) 電話番号 075-494-2880
- (6) 管理者 氏名 山崎 暁
- (7) 事業所の運営方針
 - 事業所は、契約者が要介護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、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 2008年 3月 1日
- (9) 通常の事業の実施地域
京都市北区・上京区の全域、
中京区の丸丸太町通以北の地域、左京区の下賀茂本通以西、北山通以南、
右京区の丸太町通以北・府道29号以南・国道162号線以東の地域

介護予防

(10) 営業日、営業時間及び利用定員

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	8:30～17:30
サービス実施時間	9:00～17:00
利用定員	12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通所介護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（兼務あり）	1名	
2. 生活相談員（兼務を含む）	2名	
3. 介護職員（兼務を含む）	5名	3名
4. 看護職員（兼務）		1名
5. 機能訓練指導員（兼務）		1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 午前9:00～午後6:00
2. 看護職員	勤務時間：午前9:00～午後6:00
3. 機能訓練指導員	勤務時間：午前9:00～午後6:00

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。

<サービスの概要>

- ①食事（食事時間）午後12時00分～13時00分頃
 - ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、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
 - ・一般浴槽での入浴、又は清拭を行います。
- 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認知症の利用者に特に配慮したケア
 - ・認知症による生活障害が特に激しい時期の契約者に対し、専門的ケアを行います。
- ⑥送迎
 - ・居宅と事業所との間の送迎を行います。

介護予防

＜サービス利用料金（1回あたり）＞

（1）介護保険の給付対象となる利用料金

下記の料金表によって、契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。下記サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。

●5時間以上6時間未満の1回あたりのサービス利用料金

	1割負担		2割負担		3割負担	
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
1. 契約者の要介護度とサービス利用料	8,186円	9,104円	8,239円	9,146円	8,239円	9,146円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,367円	8,193円	6,591円	7,316円	5,767円	6,402円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	819円	911円	1,648円	1,830円	2,472円	2,744円

●6時間以上7時間未満の1回あたりのサービス利用料金

	1割負担		2割負担		3割負担	
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
1. 契約者の要介護度とサービス利用料	8,397円	9,326円	8,376円	9,305円	8,376円	9,305円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,557円	8,393円	6,700円	7,444円	5,863円	6,513円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	840円	933円	1,676円	1,861円	2,513円	2,792円

●7時間以上8時間未満の1回あたりのサービス利用料金

	1割負担		2割負担		3割負担	
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
1. 契約者の要介護度とサービス利用料	9,442円	10,539円	9,421円	10,497円	9,421円	10,497円
2. うち、介護保険から給付される金額	8,497円	9,485円	7,536円	8,397円	6,594円	7,347円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	945円	1,054円	1,885円	2,100円	2,827円	3,150円

*上記利用料金には、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）10.4%
介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）3.1% が含まれています。

*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。

*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。

介護予防

●契約者が受けるサービスの内容により、以下の自己負担額をお支払い下さい。

*下記利用料金には、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）10.4%、介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）3.1%が含まれています。

*下記の金額は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。

*個別の状況により、自己負担額が3割になる場合があります。

*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。

	一割負担	二割負担	三割負担
入浴介助加算Ⅰ	入浴 1回 48円	入浴 1回 95円	入浴 1回 143円
入浴介助加算Ⅱ	入浴 1回 67円	入浴 1回 133円	入浴 1回 200円
生活機能向上連携加算	1ヶ月 240円	1ヶ月 479円	1ヶ月 719円
若年性認知症利用者受入れ加算	1日 72円	1日 144円	1日 216円

（2）介護保険の給付対象とならない利用料金

以下の利用料金は希望に応じて全額が契約者の自己負担となります。

項目	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片道1kmあたり30円（税込料金）
昼食代	1回分 600円（税込料金）
夕食代及び持ち帰り夕食	1回分 700円（税込料金） （持ち帰り夕食のご飯抜きは税込600円）
おやつ代	1日分 100円（税込料金）
私物の洗濯、乾燥代	1回 250円
オムツ代	実費
喫茶代	コーヒー 50円 紅茶 50円 ジュース 50円(全て税込料金)

- ① 食事の提供（昼食代、おやつ代、夕食代）
 - ・契約者に提供する食事にかかる費用です。
- ② 通常の実業実施区域外への送迎
 - ・通常の実業実施地域は京都市北区・上京区の全域、中京区の丸丸太町通以北の地域、左京区の下鴨本通以西、北山通以南、右京区の丸太町通以北・府道29号以南・国道162号線以東の地域です。
 - ・通常の実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、送迎費用を加算していただきます。
- ③ その他介護予防通所介護の提供にあたって、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

介護予防

(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

(4) 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申し出るものとします。
- サービス利用中に、利用者の急な理由でサービスの提供を中止する場合も、食費を申し受けます。
- サービス利用の変更の申し出に対して、事業者の稼働状況により、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。

5. 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。

6. 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。

7. 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。

介護予防

8. 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。

9. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情の受付、ご相談は以下のとおりです。

苦情受付担当者 管理者 山崎 暁
苦情解決責任者 こぶしの里サテライト今宮施設長 服部 裕美
受付日時 月曜日～金曜日 8：30～17：30
電話 075-494-2880 FAX 075-495-9311

- (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世話人）

電話 075-811-8399 （認知症の人と家族の会京都府支部）

③行政機関その他の苦情受付

名 称	電 話	名 称	電 話
京都市北区役所 保健福祉センター健康長寿推進課	075-432-1366	京都市上京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課	075-441-5106
京都市左京区役所 保険福祉センター健康長寿推進課	075-702-1071	京都市中京区役所 保険福祉センター健康長寿推進課	075-812-2566
京都市右京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課	075-861-1430	国民健康保険団体連合会	075-354-9090

9. 第三者評価実施状況

実施した直近の年月日

評価機関

有り

令和3年3月10日

一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護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。

こぶしの里サテライト今宮デイサービスセンター

説明者 氏 名 印

介護予防

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、指定介護予防通所介護サービスの提供開始および利用料の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提供についても同意しました。また、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。

利用者

住所：

氏 名：

印

署名代行者 氏 名：
(利用者との関係)

印
)