はつね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　２６７０１００００７８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通所介護事業所
（２００３年８月５日 指定京都府　2670100078 号）
（２００６年４月１日 指定京都市　2670100078 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　　はつねデイサービスセンター
（４）事業所の所在地　京都市北区小山下初音町24　カマラーダドーモ２０２号室
（５）電話番号　　０７５－４９４－３０３３
（６）管理者　　氏名　青木　敬
（７）事業所の運営方針

事業所は、契約者が要介護状態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　　２００３年　８月　５日

（9）通常の事業の実施地域

京都市北区全域、上京区の今出川通以北・左京区の下鴨本通以西、北山通以南とする。

(10) 営業日、営業時間及び利用定員

営　業　日	月曜日～土曜日
営 業 時 間	8:30～17:30
サービス 実施時間	9:00～17:30
利 用 定 員	１０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認知症対応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)	１名	
２．生活相談員(兼務)	３名	
３．介護職員(兼務を含む)	４名	２名
４．看護職員		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
２．看　護　職　員	勤務時間：　午前８：３０　～　午後５：３０
３．機能訓練指導員	勤務時間：　午前８：３０　～　午後５：３０

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　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。

②　食　事

・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。

（食事時間）午後１２時００分 ～ １３時００分頃

③　入　浴

・家庭用一般浴槽での入浴、又は清拭を行います。

④　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。

⑤　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。

⑥　送　迎

・ご希望により、居宅と事業所との間の送迎を行います。

＜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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。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。

3時間以上4時間未満の利用料			（単位：円）
1.利用者の要介護度とサービス利用料		要支援１	要支援２
		5,000	5,538
１割負担	2.うち、介護保険から給付される額	4,500	4,984
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	500	553
２割負担	2.うち、介護保険から給付される額	4,000	4,430
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,000	1,107
３割負担	2.うち、介護保険から給付される額	3,500	3,876
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,500	1,661

4時間以上5時間未満の利用料			（単位：円）
1.利用者の要介護度とサービス利用料		要支援１	要支援２
		5,232	5,802
１割負担	2.うち、介護保険から給付される額	4,708	5,221
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	523	580
２割負担	2.うち、介護保険から給付される額	4,185	4,641
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,046	1,160
３割負担	2.うち、介護保険から給付される額	3,662	4,061
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,569	1,740

5時間以上6時間未満の利用料			（単位：円）
1.利用者の要介護度とサービス利用料		要支援１	要支援２
		7,807	8,714
１割負担	2.うち、介護保険から給付される額	7,026	7,842
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	780	871
２割負担	2.うち、介護保険から給付される額	6,245	6,971
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,561	1,742
３割負担	2.うち、介護保険から給付される額	5,464	6,099
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	2,342	2,614

6時間以上7時間未満の利用料			（単位：円）
1.利用者の要介護度とサービス利用料		要支援１	要支援２
		8,007	8,956
１割負担	2.うち、介護保険から給付される額	7,206	8,060
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	800	895
２割負担	2.うち、介護保険から給付される額	6,405	7,164
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,601	1,791
３割負担	2.うち、介護保険から給付される額	5,604	6,269
	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	2,402	2,686

＊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
＊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あわせてご契約者の負担額も変更になります。

☆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。

（単位：円）

	１割負担	２割負担	３割負担
入浴介助加算Ⅰ	42	84	126
入浴介助加算Ⅱ	52	105	158
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	37	56
生活機能向上連携加算Ⅰ（１か月あたり）	105	211	316
生活機能向上連携加算Ⅱ（１か月あたり）	211	422	633
時間延長サービス９時間を超えて１０時間まで	52	105	158
時間延長サービス１０時間を超えて１１時間まで	105	211	316

＊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。
＊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、変更された額にあわせてご契約者の負担額も変更に

なります。
☆別途、各総単位数に介護職員処遇改善加算（Ⅰ）10.4%が加算されます。
☆別途、各総単位数に介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）3.1%が加算されます。
介護職員等特定処遇改善加算とは、厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金改善等を実施しているものとして市町村に届けた事業所が、利用者に対し、事業を実施した場合、当該基準に掲げる区分に従い、所定単位数に加算するものです。

（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
①送迎料（但し、通常の実施範囲を超えるものに限る）	通常の実施地域を超えた地点から 片道１ｋｍあたり　３０円
②お食事代（税込料金）	昼食　１回分　６００円　　夕食　１回分　７００円
③おやつ代（税込料金）	１日分　　１００円
④オムツ代	実　費
⑤喫茶代（税込料金）	コーヒー、紅茶、ジュース　　各　５０円

①　通常の事業実施区域外への送迎
・通常の事業実施地域は北区全域、上京区の今出川通以北・左京区の下鴨本通以西、北山通以南です。
・通常の事業実施地域以外にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用を加算していただきます。
②③　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。
＊その他、指定介護予防認知症対応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
＊介護給付の対象とならない利用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。

（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請求しますので、下記のいずれかの方法で翌月末日までにお支払い下さい。
①　事業所に直接お支払い。
②　郵便振替で送金
口座　「００９８０－０－２４９５１９」はつねデイサービスセンター
③ 指定郵便口座からの自動引き落とし

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、指定介護予防認知症対応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申し出ることとします。
○　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て協議します。

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。この場合でもご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　　青木　敬
（上記担当者不在の場合は、電話応対した職員が承ります。）
苦情解決責任者　　常勤理事　　宮本　武史
受付日時　　月曜日～金曜日　８：３０～１７：３０
電話・ＦＡＸ　　０７５－４９４－３０３３

（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　０５０－５３５８－６５８０（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
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
京都市中京区役所保健福祉センター健康長寿推進課	075-812-2566
京都市左京区役所保健福祉センター健康長寿推進課	075-702-1071
国民健康保険団体連合会	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　平成 30 年 1 月 25 日

評価機関　きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

年　　月　　日

指定介護予防認知症対応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。

指定介護予防認知症対応通所介護サービス　　はつねデイサービスセンター

説明者　　職名：管理者　　氏名：青木　敬　　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、指定介護予防認知症対応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の提供についても同意し、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。

利用者　　氏　名：　　印

署名代行者　氏　名：　　印

（利用者との関係　　）