

---

## 糸屋町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2690200072号)

当事業所はご契約者に対して指定認知症対応型通所介護サービス及び指定介護予防認知症対応型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 指定認知症対応型通所介護事業所  
指定介護予防認知症対応型通所介護  
(2010年5月1日 指定京都市2690200072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、認知症対応型通所介護サービス及び介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 糸屋町デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 京都市上京区大宮通中立売通上る糸屋町198
- (5) 電話番号 075-415-7800
- (6) 管理者氏名 生活支援総合センター聚楽 担当常勤理事 中尾朱里
- (7) 事業所の運営方針

事業所は、契約者が要支援または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を営むことができるように、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 2010年 5月 1日

(9) 通常の事業の実施地域

京都市上京区全域

(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	9:00～16:30
利用定員	12名
受付時間	月曜日～日曜日 8:30～17:30

☆但し、1月1日・2日は休み

☆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認知症対応型通所介護サービス及び介護予防認知症対応型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（兼務あり）	3名	
3. 介護職員（兼務あり）	4名	4名
4. 看護職員		3名
5. 機能訓練指導員（兼務）		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 8:30 ～ 17:30
2. 看 護 職 員	勤務時間 9:00 ～ 16:30
3. 機能訓練指導員	勤務時間 9:00 ～ 16:30

### 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。

(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 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（食材料費は別途いただきます）
  - ・栄養並びに契約者の身体の状況及び食物アレルギーを考慮した食事を提供します。  
（食事時間） 12時00分～13時00分頃
- ③ 入 浴
  - ・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。

(2) サービス利用料金について（料金表 別紙）

(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ヶ月ごとに請求しますので、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 指定郵便口座もしくは京都銀行口座からの自動引き落とし
- ② 郵便振替にて払い込み
- ③ 事業所に直接お支払い

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、認知症対応型通所介護サービス及び介護予防認知症対応型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の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

糸屋町デイサービスセンター副主任 : 松本 文子

(上記担当者不在の場合は、電話対応した職員が承ります。)

- 苦情解決責任者

生活支援総合センター聚楽施設長 : 森田 健也

- 受付時間 月曜日～日曜日 8:30～17:30

- 電話 075-415-7800 FAX 075-415-7565

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

○京都市上京区役所健康福祉センター健康長寿推進課

電話 075-441-5106

○京都市北区役所健康福祉センター健康長寿推進課

電話 075-432-1366

○京都市中京区役所健康福祉センター健康長寿推進課

電話 075-812-2566

○京都市左京区役所健康福祉センター健康長寿推進課

電話 075-702-1071

○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3年12月23日

評価機関 京都市老人福祉施設協議会

令和 年 月 日

指定認知症対応型通所介護サービス及び指定介護予防認知症対応型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。

指定認知症対応型通所介護サービス

指定介護予防認知症対応型通所介護サービス 糸屋町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、認知症対応型通所介護または介護予防認知症対応型通所介護のサービス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情報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に情報を提供することにも同意しました。

利用者 氏名： 印

署名代筆者 氏名： 印  
(利用者との関係 )

家族 氏名： 印  
(利用者との関係 )

改訂	平成23年	4月	1日	改訂	平成24年	4月	1日
改訂	平成25年	4月	1日	改訂	平成26年	4月	1日
改訂	平成26年	10月	1日	改定	平成27年	4月	1日
改定	平成27年	8月	1日	改定	平成27年	11月	23日
改定	平成28年	1月	23日	改定	平成28年	4月	12日
改定	平成29年	4月	1日	改定	平成30年	4月	1日
改定	令和元年	5月	1日	改定	令和元年	7月	1日
改定	令和元年	10月	1日	改定	令和3年	4月	1日
改定	令和3年	12月	1日	改定	令和4年	4月	1日

# 同意書

糸屋町デイサービスセンター

私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： )