デイサービスセンター北山杉いこいの家　　重要事項説明書
（地域密着型通所介護事業）

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　第 2670101209 号）

当事業所はご契約者に対して指定地域密着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　指定地域密着型通所介護事業所
（平成２７年７月１日 指定京都府第　2670101209　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、指定地域密着型通所介護サービスを提供します。
（３）事業所の名称　　デイサービスセンター北山杉いこいの家
（４）事業所の所在地　京都市北区小野宮ノ上町１２
（５）電話番号　　０７５－４０６－４５５５
（６）管理者　　氏名　　杉山　容子
（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　　２０１５年７月１日
（９）通常の事業の実施地域

京都市北区中川、杉阪、真弓、小野、大森
京都市右京区梅ケ畑、京北　の各地域

（10）営業日、営業時間及び利用定員

営業日	月曜 火曜 木曜 金曜 日曜
営業時間	８：３０～１７：３０
サービス実施時間	９：００～１６：３０　（金曜は１５：３０）
利用定員	１７名
受付時間	８：３０～１７：３０

☆祝日は営業、水曜・土曜･年末年始（概ね 12/30～1/3 頃）は休業
☆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地域密着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	１名（兼務）	
２．生活相談員	１名（専従）２名（兼務）	
３．介護職員	３名（兼務）	２名（専従）
４．看護職員		２名（兼務）
５．機能訓練指導員		２名（兼務）

＊　生活相談員又は介護職員のうち１名以上を常勤とします。

＜主な職種の勤務体制＞

職　　種	勤　　務　　体　　制
１．管理者	勤務時間：　午前８：３０　～　午後５：３０
２．生活相談員	勤務時間：　午前８：３０　～　午後５：３０
３．介　護　職　員	勤務時間：　午前８：３０　～　午後５：３０
４．看　護　職　員	勤務時間：　午前９：００　～　午後４：３０ 勤務時間：　午前８：３０　～　午後５：３０
５．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）入浴サービス

居宅における入浴が困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。

（２）食事サービス

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）１２時００分 ～ １３時００分頃

（３）送迎サービス

心身の状態、地理的条件等により送迎を必要とする利用者については専用車両により送迎を行います。

（４）健康管理

事業所は、常に利用者の健康の状況に注意するとともに健康保持のための適切な措置をとります。

（５）相談及び援助

常に利用者の心身の状況並びに家族の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助などを行います。

（６）機能訓練サービス

利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて生活機能の改善又は維持並びに心身の活性化を図るため、各種のサービスを提供します。日常生活訓練、アクティビティサービス（レクレーション）ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ、行事その他。

（７）日常生活上の支援

利用者の心身の状況に応じ、移動、排泄などの支援を、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行います。

（８）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、専門的ケアを行ないます。

（９）口腔機能向上サービス

口腔機能向上に関する情報提供、健口体操、口腔ケア支援、その他指導や機能訓練をおこないます。

＜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。上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。

地域密着型通所介護サービス利用料　　令和３年４月１日より

利用時間	要介護度	利用料金	利用者負担額		
			１割負担	２割負担	３割負担
３時間以上４時間未満	要介護１	4336円	434円	86８円	1301円
	要介護２	4974円	498円	995円	1493円
	要介護３	5622円	563円	1125円	1687円
	要介護４	6249円	625円	1250円	1875円
	要介護５	6907円	691円	1382円	2073円
４時間以上５時間未満	要介護１	4545円	455円	909円	1364円
	要介護２	5214円	522円	1043円	1565円
	要介護３	5893円	590円	1179円	1768円
	要介護４	6552円	656円	1311円	1966円
	要介護５	7241円	725円	1449円	2173円
５時間以上６時間未満	要介護１	6844円	685円	1369円	2054円
	要介護２	8077円	808円	1616円	2424円
	要介護３	9331円	934円	1867円	2800円
	要介護４	10554円	1056円	2111円	3167円
	要介護５	11808円	1181円	2362円	3543円
６時間以上７時間未満	要介護１	7064円	707円	1413円	2120円
	要介護２	8339円	834円	1668円	2502円
	要介護３	9634円	964円	1927円	2891円
	要介護４	10920円	1092円	2184円	3276円
	要介護５	12205円	1221円	2441円	3662円
７時間以上８時間未満	要介護１	7837円	784円	1568円	2352円
	要介護２	9269円	927円	1854円	2781円
	要介護３	10742円	1075円	2149円	3223円
	要介護４	12205円	1221円	2441円	3662円
	要介護５	13668円	1367円	2734円	4101円

☆上記の他に提供するサービスの内容によって、以下のように加算されます。
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。

○介護保険法による加算内容（1 回につき）

加算項目		単位数	負担割合			内容
			１割	２割	３割	
入浴介助加算（1日）	（Ⅰ）	40	42円	８４円	126円	入浴介助を行った場合
	（Ⅱ）	55	58円	115円	173円	自宅の浴室環境を評価し助言、計画の上自宅を想定した入浴介助を行った場合
サービス提供体制加算（Ⅰ）		22	23円	46円	69円	介護福祉士資格を持った職員の配置に対するもの
口腔機能向上連携加算（Ⅰ）（月2回限度）		150	157円	314円	471円	口腔機能の向上を目的として個別的に口腔清掃の指導もしくは実施を行う場合
生活機能向上連携加算（Ⅱ）（1月につき）		200	209円	418円	627円	利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ個別機能訓練計画を作成した場合
科学的介護推進体制加算		40	42円	84円	126円	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合
送迎を行わない場合の減算		-47	″ －49円	”－98円	**”－147円**	送迎を行わなった場合

① 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　一か月に要した所定単位数×5.9％
② （新設）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）　一か月に要した所定単位数×1.2％

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。

☆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。

（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）	通常の実施地域を超えた地点から 片道１ｋｍあたり３０円（税込料金）
昼食代	昼食１回分　　６００円 **（税込料金）**

おやつ代	１日分　　１００円 （税込料金）
朝食代	朝食１回分　　１００円 （税込料金）
オムツ代	実　　費
喫茶代	コーヒー　　５０円 ジュースなど　　５０円 （税込料金）
持ち帰り弁当代（注文した方のみ）	７００円 （税込料金） ＊ごはんなし６００円

①　食事の提供（朝食代、昼食代、おやつ代）
　・契約者に提供する食事にかかる費用です。
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
　　京都市北区中川、杉阪、真弓、小野、大森
　　京都市右京区梅ケ畑、京北　の各地域
　・通常の事業実施地域以外の地域にお住まいの方で、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。
③　その他地域密着型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。

（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　　郵便振替口座　「０１０２０－９－８２２８７」
　　特別養護老人ホーム原谷こぶしの里
③　指定郵便口座からの自動引き落とし

（４）利用の中止、変更
○　契約者は、利用予定の前に、契約者の都合により、地域密着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迎え直前までに事業者に申し出ることとします。
○　サービス利用当日中に、利用者の急な理由でサービスの提供を中止する場合は昼食･おやつ代金をキャンセル料として申し受けます。
○　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。

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．身体的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の生命、身体を保護する為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ご家族に報告し、必要に応じて情報の開示に努めるものとします。

７．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。また家族、介護支援専門員に速やかに連絡します。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。

８．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。

９．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付けます。

○　苦情受付窓口

受付担当者　　管理者　　杉山容子

解決責任者　　施設長　　永井達也

（上記担当者不在の場合は、電話応対した職員が承ります。）

○　受付時間　月・火・木・金・日曜　８：３０～１７：３０

○　電話　　０７５－４０６－４５５５

ＦＡＸ　　０７５－４０６－４５５０

（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。

・京都市北区役所保健福祉センター健康長寿推進課　　電話　075-432-1366

・京都市右京区役所保健福祉センター健康長寿推進課　　電話　075-861-1430

・京都府国民健康保険団体連合会　　電話　075-354-9090

・京都府社会福祉協議会　福祉サービス運営適正化委員会　　電話　075-252-2152

１０．第三者評価の実施状況　有

実施した直近の年月日　平成 28 年 10 月 24 日

評価機関　京都福祉ネットワーク「一期一会」

令和　　年　　月　　日

指定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本書面を交付しました。

デイサービスセンター北山杉いこいの家

説明者　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、指定通所介護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において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

（契約者との関係

個人情報の利用に関する同意書

デイサービスセンター北山杉いこいの家

私、（利用者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿と貴事業所との間で、
令和　　年　　月　　日に締結した、地域密着型通所介護に関する契約書の秘密保持に関しサービス担当者会議、地域包括センターや指定居宅介護支援事業所との連絡調整などに必要な　範囲において、私及び私の家族の個人情報を、使用することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

利用者
住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（利用者との関係　　）

家　族
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（利用者との関係　　）

家　族
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（利用者との関係　　）

利用者は、身体状況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　　）

社会福祉法人　七野会
事業所名（　　）宛

個人情報の利用に関する同意書

（１）　下記を目的として、私の個人情報を利用することに同意します。

① 私の状況や変化に応じた、適切なサービスを提供するため（ケアプラン・介護サービス計画書の作成、サービスの内容等の記録など）
② 介護護保険、医療保険、障害者支援費制度等の請求のため
③ 他の事業所との連携、サービス担当者会議への情報提供のため
④ 私・家族に、サービス提供の状況、心身の状態や病状の変化等を説明するため
⑤ サービス向上を目的とした、アンケート調査や資料つくりのため
⑥ 福祉や介護保険に関する情報発信や、法人・事業所のお便り送付のため
⑦ 苦情・事故が起こったとき、役所や苦情対応第三者委員（ご利用者の立場にたって苦情対応に当たる委員）に報告するため。

（２）　広報紙への写真や名前等の掲載について

七野会と七野会が運営する各事業所の広報紙での、写真・名前・年齢等の掲載に関して、下記に　〇　をお願いします。

ア：　広報誌に写真・名前・年齢等を掲載してもよい
イ：　広報誌に写真は掲載してもよいが、名前等は仮名にして欲しい。
ウ：　広報誌に名前・年齢は掲載してもよいが、写真は掲載して欲しくない。
エ：　広報誌に名前・年齢・写真は一切掲載して欲しくない。
オ：その他（　　）

（３）（２）において「ア」または「イ」「ウ」とお答えくださった方へ

「ア」または「イ」「ウ」の条件での広報誌が七野会のホームページに掲載される事について、下記に　〇　をお願いします。

ア：　広報誌の自分の記事がホームページに掲載されることに同意する
イ：　広報誌の自分の記事がホームページに掲載されることに同意しない

（４）七野会のホームページへの写真の掲載について

お顔や行事のご様子などが（名前・年齢等の情報は掲載されません）、七野会のホームページのイメージ写真として掲載されることに関して、下記に　〇　をお願いします。

ア：　ホームページ内での写真の掲載に同意します
イ：　ホームページ内での写真の掲載に同意しません

年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

署名代行者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿