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 (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 第2670101209 号 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

(平成27年7月1日 指定京都府 2670101209 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、介護予防型デイ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、契約者が要支援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	$9:00\sim16:30$
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	1名(兼務)	
2. 生活相談員	1名(専従)2名(兼務)	
3. 介護職員	2名(兼務)	3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9:00 ~ 午後5:30
5. 機能訓練指導員	勤務時間: 午前9:00 ~ 午後4:30

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) 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。

(7)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。

(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、専門的ケアを行います。

(9) 選択的サービス複数実施サービス

口腔機能向上に関する情報提供、健口体操、口腔ケア支援、その他指導の口腔機能向上サービスと、安全な運動への健康チェック、体力測定の実施、運動器機能を向上する体操などの運動器機能向上サービスを複合的に行います。

<サービス利用料金(1ヶ月あたり)>

(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、契約者の要支援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、契約者利用回数、入浴の有無に応じて異なります。

令和3年4月1日より 単位;円

			月額				1日あたり		
			1	2	3	4	5	6	
		入浴	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 ビス利用に係る自己負担額	1回あたりの利用料	うち介護保険から給付される金額	サー ビス利用に係る自己負担額	
	1割負担	あり なし	17472 15382	15724 13843	1748 1539	4012 3532	3610 3178	402 354	
要支援1	2割負担	あり なし	17472 15382	13977 12305	3495 3077	4012 3532	3209 2825	803 707	
	3割負担	あり なし	17472 15382	12230 10767	5242 4615	4012 3532	2808 2472	1204 1060	
	1割負担	あり なし	17472 15382	15724 13843	1748 1539	4012 3532	3610 3178	402 354	
要支援2 事業対象者 週1回程度	2割負担	あり なし	17472 15382	13977 12305	3495 3077	4012 3532	3209 2825	803 707	
ZE PETELX	3割負担	あり なし	17472 15382	12230 10767	5242 4615	4012 3532	2808 2472	1204 1060	
	1割負担	あり なし	35822 31642	32239 28477	3583 3165	4127 3647	3714 3282	413 365	
要支援2	2割負担	ありなし	35822 31642	28657 25313	7165 6329	4127 3647	3301 2917	826 730	
週2回程度 	3割負担	ありなし	35822 31642	25075 22149	10747 9493	4127 3647	2888 2552	1239 1095	

☆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。

☆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。これらの加算についても、9割が 介護保険から給付されます。 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。

加管百日	利田州人		 利用者負担額	·	
加算項目	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担	内容
口腔機能向上加算(I)	1567円	157円	314円	471円	ロ腔機能の向上を目的に、個別で口腔清 掃の指導もしくは実施などをした場合
運動器機能向上加算	2351円	236円	471円	706円	計画を立て、個別でのリハビリを行う場合
選択的サービス複数実施加算	5016円	502円	1004円	1505円	ロ腔機能向上サービスと運動機能向上サー ビスのいずれのサービスも実施した場合
科学的介護推進体制加算	418円	42円	84円	126円	利用者ごとのADL値、栄養値、口腔機能などの心身に係る基本的な情報を管理・活用しケアの質の向上に取り組み、厚労省にデータを提出した場合。
サービス提供体制加算(I) 週1回程度のご利用の場合	919円	92円	184円	276円	
サービス提供体制加算(I) 週2回程度のご利用の場合	1839円	184円	368円	552円	介護福祉士資格を持った職員配置に対するもの
介護職員処遇改善加算(I)	1か月に要した所定単位数×5.9%				
介護職員等特定処遇改善加算(I)	1か月に要した所定単位数×1.2%				

☆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(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。

(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、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. 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。

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。

- 8. 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。
 - 〇 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075-406-4555FAX075-406-4550
- (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(立命館大学特任教授) 電話 075-461-5866(自宅)

(立命館大学産業社会学部)

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

9. 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。

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、指定介護予防型デイ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た。

利用者 氏名: 印

署名代行者 氏 名: (契約者との関係)

印

個人情報の使用に関する同意書

デイサービスセンター北山杉いこいの家

私、 <u>(利用者名)</u> 防型デイサービスに関する契約書 業所と連絡調整などに必要な範囲		ス担当者会議、地域包括セ	アンターや指定居宅介護支援事
令和 年 月 日 利用者			
住所	î		
<u>氏名</u> (利	」用者との関係)	<u> </u>	
家 族 <u>氏名</u> (利	<u>.</u> J用者との関係)	卸	
家 族 <u>氏名</u> (利	<u> </u> 用者との関係)	<u></u>	
利用者は、身体状況等により署 私が利用者に代わって、その署名		本人の意思を確認のうえ	
署名代筆住	E 所		
氏	:名	印	

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。

(利用者との関係

- 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	いしい	١,
----------------------	-----	----

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	\Box
氏名			ЕД
署名代行者氏名			