

京都市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

介護予防型デイサービス重要事項説明書

あなた（又はあなたのご家族）が利用しようと考えている指定介護予防型デイサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。《この「重要事項説明書」は、介護保険法その他の法令、「京都市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（平成25年1月9日京都市条例第39号）」及び「京都市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」等に基づき、契約締結に際してご注意いただきたいことを説明するものです。》

1. 事業者の概要

事業者名称・代表者氏名	公益社団法人信和会 理事長 小林 充	1955年1月12日法人設立
本部所在地	京都市左京区田中飛鳥井町89 京都民医連あすかい病院内 電話 075-712-9111 FAX075-712-9118（介護事業部）	
介護事業所数	介護予防支援 1事業所 居宅介護支援 4事業所 訪問介護 2事業所 居宅療養管理指導 6事業所 短期入所療養介護 1事業所	通所リハビリ 5事業所 通所介護 1事業所 訪問看護 3事業所 訪問リハビリ 2事業所 介護医療院 1事業所

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名	公益社団法人信和会 高原デイサービスセンター
所在地	〒606-8242 京都市左京区田中高原町26 アヴェニール佐藤1F
介護保険指定番号	京都府指定 2670600440（介護予防型デイサービス）
送迎を実施する地域	京都市 左京区
連絡先（8:00～17:30）	電話 075-706-6507 FAX 075-706-6715

(2) 職員体制

職種	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名		従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名
生活相談員	3名	2名	利用者及びその家族への相談援助、利用申込みの調整、従業者への相談助言及び技術指導、他職種と協力して通所介護計画の作成等を行う。	6名
介護職員 （うち介護福祉士）	3名 (3名)	4名 (2名)	介護職員・看護職員は介護予防型デイサービス計画に基づきサービスを実施する。またサービスの実施状況及びその評価を実施記録等に記載する。	10名
看護職員	名	3名		
事務員		1名	請求入力業務等	1名

(3) 営業時間

月～土（祝日含む）	午前8時00分～午後4時30分
休業	日曜日 12月30日～1月3日は年末年始

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	信和会が開設するデイサービスセンターが要支援状態等にある高齢者に対し、適正な指定介護予防型デイサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の支援及び介護、機能訓練その他必要な援助を行います。

4. 利用料及び支払い方法について

【料金表・1割負担】				
■介護予防型デイサービス（事業規模：通常規模、地域区分：5級地1単位：10.45円）				
サービス内容	3時間以上のサービス			
		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額
週1回程度	入浴あり	1798単位	18,789円/月	1,879円/月
	入浴なし	1598単位	16,699円/月	1,670円/月
週2回程度	入浴あり	3621単位	37,839円/月	3,784円/月
	入浴なし	3221単位	33,659円/月	3,366円/月
■介護予防型デイサービス（事業規模：通常規模、地域区分：5級地1単位：10.45円）				
サービス内容	3時間以上のサービス			
		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額
月に1回から4回まで	入浴あり	436単位	4,556円/月	456円/月
	入浴なし	388単位	4,055円/月	405円/月
月に5回から8回まで	入浴あり	447単位	4,671円/月	467円/月
	入浴なし	398単位	4,159円/月	416円/月
■介護予防型通所介護加算項目				
加算項目	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額	内容
サービス提供体制 医強化加算 (要支援1・2週1回程度)	88単位	919/月	92円/月	介護福祉士が70%以上配置等
サービス提供体制 医強化加算 (要支援2週2回程度)	176単位	1839円/月	184円/月	介護福祉士が70%以上配置等
処遇改善加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定			

特定処遇改善加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定

【料金表・2割負担】				
■介護予防型デイサービス（事業規模：通常規模、地域区分：5級地1単位：10.45円）				
サービス内容	3時間以上のサービス			
		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額
週1回程度	入浴あり	1798単位	18,789円/月	3,758円/月
	入浴なし	1598単位	16,699円/月	3,340円/月
週2回程度	入浴あり	3621単位	37,839円/月	7,568円/月
	入浴なし	3221単位	33,659円/月	6,732円/月
■介護予防型デイサービス（事業規模：通常規模、地域区分：5級地1単位：10.45円）				
サービス内容	3時間以上のサービス			
		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額
月に1回から4回まで	入浴あり	436単位	4,556円/月	911円/月
	入浴なし	388単位	4,055円/月	811円/月
月に5回から8回まで	入浴あり	447単位	4,671円/月	934円/月
	入浴なし	398単位	4,159円/月	832円/月
■介護予防型通所介護加算項目				
加算項目	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額	内容
サービス提供体制医強化加算（要支援1・2週1回程度）	88単位	919円/月	184円/月	介護福祉士が70%以上配置等
サービス提供体制医強化加算（要支援2週2回程度）	176単位	1839円/月	368円/月	介護福祉士が70%以上配置等
処遇改善加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定			
特定処遇改善加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定			
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定			

【料金表・3割負担】				
■介護予防型デイサービス（事業規模：通常規模、地域区分：5級地1単位：10.45円）				
サービス内容	3時間以上のサービス			
		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額
週1回程度	入浴あり	1798単位	18,789円/月	5,637円/月
	入浴なし	1598単位	16,699円/月	5,010円/月
週2回程度	入浴あり	3621単位	37,839円/月	11,351円/月
	入浴なし	3221単位	33,659円/月	10,098円/月
■介護予防型デイサービス（事業規模：通常規模、地域区分：5級地1単位：10.45円）				
サービス内容	3時間以上のサービス			
		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額
月に1回から4回まで	入浴あり	436単位	4,556円/月	1,367円/月
	入浴なし	388単位	4,055円/月	1,216円/月
月に5回から8回まで	入浴あり	447単位	4,671円/月	1,401円/月
	入浴なし	398単位	4,159円/月	1,248円/月
■介護予防型通所介護加算項目				
加算項目	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額	内容
サービス提供体制医強化加算 （要支援1・2週1回程度）	88単位	919円/月	276円/月	介護福祉士が70%以上配置等
サービス提供体制医強化加算 （要支援2週2回程度）	176単位	1839円/月	552円/月	介護福祉士が70%以上配置等
処遇改善加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定			
特定処遇改善加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定			
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定			

■保険給付外のサービスの料金（実費）		
食事代	1食	500円

レク材料費・おやつ代	1日	150円
キャンセル料		
*食事を外注しており、利用者都合の利用中止がキャンセルに間に合わなかった当日の食事代		500円

お支払い方法について

原則、口座振替となります（現金でのお支払いをご希望の方はお申し出下さい）。利用月の翌月10日過ぎに請求書を交付し、翌月の12日（日祝の場合翌営業日）に指定口座より振り替えさせていただきます。引落確認の後、領収書を発行いたします。

5. 苦情申立窓口

(1) 通所介護関する相談・要望・苦情等は、下記担当者までお申し出下さい。

相談窓口	利用時間	連絡先
高原デイサービスセンター 担当者 中 篤 督	月～土 8:00～17:30 (祝日含む)	電話 075-706-6507 FAX 075-706-6715

(2) 上記以外に、保険者である市町村の相談・苦情窓口や、京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口、法人本部に苦情を伝えることができます。

相談窓口	利用時間	連絡先
公益法人信和会 介護事業部	月～金 9:00～17:00 土 9:00～13:00	電話 075-712-9111 FAX 075-712-9118
京都市左京区役所・健康長寿推進課	月～金 9:00～17:00	075-702-1000
京都府国民健康保険団体連合会	同上	075-354-9011
京都市 介護保険課	同上	075-213-5871

6. 秘密保持及び個人情報保護について

事業者及びその従業員は、正当な理由がない限りご利用者に対するサービスの提供にあたって知り得たご利用者またはご利用者家族の秘密について、従業員の退職後も含め、それを保持します。

ご利用者に医療上の必要がある場合やその他正当な理由がある場合には、ご利用者又はご利用者家族からの同意を得た上で、個人情報の提供を行います。個人情報使用目的は、サービス提供・介護保険事務・管理運営業務等限定し、詳細は別紙文書「当事業所は利用者さまの個人情報保護に取り組んでいます」に記載する内容とします。

7. 事故発生時の対応・損害賠償

万一事故が発生した場合は、マニュアルに従い速やかに対処し、ご利用者家族、かかりつけ医、ご利用者の保険者である市町村に連絡します。また事業所管理者と法人介護事業部へ報告を行い、再発防止に努めます。事業者は、事故を防止するための不断の努力を行うと共に、万一の事故に備え「賠償責任保険」に加入します。

8. 緊急時の対応

ご利用者の体調悪化等緊急時には、配置の看護師及び従業員が、利用者の安全を最優先に、医療機関と連携し対処します。緊急連絡先、かかりつけ医等へ連絡を行います。

緊急連絡先	お名前		
	電話番号		
ご利用者のかかりつけ医	氏名・医療機関		
	所在地	電話	

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、「変更一覧表」に変更内容を記載し、利用者と事業者の双方の合意をもって、記名・押印をし、本書に添付することとします。事業者は変更内容につき「重要事項説明書」の該当箇所を利用者に十分説明するものとします。

____年 ____月 ____日

当事業者は、事業内容及び重要事項の説明を行い交付しました。

事業者 事業者 公益社団法人信和会
事業所 高原デイサービスセンター
事業所番号 2670600440（介護予防型デイサービス）
住 所 京都市左京区田中高原町26 アヴェニール佐藤1F
代表者名 管理者 中 篤 印

説明者 職名 _____

氏名 _____

____年 ____月 ____日

私は、本書に基づいて事業内容及び重要事項の説明を受け同意し受領しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

*代筆の場合下記参照)

利用者が手指の障がい等で文字が書けない等の場合、欄外に、署名を代行の旨・続柄・氏名を付記することで差し支えない。(契約関係上、事業者は代筆不可) (例) 上記署名は、京都 花子 (妻) が代行しました。

代理人 住 所 _____

(選任した場合)

氏 名 _____ (利用者との続柄 _____)