

医療法人社団 行陵会
上高野デイサービスセンター

重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して指定通所介護サービス・介護予防日常生活支援総合事業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。

※当事業所のご利用は、原則として要介護認定において「要介護」「要支援」、介護予防日常生活支援総合事業において「事業対象者」と認定された方が対象となります。

当事業所は介護保険の指定を受けています。

京都府指定 2670600457 号

京都大原記念病院グループ

医療法人社団 行陵会

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人社団 行陵会
(京都大原記念病院グループ)
- (2) 法人所在地 京都市左京区大原井出町 164 番地
- (3) 電話番号 075-744-3121
- (4) ファックス 075-744-3126
- (5) 代表者氏名 理事長 児玉 博行
- (6) 設立年月 昭和 63 年 9 月
- (7) 法人理念

「ご利用者様の不安を取り除き、いつでも安心して、ご満足していただける介護サービスを真心こめて提供いたします。」

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 ①指定通所介護事業所
②予防型デイサービス
- (2) 指定年月日 ①平成 15 年 5 月 16 日指定
②平成 18 年 4 月 1 日指定
- (3) 指定番号 ①京都府指定 2670600457 号
②京都府指定 2670600457 号
- (4) 事業所の目的

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援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び

心身機能の維持、並びに利用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する。

(5) 事業所の名称 上高野デイサービスセンター

(6) 事業所の所在地 京都市左京区上高野隣好町 10 番地

(7) 電話番号 075-705-2253

(8) ファックス 075-705-2273

(9) 事業所管理者 氏名 柴田 雅巳

(10) 当事業所の通所介護事業運営方針

- ① 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護サービス計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ② 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、利用者の認知症の状況等心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。
- ③ 事業所の従業者は事業の提供に当たっては、親切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行う。
- ④ 事業所は自らその提供する事業の質の評価を行い、常にその改善を図る。

(11) 当事業所の介護予防日常生活支援総合事業通所介護運営方針

- ① 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、利用者及びその家族のニーズを的確に捉

え、個別に介護予防通所介護サービス計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。

- ② 利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行う。
- ③ 介護予防通所介護サービス計画に基づき、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけと、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う。
- ④ 事業所の従事者は事業の提供に当たっては、親切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ⑤ 事業者は自らその提供する事業の質の評価を行い、常にその改善を図る。
- ⑥ 当事業所はサービスの質の向上を目指し、さらには施設スタッフの専門性を社会に還元すべく、当法人が運営する諸施設等において社会福祉士養成課程における実習生及びボランティアを受け入れる。

(12) 開設年月 平成 15 年 5 月 16 日

(13) 利用定員 60 人（一階 40 人 二階 20 人の二単位）

(14) 施設設備

事業所の施設設備及び備品は、指定通所介護事業所、介護予防日常生活支援総合事業通所介護との兼用とする。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 別添地図参照

(2) 営業日及びサービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日（12月30日～1月3日を除く）
受付時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時
サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前9時50分～午後4時55分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービス及び介護予防日常生活支援総合事業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、指定基準を遵守しています。

職種	職員配置
1. 事業所管理者（介護職員と兼務）	1名
2. 介護職員	17名
3. 生活相談員（介護職員と兼務）	3名
4. 看護職員	3名
5. 機能訓練指導員（看護職員と兼務）	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：午前8時30分～午後5時 ☆原則として9名以上の介護職員が勤務します。
2. 看護職員	勤務時間：午前8時30分～午後5時 ☆原則として1名以上の看護職員が勤務します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用者から本人負担分の支払いを受けるものとします。

<サービスの概要>

① 入 浴

- ・入浴又は清拭を行う事により、心身の清潔保持に努めます。

② 排 泄

- ・ご利用者の排泄の介助又は援助を行います。

③ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

<サービス利用料金（1回あたり）>

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度、要介護度支援状態の区分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。

① 通所介護利用料金

② □5時間以上6時間未満のご利用

ご利用時間 5時間以上6時間未満						
サービスコード	単位数		1回あたりの 利用料金	1回あたりの自己負担 分 (1割負担)	1回あたりの自己負担 分 (2割負担)	1回あたりの自己負担分 (3割負担)
通所介護						
3691(Ⅲ31)	525	要介護度1	5,486円	549円	1,098円	1,646円
3692(Ⅲ32)	620	要介護度2	6,479円	648円	1,296円	1,944円
3693(Ⅲ33)	715	要介護度3	7,471円	748円	1,495円	2,242円
3694(Ⅲ34)	812	要介護度4	8,485円	849円	1,697円	2,546円
3695(Ⅲ35)	907	要介護度5	9,478円	948円	1,896円	2,844円

③ □7時間以上8時間未満のご利用

ご利用時間 7時間以上8時間未満						
サービスコード	単位数		1回あたりの 利用料金	1回あたりの自己負担 分 (1割負担)	1回あたりの自己負担 分 (2割負担)	1回あたりの自己負担分 (3割負担)
通所介護						
3696(Ⅲ51)	607	要介護度1	6,343円	635円	1,269円	1,903円
3697(Ⅲ52)	716	要介護度2	7,482円	749円	1,497円	2,245円
3698(Ⅲ53)	830	要介護度3	8,673円	868円	1,735円	2,602円
3699(Ⅲ54)	946	要介護度4	9,885円	989円	1,977円	2,966円
3700(Ⅲ55)	1059	要介護度5	11,066円	1,107円	2,214円	3,320円

《加算料金》

① 入浴介護加算

1回あたり 418 円

【介護保険適用時の自己負担額 42 円：1 割 84 円：2 割 126 円：3 割】

② 個別機能訓練加算（I）イ（土曜日・祝日）

1回あたり 585 円【介護保険適用時の自己負担額 59 円：1 割 117 円：2 割 176 円：3 割】

個別機能訓練加算（I）ロ（月曜日～金曜日）

1回あたり 794 円【介護保険適用時の自己負担額 80 円：1 割 159 円：2 割 239 円：3 割】

③ 中重度ケア体制加算

1回あたり 470 円

【介護保険適用時の自己負担額 47 円：1 割 94 円：2 割 141 円：3 割】

④ サービス提供体制加算（I）

1回あたり 229 円

【介護保険適用時の自己負担額 23 円：1 割 46 円：2 割 69 円：3 割】

⑤ 介護職員処遇改善加算 I

1回あたり 上記合計料金の 9.2%相当

⑥ 科学的介護推進体制加算

1 か月あたり 420 円

【介護保険適用時の自己負担額 42 円：1 割 84 円：2 割 126 円：3 割】

介護予防日常生活支援総合事業通所介護利用料金

		利用料金		自己負担 (1 割負担)		自己負担 (2 割負担)		自己負担 (3 割負担)	
		入浴あり	入浴なし	入浴あり	入浴なし	入浴あり	入浴なし	入浴あり	入浴なし
月額報酬	週 1 回程度	18,789 円	16,699 円	1,879 円	1,670 円	3,758 円	3,340 円	5,637 円	5,010 円
	週 2 回程度	37,839 円	33,659 円	3,784 円	3,366 円	7,568 円	6,732 円	11,352 円	10,098 円
1 回あたり報酬	1～4 回 / 月	4,556 円	4,054 円	456 円	406 円	912 円	811 円	1,367 円	1,217 円
	5～8 回 / 月	4671 円	4,154 円	468 円	416 円	935 円	832 円	1,402 円	1,248 円

《加算料金》

① サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

1 月あたり

週 1 回程度利用：919 円

【介護保険適用時の自己負担額 92 円：1 割 184 円：2 割 276 円：3 割】

週 2 回程度利用：1,839 円

【介護保険適用時の自己負担額 184 円：1 割 368 円：2 割 453 円：3 割】

② 介護職員処遇改善加算Ⅰ

1 月あたり 上記合計料金の 9.2%相当

③ 科学的介護推進体制加算

1 か月あたり 420 円

【介護保険適用時の自己負担額 42 円：1 割 84 円：2 割 126 円：3 割】

- ① ☆ご利用者がまだ認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護・要支援・事業対象者の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅介護サービス計画等が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 昼食代（行事食等は内容により別途設定の場合あり）

1食あたり 900円

② 持ち帰りやわらか食（希望者のみ）

1食あたり 750円

③ 持ち帰り通常食（希望者のみ）

1食あたり 750円

④ おやつ代（選択おやつに係る材料費及びドリンク代）

1日あたり 200円

⑤ おむつ代

紙オムツ（パンツタイプ） 1枚 150円

紙オムツ（テープ式） 1枚 100円

紙オムツ（パッドタイプ） 1枚 40円

⑥ サークル活動費

個別材料費 実費

⑦ 教養娯楽費

1回あたり 150円

⑧ コーヒーチケット 11枚 1,579円

⑨ 写真代 1枚 50円

⑩ 複写物の交付

ご利用者は、法人で定める個人情報保護規程に準じて、サービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

利用料金：1枚につき20円（税抜）

- ⑪ その他、通所介護サービス等の利用において、個人が準備すべきものや、個人の希望による日常生活に必要な上記以外の物品についても、実費徴収いたします。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2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)、(2)の料金・費用について、当月の利用料金の合計金額を翌月末日までにお支払い下さい。

- | |
|--------------------------------------|
| ア. 指定口座への振り込み
イ. 金融機関口座からの自動引き落とし |
|--------------------------------------|

(4) 利用の中止、変更

☆ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービス等の利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の24時間前までに事業者へ申し出て下さい。

☆ 利用予定日の24時間前までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。

利用予定日の24時間前までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	昼食・おやつ代

《通所介護・介護予防日常生活支援総合事業通所介護共通》

☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、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。

《介護予防日常生活支援総合事業通所介護のみ》

☆ 月のサービス利用日や回数については、ご利用者の状態変化、居宅サービス計画書等に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ ご利用者の体調不良や状態の改善等により居宅サービス計画書等又は介護予防通所介護サービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合、もしくは多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

☆ ご利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、居宅サービス計画書等に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、居宅サービス計画書等の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

☆ 月ごとの定額制の場合、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護度支援状態区分が変更となり報酬区分が変更となった場合
- 二 月途中で要介護度支援状態区分から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により、同一サービス内で事業所を変更した場合

☆ 月途中で日割り算定条件に該当した場合は、日割り計算に

6. 事故発生時の対応について

ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族及び関係機関等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合は、可能な限り速やかに損害賠償を行います。

但し、職員の指示に従わずに生じた事故、または転倒や徘徊などの不可避的な事故については、当施設は一切責任を負いません。

7. 緊急時の対応方法について

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡致します。

緊急連絡先 (1)

氏名	続柄
住所	
電話番号	

緊急連絡先 (2)

氏名	続柄
住所	
電話番号	

主治医

電話番号

8. その他サービス利用に関する留意事項

(1) ご利用にあたり

職員の指示を守らず、他の利用者に迷惑を掛けた場合は即時ご利用を中止させていただきます。

(2) 喫煙について

全館禁煙とさせていただきます。

(3) 所持品・備品等の持参について

サービス利用時の持参品については、パンフレットをご参照ください。所持品・備品等の持参品には必ず名前のご記入をお願い致します。万一、持参品の紛失・盗難等のトラブルが発生した場合、当事業所は責任を負いません。

(4) 金銭・貴重品について

現金・貴重品等の持ち込みはお断り致します。万一、持ち込みになられた現金・貴重品等の紛失・盗難等のトラブルが発生した場合、当事業所は責任を負いません。

(5) 飲食物の持ち込みについて

飲食物の持ち込みは固くお断り致します。但し、健康管理上、主治医の指示による栄養補給等に必要な飲食物については、事業所にご連絡ください。万一、持ち込みになられた飲食物に起因する食中毒・事故等が発生した場合、当事業所は責任を負いません。

(6) ペットの持ち込みについて

当事業所へのペットの持ち込みは固くお断り致します。

(7) 感染症対策について

インフルエンザ、食中毒等、集団感染の恐れがある疾病が発症した場合は直ちにサービスの利用を中止させていただきます。また、利用者に体調不良や感染症等の症状（発熱・下痢・嘔吐等）が見られた場合は、速やかに主治医の診察を受けて頂く等の対応をお願い致します。当事業所の看護師等が症状・異変に気づきサービスを中止させて頂くこともございます。看護師等が医療機関の受診をお願いした場合も、速やかに受診をお願い致します。

(8) その他の活動について

当事業所の職員や他の利用者に対し、宗教活動・政治活動・営利活動等は固く禁止致します。

(9) 当事業所又は職員に対し、金銭・金品・その他のお中元等の贈物等は固くお断りさせていただきます。

令和 年 月 日

指定通所介護サービス又は介護予防日常生活支援総合事業通所介護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ました。

医療法人社団 行陵会 上高野デイサービスセンター
説明者職名 ⑩

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、利用料と通所介護サービス等の提供開始に同意しました。

利用者

(住所)

(氏名)

⑩

代理人

(住所)

(氏名)

⑩

(続柄)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

