

# 介護予防型デイサービス重要事項説明書

(2025 年 7 月 1 日現在)

## 1. デイサービスセンターの概要

(1) 名 称：ひなぎくの丘デイサービスセンター（指定事業所番号 **2670200340**）

規 模： 通常規模型（月次利用者数：300 人以上 900 人未満）

所在地： 京都市上京区上長者町通千本西入五番町 157 番地

電 話： 075-465-0133 （営業時間・午前 8：00～午後 6：00 まで）

第三者評価：（2024 年度に実施予定）

(2) 送迎できる範囲：上京区・北区・中京区の全区域及び右京区・左京区・下京区の一部区域※

※送迎範囲地図参照

※送迎範囲内であっても事情によりお受けできないことや、別途料金が発生する場合（事業所から片道概ね 5 km 以上または所要時間片道 20 分以上は 250 円／以後 5 km 毎または所要時間 10 分毎に 250 円）がありますのでご相談ください。

尚、上記範囲に関わらず、施設ご利用は可能です。

(3) 職員の体制（2025 年 7 月 1 日現在）

資 格	氏 名	常 勤	非常勤	計
管 理 者	本浪尚	1 名	0 名	1 名
生活相談員	大石留美 南光太朗	2 名	0 名	2 名
看 護 師		0 名	6 名	6 名
介護職員（内介護福祉士 7）		3 名（3）	7 名（4）6	10 名
そ の 他		1 名	3 名	4 名

(4) センターの設備概要

定 員	30 名	食堂兼機能訓練室	約 93 m <sup>2</sup>
静 養 室	1	浴 室	一般・機械浴槽 各 1 基
相 談 室	1	送 迎 車	介 護 仕 様 車 5

(5) 営業時間

毎週 月曜日～土曜日 9：00 頃～16：00（会社営業時間 8：00～18：00）

定休 日・春季（5/3～5）・夏季（8/14～16）・冬季（12/29～1/3）

(6) 提供できるサービス内容

①送迎 ②入浴 ③昼食 ④おやつ ⑤レクリエーション ⑥機能訓練 ⑦生活相談

⑧口腔機能向上 ※ご利用者様の事情により、①②⑧が該当しない場合がございます。

## 2. 料金

### (1) ご利用料金 \*1 割負担

#### [基本報酬]

サービス提供時間		原則 3 時間以上					
入浴・送迎の有無		入浴あり			入浴なし		
		1 月あたりの 利用料金		1 月あたりの 自己負担額	1 月あたりの 利用料金		1 月あたりの 自己負担額
<b>月額 (包括) 報酬</b>	週 1 回程度	18,789 円	1,798 単位	<b>1,879 円</b>	16,699 円	1,598 単位	<b>1,670 円</b>
	週 2 回程度	37,839 円	3,621 単位	<b>3,784 円</b>	33,659 円	3,221 単位	<b>3,366 円</b>
<b>1 回 当たり 報酬</b>	1~4 回/月	4,556 円	436 単位	<b>456 円 (1 回)</b>	4,054 円	388 単位	<b>406 円 (1 回)</b>
	5~8 回/月	4,671 円	447 単位	<b>468 円 (1 回)</b>	4,159 円	398 単位	<b>416 円 (1 回)</b>

付属サービス	単位数	一月あたりの自己負担額
口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位 (1 ヶ月 1 回)	157 円/月
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位 (1 ヶ月 1 回)	168 円/月
口腔・栄養スクリーニング 加算Ⅱ	5 単位 (1 回)	利用回数×5 単位
一体的サービス提供加算	480 単位 (1 ヶ月)	501 円
科学的介護推進体制加算	40 単位 (1 ヶ月)	41 円

※一定の人員基準を満たす場合、下記の加算が適用されます。

要支援 1, 要支援 2 又は事業対象者の週 1 回程度		
体制加算	一月あたり	一月あたりの自己負担額
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	919 円 (88 単位)	<b>91 円</b>
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	752 円 (72 単位)	<b>75 円</b>
要支援 2 又は事業対象者の週 2 回程度		
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	1,839 円 (176 単位)	<b>183 円</b>
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	1,504 円 (144 単位)	<b>150 円</b>
<b>処遇改善加算Ⅱ</b>	<b>ご利用料金の 9.0%</b>	

#### ※減算規定

【減算】	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
<b>送迎未実施減算 (1 回)</b>	<b>47</b>	<b>¥491</b>	<b>¥441</b>	<b>¥50</b>
<b>高齢者虐待防止措置 未実施減算</b>	基本報酬×99%			
<b>業務継続計画未策定減算</b>	基本報酬×99%			

(2) ご利用料金 \*2 割負担

サービス提供時間		原則 3 時間以上					
入浴・送迎の有無		入浴あり			入浴なし		
		1 月あたりの 利用料金		1 月あたりの 自己負担額	1 月あたりの 利用料金		1 月あたりの 自己負担額
月額 (包括) 報酬	週 1 回程度	18,789 円	1,798 単位	3,758 円	16,699 円	1,598 単位	3,340 円
	週 2 回程度	37,839 円	3,621 単位	7,568 円	33,659 円	3,221 単位	6,732 円
1 回 当たり 報酬	1~4 回/月	4,556 円	436 単位	912 円 (1 回)	4,054 円	388 単位	811 円 (1 回)
	5~8 回/月	4,671 円	447 単位	935 円 (1 回)	4,159 円	398 単位	832 円 (1 回)

付属サービス	単位数	一月あたりの自己負担額
口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位 (1 ヶ月 1 回)	313 円/月
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位 (1 ヶ月 1 回)	335 円/月
口腔・栄養スクリーニング 加算Ⅱ	5 単位 (1 回)	利用回数×5 単位
運動器機能向上加算	225 単位 (1 ヶ月)	471 円
科学的介護推進体制加算	40 単位 (1 ヶ月)	83 円

※一定の人員基準を満たす場合、下記の加算が適用されます。

要支援 1, 要支援 2 又は事業対象者の週 1 回程度		
体制加算	一月あたり	一月あたりの自己負担額
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	919 円 (88 単位)	183 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	752 円 (72 単位)	150 円
要支援 2 又は事業対象者の週 2 回程度		
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	1,839 円 (176 単位)	367 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	1,504 円 (144 単位)	300 円
処遇改善加算Ⅲ	ご利用料金の 8.0%	

※減算規定

【減算】	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
送迎未実施減算 (1 回)	47	¥491	¥392	¥99
高齢者虐待防止措置 未実施減算	基本報酬×99%			
業務継続計画未策定減算	基本報酬×99%			

(3) ご利用料金 \*3 割負担

【基本報酬】

サービス提供時間		原則 3 時間以上					
入浴・送迎の有無		入浴あり			入浴なし		
		1 月あたりの 利用料金		1 月あたりの 自己負担額	1 月あたりの 利用料金		1 月あたりの 自己負担額
月額 (包括) 報酬	週 1 回程度	18,789 円	1,798 単位	5,637 円	16,699 円	1,598 単位	5,010 円
	週 2 回程度	37,839 円	3,621 単位	11,352 円	33,659 円	3,221 単位	10,098 円
1 回 当たり 報酬	1~4 回/月	4,556 円	436 単位	1,367 円 (1 回)	4,054 円	388 単位	1,217 円 (1 回)
	5~8 回/月	4,671 円	447 単位	1,402 円 (1 回)	4,159 円	398 単位	1,248 円 (1 回)

付属サービス	単位数	一月あたりの自己負担額
口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位 (1 ヶ月 1 回)	470 円/月
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位 (1 ヶ月 1 回)	502 円/月
口腔・栄養スクリーニング 加算Ⅱ	5 単位 (1 回)	利用回数×5 単位
運動器機能向上加算	225 単位 (1 ヶ月)	706 円
科学的介護推進体制加算	40 単位 (1 ヶ月)	125 円

※一定の人員基準を満たす場合、下記の加算が適用されます。

要支援 1,要支援 2 又は事業対象者の週 1 回程度		
体制加算	一月あたり	一月あたりの自己負担額
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	919 円 (88 単位)	275 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	752 円 (72 単位)	225 円
要支援 2 又は事業対象者の週 2 回程度		
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	1,839 円 (176 単位)	551 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	1,504 円 (144 単位)	451 円
処遇改善加算Ⅲ	ご利用料金の 8.0%	

※減算規定

【減算】	単位	利用料	介護保険給付費	自己負担額
送迎未実施減算 (1 回)	47	¥491	¥343	¥148
高齢者虐待防止措置 未実施減算	基本報酬×99%			
業務継続計画未策定減算	基本報酬×99%			

#### (4) [実費負担額（施設利用料）]

食事費用 ※必要時	<b>700 円</b>	食材費 400 円、調理費 300 円
おやつ・レクリエーション代	<b>200 円</b>	おやつ 100 円、レク材料 100 円
オムツ（各種）	<b>80 円</b>	必要な分は持参下さるようお願いいたします。
特別イベント代	<b>実費</b>	用途・金額・参加の有無は事前にご相談・ご確認します。

〈計算方法〉一ヶ月のご利用単位（ケアマネージャーからのサービス提供票をご確認ください）を基に算出しますが、若干の端数調整が出ますので、上記費用の積算とは異なる場合がございますことをご了承ください。

#### (5) キャンセル料（食事代金）

お食事をご予約されている方が、利用をキャンセルされる場合のみ、下記のキャンセル料が必要となります。

① ご利用日当日午前 7:30 までにご連絡頂いた場合（留守番電話可）。	<b>無料</b>
② その後にお休みになる事が判明した場合。	<b>600 円（食事代）</b>

#### (6)健康上の理由による中止

① 風邪等、感染症の疑いの強い場合はサービス提供をお断りすることがあります。
② 当日の健康チェックの結果、体調が悪いと判断される場合は、サービス内容の変更または中止することがあります。また中止した場合はご家族にご報告いたします。
③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族にご連絡差し上げた上、適切に処置します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

#### (7)お支払い方法

- 毎月 10 日より前月分の請求を致しますので、請求書を受け取られた日を含めて **7 日以内**にお支払いください。お支払いを確認させて頂き次第、領収証を発行いたします。  
尚、自動振替をご希望の方につきましては、基本的に通帳記入を以って領収証とさせていただきます。自動振り替は、毎月 20 日となります。
- お支払方法は、極力郵便局の自動振替でお願い申し上げます。尚、ご利用開始月のみ郵便局の都合で手配が間に合わず、現金でお願いすることもございます。ご了承ください。

### 3. サービスのご利用方法

#### (1) サービスのご利用開始

- ・居宅サービス計画の作成を地域包括支援センターに委託されている場合、事前にご担当の地域包括支援専門員とご相談ください。
- ・弊社は、上記専門員より通知されたサービス計画（毎月ご利用者様に提示され、ご利用者様が確認・押印された物と同内容のもの）に従ってサービスの提供を行います。従ってご成約の際のご利用曜日・回数に変更・増減があった場合も、基本的にサービス提供表に従うものといたします。

#### (2) サービスの中止・終了

- 1 ご利用者様は事業者に対して、一週間の予告期間を置いて文書で通知することにより、本契約を解約することができます。但し、ご利用者様の病態の急変や入院など、止むを得ない事情がある場合は、予告期間が一週間以内の通知でも本契約を解約することができます。
- 2 事業者は止むを得ない事情（人員不足等）がある場合、ご利用者様に対して、一ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、本契約を解約することができます。
- 3 次の事由に該当した場合は、ご利用者様は文書で通知することにより、直ちに本契約を解約することができます。
  - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
  - ② 事業者が守秘義務に違反した場合

- ③ 事業者がご利用者様やそのご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ④ 事業者が止むを得ない事情（倒産等）によりサービスの提供が不可能となった場合

4 次の事由に該当した場合は、在宅の区分を離れる事となり本契約は自動的に終了します。

- ① ご利用者様が介護保険施設・病院等に無期限で入所・入院された場合
- ② ご利用者様の介護保険給付で、認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ③ ご利用者様が上記以外の事情でサービスを受けられなくなった場合や、被保険者資格を喪失された場合。

5 次の場合、本契約は一旦中止となり、場合によっては終了する事がございます。

- ① ご利用者様が入院または入所された場合、自動的に在宅の区分を離れる事となり、即時契約中止となります。
- ② **入院期間または入所期間が3ヶ月を越える場合、契約は一旦終了します。**但し、入院・入所期間満了に伴い利用再開をご希望される場合、以前の利用日に空きがあれば、身体等の状況を再度確認した上で利用可能となりますが、空きが無い場合は改めてご利用曜日をご相談させて頂く場合がございます。

6 その他、以下の場合、直ちに本契約を終了させて頂く場合がございます。

- ① ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを3ヵ月以上遅延し、事業者からの文書による催告を受けたにも係わらず催告から10日以内にお支払いがない場合。
- ② またはご利用者様やご家族等が当社又は当社の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為（暴力、感染症等重要な雇病情報の不達）を行った場合。

#### 4. センターの特徴・留意事項

##### (1) 理念

ひなぎくの丘デイサービスセンターの従業員は、ご利用者様それぞれのQOL(Quality Of Life＝人生の質)をご自身・ご家族・他のサービス提供所と共に力を合わせ、高めてゆく事を目的として、日々の業務に取り組みます。

その為には、お一人お一人の来し方・背景を深く理解するように努め、人生の先輩として十分に敬意を払いながら援助させて頂く事を至上として日々の業務にあたります。

##### (2) 運営の方針

- 1 ひなぎくの丘デイサービスセンターの従業員は、要支援者又は事業対象者が自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、機能訓練及び日常生活上の世話を行うことにより、ご利用者様の社会的孤立感の解消及び身体機能の維持ならびにご利用者様の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。
- 2 ご利用者様の要支援状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行います。
- 3 居宅介護支援事業者その他保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市区町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

##### (3) サービスご利用に際しての留意事項

- 1 ご利用開始当日、弊社より連絡帳用ポーチを貸与いたします。契約終了時にご返却下さい。
- 2 歯ブラシ等ご利用に際してお預かりした物は、ご契約終了時にお引取り下さい。
- 3 連絡帳は弊社よりご提供いたします。
- 4 センターから主治医への通院介助は、法律で禁止されていますのでお受けできません。
- 5 送迎は、ほぼ決まった時間にお伺いできると思いますが、交通事情や他のご利用者様のご都合で、若干前後する場合がありますが、ご容赦下さい。大幅な変更が予想される場合は、事前にお電話にてご連絡させて頂きます。

## 5. 緊急時の対応

1 サービス提供時に発熱その他特別な変化があった場合には、責任者が看護師と協議の上、

**①緊急搬送・②通院・③容態観察**の判断をします。

**①の場合**、原則として主治医に連絡・協議の上、緊急搬送を依頼します。主治医と連絡が取れない場合は弊社の判断で依頼します。

搬送先は **A** 主治医の在籍する病院、**B** 下記提携病院、**C** その他受入可能病院の優先順位で行います。事後、または事前に時間的に可能であればご家族にも当然に連絡いたします。

**②の場合**、ご家族またはケアマネージャーに連絡の上お迎え又はご自宅まで送迎させていただきます。原則として、ご家族にて通院をお願いします。

**③の場合**、弊社にて容態を観察させていただき、その間ケアマネージャー並びにご家族にご連絡させていただきます、容態のご説明をさせていただきます。その上で、対応を協議しその結果に従います。

## 2 事故発生時の対応

### ① 送迎車両が事故にあった場合

速やかに代替車両にて送迎を継続し、事故当事者は現場にて事後処理に当たります。この場合、送迎時間等に遅れが生じますので、その後の送迎を予定しているご利用者様宅には改めて送迎時間をお伝えします。

### ② 送迎時の事故等によりご利用者様に特別な変化が起こった場合

送迎担当者より速やかに社に連絡し、上席の指示を仰ぎ、その指示に従って対応します。

### ③ サービス提供時間中

サービス提供時間内に介護に伴う事故が発生した場合、状況によって上記1項に準じるものとします。

### ④ 損害賠償

事業者は、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、ご利用者様に対してその損害を賠償します。

## 3 非常災害時の対応

フロア責任者をリーダーとして避難誘導を行い、適切に対応します。

4 上記を含め、不測の事態・事故・事件等、施設管理者が必要と判断した場合には、ご利用者様の保険者並びに京都府に状況を報告する事があります。

## 6. 守秘義務

1 事業者及びその従業員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者様及びそのご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は契約終了後や従業員の退職後も同様で、採用時各従業員は守秘義務に関する誓約書を事業者提出します。

2 事業者は、サービス担当者会議や行政への報告等、必要な場合にはご利用者様並びにご家族の個人情報を用いる事があります。

3 上記の場合等個人情報の開示許諾は、ご利用者様から予め文書で同意を頂きます。

## 7. 虐待防止に関する事項

1 事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

②虐待の防止のため指針を整備する。

③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、市町村に通報するものとする。

## 8. 相談窓口

▶ ご利用者様からの各種お問い合わせ

受付時間 午前 8:00～午後 6:00（月曜日～土曜日）

相談・苦情窓口担当者 大石留美

相談・苦情処理責任者 本浪尚

▶ その他窓口

- ・ 京都市 保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室 介護ケア推進課 電話 213-5871
- ・ 上京区役所 保健福祉センター健康福祉部 健康長寿推進課 代表 441-0111 直通 441-5106
- ・ 北区役所 保健福祉センター健康福祉部 健康長寿推進課 代表 432-1181 直通 432-1366
- ・ 中京区役所 保健福祉センター健康福祉部 健康長寿推進課 代表 812-0061 直通 812-2566
- ・ 右京区役所 保健福祉センター健康福祉部 健康長寿推進課 代表 861-1101 直通 861-1430
- ・ 左京区役所 保健福祉センター健康福祉部 健康長寿推進課 代表 702-1000 直通 702-1071
- ・ 下京区役所 保健福祉センター健康福祉部 健康長寿推進課 代表 371-7101 直通 371-7228
- ・ 京都府国民健康保険団体連合会 電話 354-9090

## 8. 提携病院・医院

西陣病院（上京区五辻通六軒町西入溝前町 1035 番） 075-463-4301

相馬病院（上京区御前通今小路下ル南馬喰町 911 番地） 075-461-8800

## 9. 当社の概要

- ・ 名称・法人種別 有限会社デイジー・ヒル
- ・ 代表者役職・氏名 代表取締役 本浪 尚
- ・ 本部所在地・電話番号 京都市上京区上長者町通千本西入五番町 157 番地  
☎：075-465-0133 Fax：075-465-0179

重要事項説明日      年      月      日

### 〔事業者〕

通所介護のサービス提供開始にあたり、ご利用者様に対し、本書面に基づいて重要事項を説明し、同意を得て交付しました。

[住 所] 京都市上京区上長者町通千本西入五番町 157 番地

[事業者名] ひなぎくの丘デイサービスセンター 指定事業所番号 2670200340

(有限会社 デイジー・ヒル 代表取締役 本浪 尚)

[重要事項説明者] \_\_\_\_\_ (印)

### 〔ご利用者様〕

私は本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

[ご利用者様本人住所]

\_\_\_\_\_  
[ご利用者様本人氏名]

(印)

〔代理人〕 ご利用者様が自署できる場合は記入不要です。

[代理人住所] (ご本人とご住所が同じ場合は記入して頂かなくて結構です)

\_\_\_\_\_  
[代理人氏名]

(印)