

# 「京都市勧修老人デイサービスセンター」

## 通所介護・重要事項説明書

(指定事業者番号： 第2674100066号)

当事業所は、ご契約者に対して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。

### ◇ ◇ ◇ ◇ 目 次 ◇ ◇ ◇ ◇

- |   |                               |     |
|---|-------------------------------|-----|
| 1 | 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・           | 2   |
| 2 | 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・        | 2   |
| 3 | 職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・          | 3   |
| 4 | 事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・     | 4～6 |
| 5 | 苦情の受付について（契約書 第23条参照）・・・・・・・・ | 6～7 |

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 勸修福祉会  
(2) 法人所在地 京都府京都市山科区勸修寺仁王堂町13-3  
(3) 電話番号 075-572-6317  
(4) 代表者氏名 理事長 辻 純宏  
(5) 設立年月日 昭和59年8月2日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所  
(平成12年4月1日指定 第2674100066号)  
※当事業所は通常規模型デイサービスセンターです
- (2) 事業所の目的 事業所は介護保険法令の趣旨にしたがい、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所が要介護状態にある居宅における契約者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 京都市勸修老人デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 京都府京都市山科区栗栖野打越町17番地
- (5) 電話番号 075-595-7703 (FAX 075-595-7739)
- (6) 事業所長氏名 管理者 井上 慎
- (7) 事業所の運営方針 事業所は契約者が要介護状態等となった場合において、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を営むことができるよう必要な日常生活上の世話及び心身の機能訓練を行なうことにより、契約者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、契約者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものとします。  
事業所は、居宅介護支援事業所及び他の居宅サービス事業所、その他の関係機関との連携に努めるものとします。
- (8) 開設年月日 平成9年7月1日
- (9) 通常の事業の実施地域…京都市山科区全域
- (10) 営業日、営業時間及び利用定員

休業日	日曜日及び12月31日～1月3日
営業時間	午前8時40分～午後5時40分
利用定員	1日35名（介護予防通所介護を含む）
受付時間	午前8時40分～午後5時40分

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して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	兼務（再掲）	勤 務 時 間・勤 務 体 制
管理者	1 名		1 名	午前 8 時 4 0 分～午後 5 時 4 0 分
生活相談員	2 名		1 名	午前 8 時 4 0 分～午後 5 時 4 0 分
介護職員	5 名	3 名		午前 8 時 4 0 分～午後 5 時 4 0 分 職員 1 名につき利用者 5 名対応
看護職員		2 名	2 名	午前 8 時 4 0 分～午後 4 時 4 0 分 1 日 1 名以上勤務
機能訓練指導員 （看護職員兼務）	1 名	2 名	2 名	午前 8 時 4 0 分～午後 4 時 4 0 分 1 日 1 名以上勤務 午前 8 時 40 分～午後 5 時 40 分（常勤）

※兼務職種は再掲、早出勤…8：00～17：00 遅出勤…9：30～18：30

※その他、事務職員 2 名（常勤、他事業所と兼務）を配置

### 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。

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（契約書第 4 条参照）

以下のサービスについては、事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、本人負担分をお支払下さい。

＜サービスの概要＞

#### ① 入 浴

- ・入浴又は清拭を行ないます。寝たきりでも機械浴槽（特別入浴）を使用して入浴することができます。

② 排泄

- ・排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した介助を行ないます。

③ 機能訓練

- ・機能訓練指導員等による契約者の日常生活動作能力の機能の回復又は、その減退を防止するための機能訓練及びレクリエーション（精神的・身体的・趣味的）サービス、外出リハビリを実施します。

④ 送迎

- ・居宅と事業所との間の送迎を行ないます。

＜サービス利用料金（１回あたり）＞（契約書第７条参照）

事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、本人負担分をお支払下さい。

＊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。

A	契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	7時間以上8時間未満 (施設滞在時間)	6,580 円	7,770 円	9,000 円	10,230 円	11,480 円

※上記の7時間以上8時間未満の滞在時間を基本的に提供しますが、契約者の希望により担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員の居宅サービス計画に基づき滞在時間の短縮ができます。

※事業対象者・要支援1・要支援2の方は、介護予防型サービスとなります。

B	入浴介助加算(Ⅰ)	1日400円(1回)	特浴・一般浴・リフト浴を利用される場合加算
	入浴介助加算(Ⅱ)	1日550円(1回)	入浴計画に基づき入浴介助を行う場合の加算

※上記の入浴のサービスを利用される場合は加算になります。

C	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日560円(1回)	個別機能訓練を希望される場合の加算
---	--------------	------------	-------------------

※上記の個別機能訓練を利用される場合は加算になります。

D	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)…介護に直接携わる職員のうち、介護福祉士の資格を持つ職員が70%以上、又は勤続10年以上介護福祉士が25%以上いる場合に、ご利用日数1日につき220円加算されます。
---	---

E	地域単価加算(京都市)	
	5級地	利用額に4.5%の加算
F	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	利用額に9.2%の加算

＊上記の(A+B+C+D)×E(1.045)×F(1.092)の額が介護保険利用料となります。

G 送迎を実施しない場合…片道47単位(470円)減算になります。

〔その他、短縮の場合の基準単価数〕

	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護 1	5,700 円	5,840 円
要介護 2	6,730 円	6,890 円
要介護 3	7,770 円	7,960 円
要介護 4	8,800 円	9,010 円
要介護 5	9,840 円	10,080 円

☆ 契約者がまだ要介護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）。又、居宅サービス計画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、契約者が保険給付の申請を行な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。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条、第７条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事

- ・当事業所では、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態及び嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間）

１２時３０分～１３時３０分頃

食事代（昼食・喫茶にかかる食費）・・・７５０円／日

（おやつ代）・・・１００円／日

（支払いの方法は、月末締の利用料金と同時にご請求させていただきます）

②日常生活上必要となる諸費用実費

- ・日常生活品の購入代金等、契約者の日常生活に要する費用で、契約者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代・・・１００円/枚、パット代・・・５０円/枚（但し、貸出しからご返却のない場合のみ）

③本人の希望同意による特別なレクリエーション等の創作活動の材料費。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）及び（2）の料金・費用は、その月のサービス利用終了後、翌月第1回目利用時に前月分1ヵ月分をまとめて請求しますので、支払期日（翌月10日頃）までに事業所にお支払い下さい。

支払い方法は、利用時における集金及び各金融機関からの利用料の自動引落しを原則にしますが、入院等利用時に支払いが困難な場合は、銀行振り込みも可能です。

(4) 利用の中止・変更・追加（契約書第8条参照）

○契約者は、利用予定日の前に、契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には契約者は担当している居宅介護支援事業所がある場合には、事前に担当の居宅介護支援事業所に連絡し、またサービス実施日の前日までに事業者申し出ることとします。

○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協議します。

(5) 社会福祉法人等による利用者負担の減免措置

当社会福祉法人勸修福祉会は利用者負担額の減免措置を実施しています。対象者は、高齢福祉年金を受給されておられ、市民税が非課税世帯である方。又は、生活保護基準額以下の年収となる方（生活保護受給者対象外）のいずれかに該当される方が対象者になります。

5. 事故発生時の対応について（契約書第10条の3参照）

サービス提供時において、事故等が発生した場合は、速やかに主治医・家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

6. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

社会福祉法第82条の規定により、当施設では利用者からの苦情に適切に対応する体制を整えています。当施設における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び福祉サービス第三者を次のように設置し、苦情解決に努めます。

○ サービス相談窓口

京都市勸修老人デイサービスセンター

<連絡先> 075-595-7703

<FAX> 075-595-7739

苦情受付責任者（管理者）井上 慎

苦情受付担当者（相談員）吉田 梨穂

福祉サービス第三者委員 河合 悟 社会福祉法人評議員（レーベン横大路）

<連絡先> 075-622-8855

佐々木 登代 社会福祉法人評議員

<連絡先> 075-571-2220

(1) 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。また、苦情受付箱を施設内に設置しています。なお、福祉サービス第三者委員に直接苦情を申し出る事もできます。

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者と福祉サービス第三者委員（苦情申出人が福祉サービス第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。福祉サービス第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決を行うための手順

- ① 苦情受付担当者が苦情等記録票に記載。
- ② 苦情受付担当者がサービス提供責任者とともに苦情について事実確認を行う。
- ③ 苦情受付担当者が福祉サービス第三者委員に文書で報告する。
- ④ 苦情受付担当者がサービス提供責任者とともに関係職員と協議する。
- ⑤ 苦情受付担当者が苦情解決方法を記載し、苦情解決責任者に決着を受ける。
- ⑥ 苦情受付担当者が利用者や福祉サービス第三者に結果などを報告する。
- ⑦ 苦情解決は早急に行われることとする。
- ⑧ 苦情受付担当者が苦情解決についての成果等を記録票に記載する。
- ⑨ 職員会議にて苦情対応を検証する。
- ⑩ 苦情受付担当者が苦情申出人にその後の確認を行う。

その際、苦情申出人は福祉サービス第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア．第三者委員による苦情内容の確認

イ．第三者委員による解決案の調整、助言

ウ．話し合いの結果や改善事項等の確認

- (4) 本事業所で解決できない苦情は、京都府社会福祉協議会・福祉サービス運営適正化委員会、国民健康保険団体連合会、山科区役所保健福祉センター健康長寿推進課に申立てることができます。

京都府社会福祉協議会・福祉サービス運営適正化委員会

連絡先 TEL 075-252-2152

国民健康保険団体連合会

連絡先 TEL 075-354-9050

山科区役所保健福祉センター健康長寿推進課

連絡先 TEL 075-592-3050

令和 7年4月1日 現在

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ないました。

京都市勸修老人デイサービスセンター

説明者職名：      相談員

説明者氏名：

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を同意し、受領しました。

契約者住所：京都市

契約者氏名：

署名代行者住所：

署名代行者氏名：

(契約者との関係) \_\_\_\_\_