

指定居宅介護予防サービス（ハウゼ天橋通所介護事業所）

重 要 事 項 説 明 書

（令和6年4月1日 改定）

ハウゼ天橋通所介護事業所（介護予防認知症対応型通所介護）
は、介護保険の指定を受けています。（地域密着型）
（宮津市指定 第72100050号）

当事業所は、ご契約者に対して介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

事業所の概要や提供するサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として、要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。

◆◆ も く じ ◆◆

1	事業者	2
2	事業所の概要	2
3	職員の配置状況	3
4	当事業所が提供するサービスと利用料金	3
5	緊急時の対応方法	6
6	事故発生時の対応方法	6
7	苦情の受付	7

1 事業者

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 北星会 |
| (2) 法人所在地 | 京都府宮津市字宮村1277番地 |
| (3) 電話番号 | 0772-22-0320 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 今出 陽一郎 |
| (5) 設立年月日 | 昭和51年11月12日 |

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び種類並びに所在地等

ハウゼ天橋通所介護事業所（介護予防認知症対応型通所介護／地域密着型）

平成18年4月1日指定（宮津市） 第72100050号

京都府宮津市字宮村1277番地

電話 0772-22-3030

(2) 事業所の目的

介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、ご契約者（利用者）に通所介護サービスを提供します。

(3) 事業所の経営方針

保健・福祉、医療の連携を図り、「福祉の心」をもって人間尊重の精神を貫き、利用者満足の基本とした介護サービスの提供と残存機能を生かした自立支援に努め、住民福祉の増進・地域社会の発展に寄与することを方針としています。

ハウゼ天橋通所介護事業所（デイサービスセンター）では、要介護認定の結果、「要支援」となった居宅の高齢者（認知症のみられる高齢者等）にセンターへ通所していただき、入浴、食事、レクリエーションなどの介護サービスを提供し、心身機能の維持・増進及び自立支援を図るとともに、居宅で介護にあたっているご家族の負担の軽減に努めています。

介護予防認知症対応型通所介護サービスの実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、「親切で、温かい人間味のある」サービス提供を基本としています。

(4) 事業所の開設（サービス開始）年月日
平成10年10月1日

(5) 通常の事業実施地域
京都府宮津市全域としています。

(6) 営業日及び提供時間

営 業 日	サービス提供時間
土曜日・日曜日を除く毎日 但し1/1～1/3の3日間を除く	通常の営業は午前8時30分から午後5時30分まで 午前7時30分から(朝食付)午後8時00分まで(夕食付)の利用については、申し出があれば相談に応じます。 (いずれも送迎時間を含みます)

(7) 利用定員 12名

3 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所サービスを提供する職員として、次に掲げる専門職員を配置しています。

職 種	常 勤	非常勤
管理者	1名（兼務）	
生活相談員	2名（1名は兼務）	
介護職員	2名（兼務）	2名
看護職員	1名（兼務）	1名（兼務）
機能訓練指導員	1名（兼務）	1名（兼務）

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

また、サービスについては、利用料金が介護保険から給付される場合と、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、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

- ① 食事（朝食・昼食及び夕食、但し食費は別途いただきます）
 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
 （朝食時間） 7時45分 ～ 8時15分
 （昼食時間） 12時00分 ～ 13時00分
 （夕食時間） 18時00分 ～ 18時30分
- ② 入浴 ご契約者の入浴介助又は清拭を行います。
- ③ 排せつ ご契約者の排せつの介助等を行います。
- ④ レクリエーション
 レクリエーション等を実施し、ご契約者が日常生活を送るのに必要な機能の回復、又は減退を防止できるよう努めます。

《サービス利用料金（1回あたり）》（契約書第6条、第7条参照）

ご契約者の負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額をお支払いください。※1割負担のみ記載しています

9時間以上10時間未満の場合は500円のうち負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額をお支払いください。

10時間以上11時間未満の場合は1000円のうち負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額をお支払いください。

（介護サービス費）

要介護状態区分	5時間以上6時間未満の場合		6時間以上7時間未満の場合	
	介護報酬額	自己負担額（1割）	介護報酬額	自己負担額（1割）
要支援1	7,410円	741円	7,600円	760円
要支援2	8,280円	828円	8,510円	851円

（介護サービス費）

要介護状態区分	7時間以上8時間未満の場合		8時間以上9時間未満の場合	
	介護報酬額	自己負担額（1割）	介護報酬額	自己負担額（1割）
要支援1	8,610円	861円	8,880円	888円
要支援2	9,610円	961円	9,910円	991円

(各種加算)

サービス種類	介護報酬額	自己負担額（1割）
送迎を行わない場合(片道)	▲ 4 7 0 円	▲ 4 7 円
入浴介助加算	4 0 0 円	4 0 円
若年性認知症利用者受入加算	6 0 0 円	6 0 円
個別機能訓練加算Ⅰ	2 7 0 円	2 7 円
個別機能訓練加算Ⅱ	2 0 0 円	2 0 円
生活機能向上連携加算	2, 0 0 0 円	2 0 0 円
ADL維持加算Ⅰ	300 円	30 円
ADL維持加算Ⅱ	600 円	60 円
口腔機能向上加算Ⅱ	1600 円	160 円
栄養スクリーニング加算※	5 0 円	5 円
科学的介護推進体制加算	4 0 0 円	4 0 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	2 2 0 円	2 2 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数 × 104/1000(自己負担額)	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数 × 31/1000(自己負担額)	
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数 × 23/1000(自己負担額)	

※6 カ月に 1 回を限度とする。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第6条、第7条参照）

以下に掲げるサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食 費 ご契約者に提供する食事等に係る費用です。

・食事1回につき (昼) 6 2 5 円

(朝) 1 8 2 円

(夕) 6 0 5 円

・おやつ1回につき 5 4 円

・栄養機能食品 実費（必要があり希望される方のみ）

② 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧出来ますが、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。
1 枚につき 2 0 円

④ 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日常生活に要する費用でご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。

	利 用 料 金
洗面道具 おむつ代	実費（必要な方のみ） 実費（必要な方のみ）

⑤ 通常の事業実施地域以外の送迎費用

サービス利用時の送迎について、通常の事業の実施地域以外で送迎をご利用になった場合の費用です。（公用車送迎時）

ア) 通常の事業の実施地域の境界から片道概ね 30 km未満

1 回につき 2 5 0 円

イ) 通常の事業の実施地域の境界から片道概ね 30 km以上

1 回につき 5 0 0 円

⑥ 洗濯代 1 回につき 1 5 0 円（必要があり希望される方のみ）

（3）社会福祉法人による利用者負担の軽減制度

当事業所では、社会福祉法人による利用者負担金の軽減を行っております。利用料の軽減は市町村が発行する「社会福祉法人利用者負担金軽減確認証」を事業所に提示していただくことが必要となり、提示いただいた月の利用料から当該確認証に記載された率の軽減をいたします。

軽減の申請等、詳しくは各市町村の介護保険係までお問い合わせください。

（4）利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）および（2）の料金は、利用された月 1 か月ごとに計算し、請求しますので、翌月の28日までに、天橋園の窓口でお支払いいただくか、下記金融機関のうち、指定された預金口座からの自動振替によりお支払いください。

（自動振替金融機関）

京都銀行

京都北都信用金庫

ゆうちょ銀行

京都農業協同組合（J A）

※ なお、振替日は毎月 2 0 日（2 0 日が金融機関休日の場合は

翌営業日) となります。

(5) 利用の中止・変更・追加

・利用の取消料

利用予定日の前日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く場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合 無料

利用予定日の当日申し出があった場合 当日の自己負担相当額

5 緊急時の対応方法 (契約書第8条参照)

ご契約者(利用者)がサービス提供中に容態の急変などがあった場合は、主治医又は協力医療機関に連絡する等必要な措置を講じるほか、ご家族の方に速やかに連絡します。

6 事故発生時の対応方法 (契約書第8条・第12条参照)

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご契約者(利用者)の生命・身体の安全を最優先に対応し、速やかに家族の方に連絡するとともに、事故の状況により関係市町村及び居宅介護支援事業所へ報告する等必要な措置を講じます。また、事業所の責任において損害賠償が必要な場合は、誠意をもって対応します。

7 苦情の受付 (契約書第20条参照)

- (1) 当施設に関する苦情や相談の窓口は、次のとおりです。いつでもご利用いただけます。

- ・苦情解決責任者 ハウゼ天橋通所介護事業所 管理者
- ・苦情受付担当者 苦情対策委員会 委員長
- ・電話 0772-22-0320

上記のほかに、苦情について中立・公正な立場で解決にあたる社会福祉法人北星会 苦情解決第三者委員会を設置しています。

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

下記の機関の受付時間 8:30~17:00 (土・日・祝日は除く)

- ・宮津市 健康福祉部 健康・介護課 介護給付係
- 〒626-8501 京都府宮津市字浜町3012

- ・京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係
〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番地
COCON烏丸内

TEL 075 354 - 9090 FAX 075 354-9055

- ・京都府福祉サービス運営適正化委員会
〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町375
京都府立総合社会福祉会館 5 階
京都府社会福祉協議会内

TEL 075 252 - 2152 FAX 075 212-2450

(3) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

【苦情処理の体制】

- ① 電話での対応・②文書での対応・③来訪への対応

【苦情処理の手順】

- ① 苦情内容の把握

苦情の内容を把握し受付カードに記入し、原因が何かを探る。

どのような解決を望んでいるかを把握する。

相談内容や要望が正確かどうか、確認する。

- ② 苦情内容への対応

その場で解決可能なものであれば解決する。

後日回答とした場合、関係者を含めて検討会議をする。

検討会議の結果を基に、調査結果や改善内容を管理者に報告する。

管理者は具体的な対応を指示する。

- ③ 利用者等の報告

放置されたままにせず出来るだけ早くに謝罪や解決策等を提示する。

- ④ 記録の保存

具体的な対応した経過及び結果を記録し、5年間保存する。

- ⑤ 苦情の周知

相談及び苦情処理の結果等を職員に周知し、再発防止に役立てる。

※苦情の処理にあたっては守秘義務を守り、公正不偏の立場を保持し、利用者の
正当な権利を損なわないように留意する。

8 サービスの第三者評価の実施状況について

提供しているサービスの内容や課題について、第三者の観点から評価を行って

います。

【実施の有無】	有
【実施した直近の年月日】	令和5年9月22日
【第三者評価機関名】	NPO法人 カロア
【評価結果の開示状況】	開示済み

令和 年 月 日

指定介護予防認知症対応型通所介護サービス提供の開始に当たり、本書面に基づき重要事項の説明を行い、この説明書の二通のうち一通を利用者に交付しました。

事業者	所在地 名 称	京都府宮津市字宮村1277番地 社会福祉法人北星会
-----	------------	------------------------------

事業所	所在地 名 称	京都府宮津市字宮村1277番地 ハウゼ天橋通所介護事業所
-----	------------	---------------------------------

説明者
職 名

氏 名

印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、この説明書の二通のうち一通を受領しました。また、指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始及び利用料金の支払に同意しました。

利用者

住 所

氏 名

印

(署名・法定) 代理人

住 所

氏 名

印

同 意 書

私と貴事業所との間で、令和 年 月 日に締結した指定居宅
介護予防サービス利用契約書第9条の守秘義務等について、サービスを提供する上で
知り得た私及び私の家族に関する情報を、介護サービスを円滑に実施するために行う
サービス調整やサービス担当者会議等において、契約の有効期間中用いることに同意
します。

令和 年 月 日

事業所名 ハウゼ天橋通所介護事業所

利用者

住 所

氏 名

㊞

(署名・法定) 代理人

住 所

氏 名

㊞