

「介護予防通所サービス（第１号通所事業）」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(大阪府指定 第２７７０１０２９６６号)

当施設はご契約者に対して介護予防通所サービス（第１号通所事業）以下「予防通所サービスとする」を提供します。施設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．施設経営法人
- ２．ご利用施設
- ３．居室の概要
- ４．職員の配置状況
- ５．当施設が提供するサービスと利用料金
- ６．契約の終了について
- ７．苦情の受付について

１．施設経営法人

- | | |
|----------|-------------|
| （１）法人名 | 社会福祉法人 宏和会 |
| （２）法人所在地 | 堺市堺区京町通１－２１ |
| （３）電話番号 | ２３２－０００７ |
| （４）代表者氏名 | 理事長 角谷 勝男 |
| （５）設立年月 | 平成１０年９月２４日 |

２．ご利用施設

- | | |
|-----------|---|
| （１）施設の種類 | 予防通所サービス・平成１８年４月１日指定
大阪府第２７７０１０２９６６号 |
| （２）施設の目的 | 利用者の方に対し、適切な介護を提供することを目的とする。 |
| （３）施設の名称 | 特別養護老人ホーム グレース堺デイサービスセンター |
| （４）施設の所在地 | 堺市堺区京町通１－２１ |
| （５）電話番号 | ２３２－０００７ |
| （６）管理者氏名 | 角谷 直宏 |

- (7) 開設年月 平成12年4月1日
(8) 利用定員 20人 (通所介護)

3. 設備の概要

(1) 設備等の概要

当施設では以下の設備をご用意しています。

設備の種類	室数	備考
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	3室	一般浴、機械浴・特殊浴槽、小浴室
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

公衆電話	玄関ロビー	テレホンカード・コイン両用 カードは事務所にあります。
------	-------	--------------------------------

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定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	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 介護職員	2.8名	2名
3. 生活相談員	1.0名	1.0名
4. 看護職員	1.0名	1.0名
5. 医師	0.1875名	必要数
6. 栄養士	1名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤

職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名

（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設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、利用料金の原則 7 ～ 9 割が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①食事介助

- ・ 当施設では、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の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

②入浴

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

③排泄

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

④健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

＜サービス利用料金（1日あたり）＞

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度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。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

名称	利用回数	対象者	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
基本サービス費	週1回程度	要支援 1	456円/回数 (月に3回まで)	912円/回数 (月に3回まで)	1,367円/回数 (月に3回まで)
		要支援 2	468円/回数 (月に3回まで)	935円/回数 (月に3回まで)	1,402円/回数 (月に3回まで)
		要支援 1, 2	1,879円/月 (月に4回以上の時)	3,758円/月 (月に4回以上の時)	5,637円/月 (月に4回以上の時)
	週2回程度	要支援 2	468円/回数 (月に7回まで)	935円/回数 (月に7回まで)	1,402円/回数 (月に7回まで)
			3,784円/月 (月に8回以上の時)	7,568円/月 (月に8回以上の時)	11,352円/月 (月に8回以上の時)
サービス提供体制強化加算	週1回程度	要支援 1, 2	25円/月 (週1回)	50円/月 (週1回)	75円/月 (週1回)
	週2回程度	要支援 2	51円/月 (週2回)	101円/月 (週2回)	151円/月 (週2回)

※端数処理により実際の請求金額と異なる場合があります。

また、上記に加え介護職員等処遇改善加算Ⅰとして上記費用の9.2%が追加されます。

※事業対象者の方も上記に含まれます。

お支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、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）。償還払いとなる場合、ご契約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４条、第６条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事の提供

昼食代 ５００円、 おやつ代 ５０円 の合計５５０円をご負担いただきます。

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

＜例＞

i) 主なレクリエーション行事予定

外出行事などご契約者の選択によって参加していただく特別な行事等

ii) クラブ活動

書道、園芸、料理等（材料代等の実費をいただきます。）

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。

1枚につき 10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ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担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。

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1か月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第４条参照）

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア．下記指定口座への振り込み

① ゆうちょ銀行 通常貯金 記号 14130 番号 86645711

② りそな銀行 堺支店 普通預金 口座番号 2965454

①②ともに 口座名義は 社会福祉法人 宏和会 理事長 角谷 勝男

イ．ゆうちょ銀行口座からの自動引き落とし

（４）利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力医療機関

医療機関の名称	グレース堺診療所	馬場記念病院
所在地	堺市堺区京町通 1－2 1	堺市西区浜寺船尾町東 4－244
診療科	内科 泌尿器科	総合病院

6. 契約の終了について

当施設との契約では、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了させていただくことになります。

(契約書第9条参照)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合⑥ ご契約者から解約の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑦ 事業者から解約の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|---|

(1) ご契約者からの解約の申し出による場合（中途解約・契約解除）（契約書第7条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から契約解除を申し出ることができます。その場合には、解約を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合② 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合③ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合④ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|--|

(2) 事業者からの申し出により契約解除させていただく場合（契約解除）（契約書第8条参照）

以下の事項に該当する場合には、契約解除させていただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うこ |
|---|

となどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

7. 苦情の受付について（契約書第14条参照）

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・ 苦情受付担当者 生活相談員
- ・ 苦情解決責任者 施設長
- ・ 受け付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

また、苦情受付ボックスをエレベーター前に設置します。

令和 年 月 日

予防通所サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 グレース堺デイサービスセンター
説明者職名 氏名 印

私は、本書面にに基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所
氏名 印
代筆者 住所
氏名 続柄： 印