

重要事項説明書

(地域密着型通所介護及び第1号通所事業)

目	次	頁
1.	事業者概要	1
2.	事業所概要	1
3.	事業の目的と運営の方針	2
4.	職員体制	2
5.	営業時間	2
6.	利用料金	2～3
7.	利用の中止、変更、追加	4
8.	利用料金のお支払方法	4
9.	サービスの利用に関する留意事項	4
10.	損害賠償について	4～5
11.	損害保険の加入	5
12.	サービスの利用をやめる場合	5
13.	緊急時の対処方法	6
14.	苦情相談窓口	6～7
15.	重要事項の変更	7

1. 事業者概要

事業主体名	株式会社 グレース
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 後藤 英夫
所在地他	北海道旭川市川端町4条7丁目4番23号 TEL 0166-52-1139 FAX 0166-52-1139
資本金	300万円
設立年月	平成20年6月30日
介護保険関連の事業	地域密着型通所介護 第1号通所事業

2. 事業所概要

事業所名称	デイサービスセンター 虹
事業所の目的	介護保険法に基づく地域密着型通所介護サービス及び第1号通所事業サービスの提供
事業所の責任者	管理者 岩田 尉冊
開設年月日	平成21年10月26日
介護保険指定事業所番号	北海道 0172903601号
所在地・電話番号	北海道旭川市川端町4条6丁目3番14号 TEL 0166-46-7551 FAX 0166-46-7552
交通の便	旭川電気軌道・バス停(川端3・6丁目) 下車徒歩4分 旭川電気軌道・バス停(川端3・8丁目) 下車徒歩4分
敷地概要	505.11m ²
建物概要	延床面積 212.3m ² (内デイサービス利用分89.6m ²) 鉄筋コンクリート
防災設備	非常階段
	自動火災報知器
	誘導灯
	ガス漏れ報知器
	防火扉
	屋内消火器
	非常通報装置

3. 事業の目的と運営の方針(運営規定より)

事業の目的	本事業は、地域密着型通所介護並びに第1号通所事業によって自立生活を営もうとする利用者に対して、食事、入浴等の日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した生活を営むことが出来るよう支援することを目的とする。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本事業所において提供する地域密着型通所介護並びに第1号通所事業は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 ■ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供を行う。 ■ 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。 ■ 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。 ■ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

4. 職員体制(主たる職員)

職 種	員数	常 勤		非常勤		勤務時間	保有資格
		専従	兼従	専従	兼従		
生活相談員	3人		2人		1人	9:00～ 17:00	社会福祉士他
介護職員	4人		2人	1人	1人	8:30～ 17:30	介護福祉士他
機能訓練指導員	1人				1人	8:30～ 16:30	看護師
看護職員	1人				1人	8:30～ 16:30	看護師

5. 営業時間

営業日	土・日曜日を除く毎日 (12月30日から1月3日を除く)
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	9:15～16:15

6. 利用料金

地域密着型通所介護費(サービス提供時間7時間以上8時間未満)

要介護度	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護度1	753円
要介護度2	890円
要介護度3	1,032円
要介護度4	1,172円
要介護度5	1,312円

第1号通所事業費

要介護度	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額
要支援1	1,798円
要支援2	3,621円

加算料金(地域密着型通所介護)

加算内容	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額
入浴加算 I	40円/回
個別機能訓練加算 I イ	56円/回
個別機能訓練加算 II	20/月
口腔機能向上加算	150/月

※実施した場合に加算。

(第1号通所介護)

加算内容	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額
口腔機能向上加算	150/月

※ 実施した場合に加算。

(地域密着型通所介護、第1号通所事業)

加算内容	介護保険適用時の1月あたりの自己負担額
介護職員処遇改善加算 I	介護報酬総額の9.2%/月
サービス提供体制強化加算 II	要支援1 72円/月 要支援2 144円/月 要介護1～5 18円/回
科学的介護推進体制加算	40円/月

減算料金(通所事業所と同一建物に居住する利用者様)

要介護度	介護保険適用時の1月あたりの減算額
要支援1	376円/月
要支援2	752円/月
要介護1～5	94円/日
送迎を行わない場合	47円/片道

その他の費用

食費(おやつのみは100円/日)	600円/日
おむつ代	パットタイプ 100円 フラットタイプ 100円 T字型おむつ 150円
レクリエーション費用	実費

※上記、①～④の費用は、介護保険負担割合が1割の場合の金額となります。

7. 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により地域密着型通所介護サービス及び第1号通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加する事ができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出

てください。

- ② 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。(地域密着型通所介護のみ)

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出でなかった場合	当日分の食費

8. 利用料金のお支払い方法

前記の料金は請求書を送付いたします。銀行振込又は現金でのお支払をお願い致します。銀行振込の場合は以下の預金口座への振込みをお願い致します。

振込先銀行	北星信用金庫 旭川北支店
預金種別	普通預金
口座番号	1025391
口座名義	株式会社 グレース

9. サービスの利用に関する留意事項

① 施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- なるべく貴重品をお持ちにならないでください。金銭の紛失による責任は負いかねます。何らかの理由により多額の金銭をお持ちになる際は当事業所職員へお預けください。

② 喫煙

- 施設内及び敷地内での喫煙はできません。

10. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様です。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は重過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

11. 損害保険の加入

加入の有無	加入(有)
保険契約の内容	別途お問合せください。

12. サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の二日前までに契約者からの契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様になります。

契約期間中は、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事が出来ますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立(要介護認定がおりない状態)と判定された場合
- ③ 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事業所を閉鎖した場合
- ④ 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
- ⑤ 当事業者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
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご覧ください。)
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご覧ください。)

(1)ご契約者からの解約、契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することが出来ます。その場合には、契約終了を希望する日の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。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める地域密着型通所介護サービス及び第1号通所事業サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従業者が故意又は重過失によりご契約者の身体・財産・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
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財産・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)事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結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3ヶ月以上遅延し、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、故意又は重過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財産・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

(3) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

13. 緊急時の対処方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関名	医療法人 藤井病院 住 所 北海道旭川市旭町1条3丁目841番地138 電話番号 TEL(0166)51-1411 FAX(0166)51-1411 診療科目 内科・循環器科・呼吸器科・消化器科・ リハビリテーション科・放射線科 院 長 名 増川 才二
---------	--

14. 苦情相談窓口

ご利用者ご相談窓口	平日 午前9時00～午後5時00 電話番号 0166-46-7551 FAX番号 0166-46-7552 担当者 岩田 尉 冊
外部苦情申立て機関	北海道社会福祉協議会サービス苦情窓口 住 所 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 電話番号 011-241-3976 FAX番号 011-251-3971
	福祉サービス苦情相談センター 住 所 札幌市中央区大通西19丁目 札幌市社会福祉総合センター2階 電話番号 011-632-0550
	北海道国民健康保険団体連合会 住 所 札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 電話番号 011-231-5161

15. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した主要事項に変更が生じた場合には、利用者に書類をもって説明を行い、利用者代理人には書類の送付で通知します。

上記内容について、説明を行いました。

令和 年 月 日

(事業者) 北海道旭川市川端町4条7丁目4番23号
株式会社 グレース
代表取締役 後藤 英夫 ⑩

(事業所) 北海道旭川市川端町4条6丁目3番14号
デイサービスセンター 虹

(説明担当者) 岩田 尉 冊 ⑩

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者) 氏名 ⑩

(利用者代理人) 氏名 ⑩
(続 柄)