

（現行型介護相当）重要事項説明書

（事業の方針）

事業者は、利用者の心身の特性を踏まえ、利用者の選択に基づき、その自立に向けて設定された目標を達成する為に適切な介護予防サービスが提供されるように配慮する。また、利用者への現行型相当サービスの提供にあたっては、公正・中立を遵守し、関係機関との連携を図るように努める。

（事業所概要）

開設者 医療法人 社団 小田会
 代表者 理事長 小田 哲也
 事業所名 医療法人社団小田会
 ケアセンターみどりかわ通所介護事業所
 事業所番号 4371100563
 所在地 熊本県宇土市野鶴町352
 電話番号 0964-22-7755
 FAX 番号 0964-22-7757
 営業日 月曜日 ～ 土曜日
 営業時間 8:30 ～ 17:30
 サービス提供時間 8:50 ～ 16:40

《事業所の職員体制》

管理者	田中優幸
-----	------

職種	職員数	職務内容
管理者	1 名	事業所の管理運営及び統括、通所介護計画書立案計画
生活相談員	1 名以上	利用者の心理・社会的状況の把握、家族・関係機関との連絡調整、通所介護業務全般
看護職員	1 名以上	利用者の健康状態管理及び心理的援助、通所介護業務全般
介護職員	3 名以上	通所介護業務全般（利用者の心理・健康状態の把握、食事・排泄・入浴等の日常生活上のお世話、及びレクリエーション実施）
機能訓練指導員	1 名以上	機能訓練計画書の立案計画・実施、個別機能訓練・機能訓練に関連する体操及び活動の実施、通所介護業務全般

（事業実施地域）

宇土市

（利用定員）

利用者の1日の定員は、25名とする。（介護給付利用者と合わせて）

（介護保険証の確認）

ご利用に際し、利用者の介護保険証を確認させていただきます。

（利用料金）

※ 一割負担の場合

基本料金

介護区分	利用料金（1月につき）
通所型独自サービス1	1798円
通所型独自サービス2	3621円

加算料金

	利用料金（1月につき）
口腔機能改善加算	150円（月1回）
サービス提供強化加算Ⅰ	（要支援1）88円
	（事業対象者・要支援2）176円
通所型独自高齢者虐待防止未実施減算 （通常型）	所定単位の100分の1に相当する単位
通所型独自業務継続計画未設置減算 （通常型）	所定単位の100分の1に相当する単位
通所独自送迎減算	事業所が送迎を行わない場合47単位
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数の1000分の92に相当する単位数

※ H28年8月より、宇土市から交付される負担割合証の負担割合に応じた請求となります。

その他の自費料金

食事・おやつ提供料	660円
連絡帳	50円
リハビリパンツ 1枚	100円
オムツ 1枚	100円
尿取りパット 1枚	50円
カミソリ 1個	50円
歯ブラシケース付き 各1個	100円
不織布マスク 1枚	10円
日常生活費（便尿の衣類汚染し、衣類洗濯した場合）	50円
趣味活動費及びその他 介護保険対象外サービス	実費（全額個人負担）

※介護保険の給付対象とならないサービスは、全額が個人負担となります。

(苦情受付について)

◎当事業所における苦情受付

苦情やご相談は、専用窓口で受け付けます。

担当者： 管理者 田中優幸
生活相談員 岩田美代子

受付時間： 月曜日～土曜日 8：30 ～ 17：30

または、事業所内の苦情受付箱（ご意見箱）においても受付いたします。

電話番号 0964-22-7755

FAX 番号 0964-22-7757

◎行政機関・その他の苦情受付機関

宇土市役所 高齢者支援課 高齢者支援係	所在地 〒869-0482 宇土市浦田町51番地 電話 0964-22-1111 FAX 0964-46-5170 受付時間 午前9時～午後5時（土・日・祝祭日は除く）
熊本県 国民健康保険 団体連合会 介護サービス 苦情相談窓口	所在地 〒862-0911 熊本市健軍1丁目18-7 電話 096-214-1101 FAX 096-214-1105 受付時間 午前9時～午後5時（土・日・祝祭日は除く）

個人情報使用同意書

私の個人情報(※)について、次に記載するとおり貴事業者が必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

(※)ご家族様の個人情報を含みます。

1 使用する目的

- ・サービス担当者会議等において他のサービス事業者等と情報を共有・連携し、介護保険法に関する法令等に基づき行う居宅サービス・利用者支援を、適切かつ効果的に実施、提供するため。
- ・緊急時等において、利用者の生命やその他有する権利・利益を保護するため。

2 使用にあたっての条件

- ・個人情報の使用は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供が必要となる相手方以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ・事業者は、個人情報を使用した状況等の記録を保管しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

氏名、住所、利用者の心身の状況やその置かれている環境、支援を行う上での課題、健康状態、病歴、家庭状況等。

4 使用する期間

契約締結日から契約終了日までの間とする。

写真使用について

ケアセンターみどりかわのご利用の様子を写真で残し、誕生会写真での使用や病状の変化の場合があり、ご利用者様のためにケアマネージャーへの情報提供や主治医の情報提供・担当者会議・地域ケア会議等の用途に限り、ご利用者様の映像・写真を使用させていただく場合がございます。

私の肖像などを撮影した写真・映像を使用することを、理解して同意します。

同意項目

上記の説明を受け、同意・了承いただける項目に☑の記入お願い致します。

- ☐ 重要事項説明を受け、内容に同意します。
- ☐ 個人情報使用同意書の内容を確認し同意します。
- ☐ 写真使用についての内容を確認し同意します。

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説明・個人情報使用同意書・写真使用について説明を行いました。

上記の契約締結の証するため 本書2部作成し、各自1部を保有するものとします。

契約締結日	令和 年 月 日
-------	-------------------------------------

上記内容につきまして、利用者に説明を行いました。

医療法人社団 小田会

ケアセンターみどりかわ 通所介護事業所

所在地 宇土市野鶴町352

事業所番号 4371100563

説明者した職員	
---------	--

私は、本書面に基づき事業者から契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書・写真使用についての説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者	氏名	
	住所	
	連絡先	

代理人 (連絡先①)	氏名	
	住所	
	連絡先	
	続柄	

緊急時の連絡先

緊急 連絡先②	氏名	
	連絡先	
	続柄	