

重要事項説明書

《事業の目的》

指定通所介護事業の適正な運営を確保する為に、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所で通所介護の提供にあたる者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な通所介護を提供することを目的とする。

《運営の方針》

事業所の職員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の介護及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能ならびに利用者（家族）の身体的負担の軽減を図るものとする。

《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 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 宇土市野鶴町352
 電話 0964-22-7755
 FAX 0964-22-7757
 営業日 月曜日 ～ 土曜日
 営業時間 8時30分 ～ 17時30分
 サービス提供時間 8時50分 ～ 16時40分

《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
---------	-------	--

《利用定員》

利用定員は、25名とする。(1日につき)

《通常の事業実施地域》

宇土市、熊本市(旧 天明町、富合町)

《 利用料金 》

※1割負担の場合

基 本 料 金 (通常規模型通所介護費)

介護度区分	3～4 時間	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間	7～8 時間
要介護1	370 単位	388 単位	570 単位	584 単位	658 単位
要介護2	423 単位	444 単位	673 単位	689 単位	777 単位
要介護3	479 単位	502 単位	777 単位	796 単位	900 単位
要介護4	533 単位	560 単位	880 単位	901 単位	1023 単位
要介護5	588 単位	617 単位	984 単位	1008 単位	1148 単位

加 算 料 金

サービス種別	サービス単価	サービスの内容
中山間地域等加算	5/100	通常実施地域を超えて、中山間地域等へサービス提供をする場合
入浴加算	40/日	入浴の実施(見守り等含む)
	55/日	自宅訪問し、環境評価したうえでの入浴の実施
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56/日	理学療法士・作業療法士等が個別計画に基づき実施。専従職員を1名以上配置(配置時間の定めなし)
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76/日	理学療法士・作業療法士等が個別計画に基づき実施。専従職員を1名以上配置(サービス提供時間帯を通じ配置)
認知症加算	60/日	認知症実践者研修修了し、認知症ランクⅢ以上の利用者
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150/月2回	口腔機能が低下している又はそのおそれがある利用者へ個別的に実施さ

		れる口腔清掃の指導若しくは口腔ケア実施。
事業所が送迎を行わない場合	-47	事業所が送迎をしない場合の減算
サービス提供体制強化 (Ⅰ)イ	22/日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上
高齢者虐待防止措置 未実施減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数
業務継続計画減算 未策定減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数 令和7年3月31日までは適用しない
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	介護現場で働く方の処遇改善を行い 人材確保に努め、良質なサービス提供 を続けることができるようにするための取り組み

※ H28年8月より、要件に該当した場合2割負担となる。

(交付される割合負担証による)

(介護保険の給付対象とならないサービス)

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
通常の事業実施区域外の送迎	1 km×20 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。

《支払い方法及び領収方法》

毎月15日までに、先月分の請求書を発行いたします。お支払い方法は、口座自動引き落としとさせていただきます。郵便局口座の引き落としの場合は16日引落とし、郵便局以外の口座引き落としの方の場合は20日引落としとなります。

利用料のお支払いの確認ができ次第、領収書を発行いたします。領収書は基本的に引落とし確認後のご利用日にご利用者様へお渡しします。又は送迎時にご家族様へ渡しますが、ご家族様不在の場合はご利用者様又はご利用者様自宅ポストへ投函致します。

《緊急事態における対応方法》

当事業所での対応が困難な状態や病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに管理者・主治医・介護支援専門員に報告し、迅速な対応をいたします。

《苦情受付について》

◎ 当事業所における苦情の受け付け

当事業所における苦情やご相談は、専用窓口で受付けます。

(担当者)	管理者	田中優幸
	生活相談員	岩田美代子

(受け付け時間) 月～土 8:30～17:30

また、苦情受付け箱（ご意見箱）を事業所玄関内に設置しています。

◎連絡先 ケアセンターみどりかわ

(電話) 0964-22-7755

(FAX) 0964-22-7757

◎ 行政機関、その他苦情受付け機関

宇土市 高齢者支援課 介護保険係	所在地 〒869-0492 宇土市浦田町 51 番地 電話番号 0964-27-3321 FAX 0964-22-2925 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 熊本市東区健軍 2 丁目 4 番 10 号 電話番号 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)

《その他運営に関する重要事項》

当事業所の従業者は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。

従業者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する。

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

- ・サービス担当国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があり、ご利用者様のためにケアマネジャーへの情報提供や主治医の情報提供・担当国会議・地域ケア国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、本書面に基づき契約書・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 (緊急時①)	氏名	
	住所	
	連絡先	
	続柄	

緊急時の連絡先

緊急時②	氏名	
	住所	
	連絡先	
	続柄	