

「指定通所介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第4073600233号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所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。

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

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2
6. 苦情の受付について	7
7. 第三者による評価の実施状況	8
8. 虐待防止に関する事項	8
9. 業務継続計画の策定等	8
10. 身体拘束	8

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 植田脳神経外科医院
- (2) 法人所在地 福岡県古賀市久保1095-1
- (3) 電話番号 092-943-2220
- (4) 代表者氏名 理事長 植田 清隆
- (5) 設立年月 平成3年3月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
- (2) 事業所の目的 体が弱い方、認知症などで介護が必要な方へ入浴、食事などを提供します。
- (3) 事業所の名称 医療法人 植田脳神経外科医院デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 福岡県古賀市久保1095-1
- (5) 電話番号 092-940-7071
- (6) 事業所長 (管理者) 氏名 植田 恵美子
- (7) 当事業所の運営方針 住み慣れた地域において、安心して在宅生活を続けていけるよう、お客様の多様化するニーズを的確に伝える為、福祉、医療、保健、その他関連する業務に従事する者と積極的な連帯強化を図り、ご利用者の心豊かな暮らしを支える専門職として、最善の介護サービスの提供に努める。

(8) 開設年月 平成14年2月

(9) 利用定員 20名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 福岡市東区、新宮町、古賀市、福津市、宗像市

(2) (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 (12/31～1/3を除く)
受付時間	8:30～17:30
サービス提供時間	9:29～16:30 (7時間以上8時間未満)

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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	専 従	兼 務
管理者		1名
生活相談員		3名
看護職員		3名
機能訓練指導員		3名
介護職員	3名	3名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間： 8:30～17:30
2. 看護職員	勤務時間： 9:00～15:30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所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 (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割又は8割又は7割) が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

○食事 ○送迎 ○入浴 ○機能訓練 ○排泄

〈サービス利用料金 (1回あたり)〉 (契約書第6条参照)

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、下記料金表を基本としていますが、ご利用時間によっても異なる場合がございます。)

< 3時間以上4時間未満の場合 > 1回ご利用当たりの内訳（7級地：10.14円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご利用者のサービス料金	3,751円	4,289円	4,857円	5,404円	5,962円
2. うち、介護保険から 給付される金額 ：1割負担の場合	3,375円	3,860円	4,371円	4,863円	5,365円
2. うち、介護保険から 給付される金額 ：2割負担の場合	3,000円	3,431円	3,885円	4,323円	4,769円
2. うち、介護保険から 給付される金額 ：3割負担の場合	2,625円	3,002円	3,399円	3,782円	4,173円
3. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） ：1割負担の場合	376円	429円	486円	541円	597円
3. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） ：2割負担の場合	751円	858円	972円	1,081円	1,193円
3. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） ：3割負担の場合	1,126円	1,287円	1,458円	1,622円	1,789円

< 4時間以上5時間未満の場合 > 1回ご利用当たりの内訳（7級地：10.14円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご利用者のサービス料金	3,934円	4,502円	5,090円	5,678円	6,256円
2. うち、介護保険から 給付される金額 ：1割負担の場合	3,540円	4,051円	4,581円	5,110円	5,630円
2. うち、介護保険から 給付される金額 ：2割負担の場合	3,147円	3,601円	4,072円	4,542円	5,004円
2. うち、介護保険から 給付される金額 ：3割負担の場合	2,753円	3,151円	3,563円	3,974円	4,379円
3. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） ：1割負担の場合	394円	451円	509円	568円	626円
3. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） ：2割負担の場合	787円	901円	1,018円	1,136円	1,252円
3. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） ：3割負担の場合	1,181円	1,351円	1,527円	1,704円	1,877円

< 5時間以上6時間未満の場合 > 1回ご利用当たりの内訳（7級地：10.14円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご利用者のサービス料金	5,779円	6,824円	7,878円	8,923円	9,977円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：1割負担の場合	5,201円	6,141円	7,090円	8,030円	8,979円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：2割負担の場合	4,623円	5,459円	6,302円	7,138円	7,981円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：3割負担の場合	4,045円	4,776円	5,514円	6,246円	6,983円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：1割負担の場合	578円	683円	788円	893円	998円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：2割負担の場合	1,156円	1,365円	1,576円	1,785円	1,996円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：3割負担の場合	1,734円	2,048円	2,364円	2,677円	2,992円

< 6時間以上7時間未満の場合 > 1回ご利用当たりの内訳（7級地：10.14円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご利用者のサービス料金	5,921円	6,986円	8,071円	9,136円	10,221円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：1割負担の場合	5,328円	6,287円	7,263円	8,222円	9,198円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：2割負担の場合	4,736円	5,588円	6,456円	7,308円	8,176円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：3割負担の場合	4,144円	4,890円	5,649円	6,395円	7,154円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：1割負担の場合	593円	699円	808円	914円	1,023円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：2割負担の場合	1,185円	1,398円	1,615円	1,828円	2,045円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：3割負担の場合	1,777円	2,096円	2,422円	2,741円	3,067円

< 7時間以上8時間未満の場合 > 1回ご利用当たりの内訳（7級地：10,14円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご利用者のサービス料金	6,672円	7,878円	9,126円	10,373円	11,640円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：1割負担の場合	6,004円	7,090円	8,213円	9,335円	10,476円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：2割負担の場合	5,337円	6,302円	7,300円	8,298円	9,312円
2. うち、介護保険から給付される金額 ：3割負担の場合	4,670円	5,514円	6,388円	7,261円	8,148円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：1割負担の場合	668円	788円	913円	1,038円	1,164円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：2割負担の場合	1,335円	1,576円	1,826円	2,075円	2,328円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） ：3割負担の場合	2,002円	2,364円	2,738円	3,112円	3,492円

< その他利用料 >

	入浴介助加算 （1）	サービス提供体制 強化加算Ⅰ	サービス提供体制 強化加算Ⅱ	サービス提供体制 強化加算Ⅲ
利用料 （1割負担の場合）	41円/回	23円/回	19円/回	6円/月
利用料 （2割負担の場合）	81円/回	45円/回	37円/回	12円/月
利用料 （3割負担の場合）	122円/回	67円/回	55円/回	18円/月

サービス提供体制強化加算Ⅰ：介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が70%以上、または介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上

サービス提供体制強化加算Ⅱ：介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上

サービス提供体制強化加算Ⅲ：介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が40%以上、またはサービスを直接提供する職員の総数のうち勤続7年以上の割合が30%以上

※サービス提供体制強化加算については上記3つのうち1つを算定し、職員の配置状況により変更になる場合があります。

※送迎料金に関しては上記の金額に含まれますが、事業所が送迎を行わない場合、片道48円（1割負担の場合）、96円（2割負担の場合）、143円（3割負担の場合）減算致します。

※介護職員等処遇改善加算Ⅲとして所定単位数の80/1000加算させて頂きます。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合にはサービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、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)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。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5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 (食費)

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。 料金：1回あたり560円

※キャンセル料

前日の17時30分までにご連絡をいただいた場合キャンセル料は発生しませんが、当日朝の休みの連絡時は食事代の全額または半額がキャンセル代として発生します。

利用日の当日9:29までにご連絡いただいた場合	食事代の半額(280円)
利用日当日の9:29までにご連絡がなかった場合	食事代の全額(560円)

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。

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。

☆経済状況の著しい変化その他やお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2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6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月10日以降にご請求しますので翌月25日までに、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 福岡銀行口座からの自動引き落とし

福岡銀行から自動引き落としさせていただきます。

イ. 現金支払

ウ. 下記指定口座への振込

銀行名：福岡銀行

支店名：古賀支店

預金種別：普通

口座番号：1989801

口座名義人：医)植田脳神経外科医院

イ)ウエタノウシンケイゲカイイン

※ご依頼人の欄には利用者様の名前をご記入下さい。

※振り込み手数料はご利用者様にて負担下さいますようお願い申し上げます。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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ことができます。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下さい。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所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。

- 植田脳神経外科医院デイサービスセンター 092-940-7071
- 苦情受付窓口（担当者） 植田 清隆
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30

（2）行政機関その他苦情受付担当窓口

古賀市保健福祉センター （サンコスモ内） 介護支援課 介護保険係	所在地 古賀市庄205 サンコスモ古賀内 電話番号 092-942-1144 FAX 092-942-1154 受付時間 9：00～16：00（閉庁日除く）
福津市役所 高齢者サービス課 介護 保険係	所在地 福津市中央1-1-1 電話番号 0940-43-8192 FAX 0940-34-3881 受付時間 9：00～16：00（閉庁日除く）
新宮町役場 介護保険高齢者福祉課	所在地 新宮町緑ヶ浜1-1 電話番号 092-962-0239 FAX 092-962-0725 受付時間 9：00～16：00（閉庁日除く）
東区 保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地 福岡市東区箱崎2-54-1 電話番号 092-645-1071 FAX 092-631-2191 受付時間 9：00～16：00（閉庁日除く）
福岡県国民健康保険 団体連合会 介護保険課	所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7858 FAX 092-642-7856 受付時間 9：00～16：00（閉庁日除く）
宗像市役所 介護保険課 介護保険係	宗像市東郷995 電話番号 0940-36-4877 FAX 0940-36-2410 受付時間 9：00～16：00（閉庁日除く）
福岡県社会福祉協議会	所在地 春日市原町3-1-7 電話番号 092-584-3377 FAX 092-584-3369 受付時間 9：00～16：00（閉庁日除く）

7. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	① あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

8. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ② 虐待防止のための指針の整備
- ③ 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ④ 前③に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

9. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を測るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

2 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行うものとする。

3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

10. 身体拘束

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)は行わない。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

令和 年 月 日

指定通所介護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。

医療法人 植田脳神経外科医院デイサービスセンター

説明者職名 生活相談員

氏名 ㊞

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

契約者： 住所

氏名 ㊞

契約者ご家族： 住所

氏名 ㊞

続柄

個人情報使用に関わる同意書

医療法人 植田脳神経外科病院デイサービスセンター

下記内容について個人情報を用いることに同意します。

記

1. 事業者が、介護サービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において使用する場合。
2. ご契約者が、緊急に医療の必要性がある場合
3. ご契約者が、入院等医療機関で受診するときに医療機関に対して使用する場合
4. 事業者が、契約終了によって契約者を他のサービス事業者等へ紹介するなどの援助を行う際に使用する場合

令和 年 月 日

ご契約者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

ご契約者ご家族

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____

なお、介護保険サービス等を提供する上で正当な理由なく、知り得たご契約者または、ご家族の情報を漏らしません。