

通所介護・介護予防通所介護 重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 恵光会
主たる事務所の所在地	〒815-0042 福岡市南区若久二丁目6番1号
代表者（職名・氏名）	理事長 久原 伊知郎
設立年月日	平成26年7月15日
電話番号	092-551-2431

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス <small>めぐみ</small> 恵	
サービスの種類	通所介護・介護予防通所介護	
事業所の所在地	〒811-1356 福岡市南区花畑一丁目1番24号	
電話番号	092-559-0077	
指定年月日・事業所番号	平成27年7月1日指定	
実施単位・利用定員	1単位	定員10人
通常の事業の実施地域	南区、中央区、博多区、城南区、那珂川町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所介護（又は介護予防通所介護）は、事業者が設置する事業所（デイサービス）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時00分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 1人 非常勤 1人
看護職員	
介護職員	常勤 1人 非常勤 1人
機能訓練指導員	常勤 1人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたりご不明な点やご要望等がありましたら、お申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 田中 大資
管理責任者の氏名	管理者 松葉佐 昇

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割（平成27年8月から））の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）通所介護の利用料

【基本部分：地域密着型 通所介護費（小規模型）】1単位 10.45円

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費	
		基本利用料(単位) ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) ※(注2)参照
3時間以上 5時間未満	要介護1	4,451円	446円
	要介護2	5,099円	510円
	要介護3	5,768円	577円
	要介護4	6,416円	642円

	要介護5	7,085円	709円
5時間以上 7時間未満	要介護1	6,698円	670円
	要介護2	7,910円	791円
	要介護3	9,133円	914円
	要介護4	10,345円	1,035円
	要介護5	11,568円	1,157円
7時間以上 9時間未満	要介護1	7,680円	768円
	要介護2	9,070円	907円
	要介護3	10,512円	1,052円
	要介護4	11,954円	1,196円
	要介護5	13,386円	1,339円

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
入浴介助加算	利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	500円	50円
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービス を行った場合(1回につき。月2回まで)	1,500円	150円
介護職員 処遇改善加算 I		1月の利用料金 (基本部分+ 各種加算減算) の4.0%	左記額の1割

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
送迎を行わない場合 の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事 業所との間の送迎を行わない場合 (片道につき)	470円	47円

(2) 介護予防通所介護の利用料

【基本部分：介護予防通所介護費】

利用者の 要介護度	介護予防通所介護費（1月につき）	
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （自己負担1割の場合）※（注2）参 照
要支援1	17,211円	1,722円
要支援2	35,289円	3,529円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 （自己負担1割の場合）
介護職員 処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場合※（注3） ※加算 I～IVのいずれか1つを算定する。	1月の利用料金 （基本部分＋ 各種加算減算） の4.0%	左記額の1割

（注3）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（2）その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき648円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（3）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の80%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(4) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 西日本 _{シティ} 銀行 高宮支店 普通口座 0325981 社会福祉法人恵光会 理事長 <small>くばら いちろう</small> 久原 伊知郎
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医又は協力医療機関及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

緊急連絡先 (家族等)	① 氏名(利用者との続柄) 電話番号 ② 氏名(利用者との続柄) 電話番号	
利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称 主な診療科目 所在地 電話番号	医療法人恵光会 原病院 内科、循環器、整形外科、腎臓内科、歯科 福岡市南区若久2丁目6番1号 092-551-2431

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(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。

○苦情解決責任者

[職名] 施設長 松葉佐 昇

○苦情受付窓口(担当者)

[職名] 生活相談員 田中 大資

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 10：00～16：00

○電話番号 092-559-0077

また、苦情受付ボックスを設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

福岡市城南区福祉・介護保険課 住所：福岡市城南区鳥飼6丁目1の1

電話番号：092-833-4105 FAX番号：092-822-2133

受付時間 8：45～17：15（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市博多区福祉・介護保険課 住所：福岡市博多区博多駅前2丁目19の24

大博センタービル3階

電話番号：092-419-1081 FAX番号：092-441-1455

受付時間 8：45～17：15（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市中央区福祉・介護保険課 住所：福岡市中央区大名2丁目5の31

電話番号：092-718-1102 FAX番号：092-771-4955

受付時間 8：45～17：15（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市南区福祉・介護保険課 住所：福岡市南区塩原3丁目25の3

電話番号：092-559-5125 FAX番号：092-512-8811

受付時間 8：45～17：15（土・日・祝日・年末年始を除く）

那珂川町福祉・介護保険課 住所：筑紫郡那珂川町西隈1丁目Iの1

電話番号：092-953-2211 FAX番号：092-953-0688

受付時間 8：45～17：15（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課

住所：福岡市博多区吉塚本町13番47号福岡県国保会館

電話番号：092-642-7859 FAX番号092-642-7857

受付時間 8：45～17：15（土・日・祝日・年末年始を除く）

1 2. 事故発生時の対応について（契約書第23条参照）

- (1) 施設では、ご契約者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご契約者の家族等に連絡します。
- (2) 当施設では、事故発生時の対応及び事故発生防止のための指針を整備します。
- (3) 当施設では、事故分析による改善策を従業員に周知徹底させ、事故発生防止のための定期的な委員会及び研修を行います。

1 3. 非常災害対策

当施設は、規定に基づき、非常災害の防止とご契約者の安全確保に努めます。また、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出、その他必要な訓練を行います。

1 4. 守秘義務

事業所及びサービス従事者又は従業員は、介護老人福祉施設サービスを提供するうえで知り得た契約者又はその家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。こ

の守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

平成 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地
事業者（法人）名
説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所
氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）
住所
本人との続柄
氏名 印

立会人 住所
氏名 印