

**通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業
通所型サービス 重要事項説明書**

1. 事業者(本社)の概要

名称・法人種別	株式会社 西日本医療福祉総合センター
代表者名	代表取締役 牟田 律子
本社所在地・ 連絡先	[住 所] 福岡県中間市通谷1丁目36番2号 [電 話]093-244-1109 [FAX]093-246-4109

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	ウエルパークヒルズデイサービスセンター
所在地	福岡県中間市通谷1丁目36番3号 ウエルパークヒルズ北棟1階
管理者の氏名	小笠原 渉 (おがさわら わたる)
電話番号	093-244-1793
FAX番号	093-244-4705
介護保険指定番号	4072800057
サービスを提供する地域	中間市、八幡西区、※(水巻町、遠賀町、芦屋町、岡垣町、鞍手町)

※日常生活支援総合事業の通所型サービスは除きます。上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

	職務の内容	勤務形態	人員
管理者	業務の一元的な管理	常勤	1名
生活相談員	生活指導及び相談	常勤・非常勤	1名以上
看護職員	心身の健康管理、保健衛生管理	常勤・非常勤	1名以上
機能訓練指導員	機能減退防止訓練、介護職員への指示指導	常勤・非常勤	2名以上
介護職員	介護業務	常勤・非常勤	10名以上 (利用者60名の場合)
調理員	給食調理 (委託)		
運転手	利用者送迎	常勤・非常勤	1名以上

(3) 営業日およびサービス提供時間

営業日	営業時間	サービス提供時間
月～土曜日	8:30～17:30	9:30～17:00
定休日	日曜日・祝日・他(別紙参照)	

(4) 指定通所介護の利用定員

通所介護	60名/日(生活支援型を除く)
生活支援型および通所型サービスA	10名/日

3. 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスを通じて、事業所ごとに置くべき従事者が、ご利用者の心身機能の維持、向上を図り、居宅において自立した生活を営むことができるように支援することを目的とします。

(2) 運営方針

ご利用者の心身の特性を踏まえて、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、施設において入浴及び食事の提供、その他の日常生活上の世話や機能訓練等を提供します。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. サービスの内容

- ①生活指導、相談、趣味、生きがい活動 ②健康増進、健康チェック ③機能訓練
④送迎 ⑤家族介護教室 ⑥入浴サービス ⑦給食サービス

5. 利用者負担金

(1) 通所介護サービス 料金

【基本報酬】

通常規模型 通所介護費		3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	サービス費	3,700円	3,880円	5,700円	5,840円	6,580円
要介護2	サービス費	4,230円	4,440円	6,730円	6,890円	7,770円
要介護3	サービス費	4,790円	5,020円	7,770円	7,960円	9,000円
要介護4	サービス費	5,330円	5,600円	8,800円	9,010円	10,230円
要介護5	サービス費	5,880円	6,170円	9,840円	10,080円	11,480円

※ 上記設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、ご利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安を基準とします。

【加算・減算】

入浴介助加算Ⅰ	400円
入浴介助加算Ⅱ	550円
個別機能訓練加算Ⅰ口	760円
個別機能訓練加算Ⅱ	200円/月
科学的介護推進体制加算	400円/月
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	50円（6カ月に1回）
口腔機能向上加算Ⅱ	1,600円/回（月2回）
ADL維持等加算Ⅰ	300円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	加算分を含むサービス費×9.0%
事業所が送迎を行わない場合（片道につき）	-470円
同一建物に居住する利用者の減算	-940円

(2) 通所型サービス 料金

【基本報酬】

事業対象者・要支援1	週1回程度の利用	17,980円/月
事業対象者・要支援2	週2回程度の利用	36,210円/月

【加算・減算】

科学的介護推進体制加算		400円/月
口腔機能向上加算Ⅱ		1,600円/回(月1回)
同一建物減算Ⅰ(事業対象者・要支援1)		-3,760円/月
同一建物減算Ⅰ(事業対象者・要支援2)		-7,520円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		加算分を含むサービス費×9.0%

(3) 通所型サービスA 料金 ※中間市

【基本報酬】

通所型サービスA費(Ⅰ)	週1回程度の利用	12,590円/月
通所型サービスA費(Ⅱ)	週2回程度の利用	25,350円/月

【加算】

入浴加算	1月につき	1,000円/月
------	-------	----------

(4) 通所型サービスA 料金 ※北九州市

【基本報酬】

通所型サービスA費(Ⅰ)	週1回程度の利用	14,140円/月
通所型サービスA費(Ⅱ)	週2回程度の利用	27,790円/月

【加算】

入浴加算	1月につき	1,050円/月
送迎加算	1月につき	900円/月

(5) その他の料金(介護保険給付対象外サービス)

利用者は、その他サービスの利用によっては、下記の利用料金をお支払いただきます。

給食費	1回600円(食材料費+調理費)
日常生活に要する物	要した費用の実費
レクリエーションクラブ活動	要した費用の実費
送迎費用	1kmあたり20円(実施地域を超える場合)

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則として介護保険負担割合証に記載された割合の「利用者負担金」を、お支払いただきます。
- ② サービスが介護保険の適用を受けない部分については、サービス費全額(10割)をお支払いただきます。
- ③ 保険料の滞納などにより、介護保険負担割合証に記載された割合の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。(償還払い)

(6) 利用者負担金のお支払方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月15日までに利用者に請求し、利用者は、翌月25日（金融機関休業日の場合は翌営業日）までに次のいずれかの方法により支払います。

- 自動口座引き落とし ※手数料は、事業者の負担となります
- 金融機関振込 ※手数料は、利用者の負担となります。

(7) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金のお支払を受けたときは、領収書を発行します。

6. キャンセル料

ご利用者の都合、容態の急変等、理由のいかんを問わずご利用料金はいただきませんが、なるべく早めにご連絡ください。ただし、前営業日17:00以降のキャンセルにつきましては、給食費のみお支払いいただきますのでご了承ください。

7. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 喫煙は、敷地内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。
- (5) 利用者及び利用者の家族等の下記の行為を禁止します。
 - ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
 - ② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
 - ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者などへ連絡をします。

9. 非常災害対策

非常災害、その他緊迫の事態に備え、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画等の対策を立てて、年2回以上利用者及び従業員の訓練を行います。

10. 虐待防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
 - ① 虐待の防止のための指針を整備します。
 - ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制を整備します。
 - ③ 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、従業員又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

11. 衛生管理等について

- (1) 事業所は、通所介護従事者等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。
- (2) 事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討します。
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。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
 - ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

12. 業務継続計画の策定等について

- (1) 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図るための計画（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ます。
- (2) 事業所は、従業者に対し、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実施します。
- (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います。

13. 事故発生時の対応・損害賠償責任について

サービス提供時に事故が発生した場合には、関係市町村、家族、居宅介護支援事業所への連絡など、必要な措置を講じ、事故の状況や対応について記録します。当事業所の責に帰すべき事由により利用者に生じた事故については、速やかにその損害を賠償します。但し、天災地変、不慮の事故、その他当事業所の責に帰すべからざる事由により利用者が受けた損害、及び利用者の故意又は重大な過失が認められる損害、並びに利用者相互間で生じた争いによる損害については、損害賠償責任を負わないものとします。

保 険 会 社	あ い お い ニ ッ セ イ 同 和 損 保
---------	-------------------------

13. 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当社お客様 相談窓口	(株) 西日本医療福祉総合センター 福岡県中間市通谷1丁目36番3号 窓口担当者 小笠原 渉 (おがさわら わたる) [電話]093-244-6388 [FAX]093-244-4705 対応時間 毎日午前9時 ~ 17時
中間市役所 介護保険課	[住所]中間市中間1丁目1番1号 [電話]093-246-6283 [FAX]093-244-0579
北九州市 八幡西区役所	[住所]福岡県北九州市八幡西区黒崎3丁目15番3号 [電話]093-642-1441 (内線472) [FAX]093-642-2941
北九州市役所 本庁	[住所]福岡県北九州市小倉北区城内1番1号 [電話]093-582-2771 [FAX]093-582-2095

広域連合 遠賀支部	[住所]福岡県遠賀郡遠賀町大字今古賀 513 遠賀町役場横車庫棟 2F [電話]093-291-5260 [FAX]093-291-5281
広域連合 鞍手支部	[住所]福岡県宮若市本城 458-2 [電話]0949-34-5046 [FAX]0949-34-5047
国民健康保険 団体連合会	[住所]福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 [電話]092-642-7859 [FAX]092-642-7856

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
-------	--

令和 年 月 日

通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスの開始にあたり、利用者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈 事業者 〉 所在地 福岡県中間市通谷 1 丁目 3 6 番 3 号 ウエルパークヒルズ北棟 1 階
 施設名 ウエルパークヒルズデイサービスセンター
 管理者 小笠原 渉 印

〈 説明者 〉 所 属 ウエルパークヒルズデイサービスセンター
 氏 名 _____ 印 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスについて重要事項の説明を受けました。

〈 利用者 〉 住 所 _____
 氏 名 _____ 印 _____

〈利用者代理人〉
 (選任した場合) 住 所 _____
 氏 名 _____ 印 (続柄: _____)

個人情報使用同意書

1. 使用する目的

- ①利用者のための居宅サービス計画書に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議や介護支援専門員と他事業者との連絡調整等において必要な場合。
- ②利用者の日常生活にかかわる相談、援助の際に生じる居宅介護支援事業所、医療機関との連絡調整等において必要な場合。
- ③サービス提供中の怪我若しくは体調不良による病院受診に際し、医師又は看護師等に説明が必要となった場合。
- ④損害賠償保険に係る保険会社等への相談又は届出が必要となった場合。
- ⑤介護サービスの質の向上を目的とした事例検討等（匿名化して利用）。
- ⑥事業所内で実施される学生の実習への協力。
- ⑦施設内での氏名等の提示及び表示（展示作品等への氏名等の表示）。
- ⑧写真等の取扱い（行事等での写真撮影、施設内提示、施設広報誌等への掲載等）。
- ⑨その他サービス提供で必要な場合。
- ⑩上記各号に関わらず、緊急を要する際の連絡等。

2. 使用する期間

サービス提供を受けている期間及び契約書の期間内

3. 使用する条件

個人情報の使用、提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に洩らすことのないよう細心の注意をはらいます。

又、個人情報を使用した場合の記録については、請求があれば開示いたします。

尚、個人情報の使用について同意頂けないものがございましたらご記入ください。

【同意頂けない内容： _____】

私の（利用者及びその家族）の個人情報については、上記に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ウエルパークヒルズデイサービスセンター 管理者 殿

〈 利用者 〉 住 所 _____

署 名 _____ 印 _____

〈 代筆者 〉

続柄（ _____ ） 署 名 _____ 印 _____

〈 家 族 〉

続柄（ _____ ） 署 名 _____ 印 _____