

「日常生活支援総合事業第1号通所事業」

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。
(茨城県指定 第0874000102号)

当事業所はご利用者に対して日常生活支援総合事業第1号通所事業の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とおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要支援認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

デイサービスセンター いなの里

〒300-2344 つくばみらい市長渡呂新田840-2

TEL 0297-57-1223

FAX 0297-57-1280

2022年10月版

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 青洲会
- (2) 法人所在地 茨城県土浦市神立町字前原443-4
- (3) 電話番号 029-832-3550
- (4) 代表者氏名 理事長 平塚 進
- (5) 設立年月 平成11年3月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 日常生活支援総合事業第1号通所事業
(平成30年4月1日指定更新)
茨城県 0874000102号
※当事業所は特別養護老人ホーム いなの里に併設されています。
- (2) 事業所の目的 日常生活支援総合事業第1号通所事業は、介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援すること、又は生活機能の維持及び向上することを目的として、ご利用者に、日常生活支援総合事業第1号通所事業サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター いなの里
- (4) 事業所の所在地 茨城県つくばみらい市長渡呂新田840-2
- (5) 電話番号 0297-57-1223
- (6) ホームページ <http://www.inanosato.com/>
- (6) 事業所長（管理者）氏名 沼尻 和博
- (7) 当事業所の運営方針 在宅介護の負担軽減
その方個人に合わせた、個別介護サービスの提供
- (8) 開設年月 平成12年7月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 つくばみらい市・取手市・守谷市・つくば市
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	月・火・木・金曜日	休日	1月1日～3日 水・土・日曜日
サービス提供時間	月・火・木・金曜日 9:30 ~ 14:30		

- (11) 利用定員 20名

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して日常生活支援総合事業第1号通所事業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	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1名
2. 介護職員	1名以上
3. 生活相談員	1名以上
4. 看護職員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用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) 利用料金の全額を負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象になるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割若しくは8割又は7割が介護保険から給付されます。

※平成27年8月より、一定以上の所得者として、同一世帯の第1号被保険者の年金収入+その他の収入の合計所得金額が単身280万、2人以上世帯346万以上の方は2割負担となります。

※平成30年8月より、一定以上の所得者として、同一世帯の第1号被保険者の年金収入+その他の収入の合計所得金額が単身340万、2人以上世帯463万以上の方は3割負担となります。

〈サービスの概要〉

① 食事（但し、食材料費・調理費等は別途いただきます。）

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を取っていただくことを原則としています。

② 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。

③ 排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

④ 送迎

- ・送迎が必要な場合は、ご自宅と事業所との間の送迎を行います。

⑤ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥ その他

- ・日常生活支援総合事業第1号通所事業計画に基づき、必要な日常生活上の支援等を行います。

〈第1号通所事業利用料金（1月あたり）〉

下記の料金表によって、ご利用者の要支援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）をお支払ください。

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1	事業対象者 要支援2
介護予防通所介護基準額 介護保険一部負担金分	384円/回 (月4回まで)	395円/回 (月8回まで)
介護予防通所介護基準額 介護保険一部負担金分	1,672円 (月5回以上)	3,428円 (月9回以上)
サービス提供体制強化加算(I) 次にいずれかに該当する場合 ○介護福祉士が70%以上配置されている場合。 ○勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている場合。	88円/月	176円/月
サービス提供体制強化加算(II) ○介護福祉士が50%以上配置されている場合。	72円/月	144円/月
サービス提供体制強化加算(III) 次のいずれかに該当する場合 ○介護福祉士が40%以上配置されている場合。 ○勤務年数7年以上の者が30%以上配置されている場合。	24円/月	48円/月
イ) 運動器機能向上加算 ○機能訓練指導員を1名以上配置し、共同して個別の運動器機能向上計画を作成しサービスを行っているとともに、定期的に記録し評価している場合。	225円/月	
ロ) 栄養改善加算 ○低栄養状態等のご利用者に対し、管理栄養士1名以上配置し、共同して栄養ケア計画を作成しサービスを行っているとともに、定期的に記録し評価している場合。	200円/月	

<p>ハ) 口腔機能向上加算 (I)</p> <p>○口腔機能の低下等のご利用者に対し、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、共同して口腔機能改善管理指導計画を作成しサービスを行っているとともに、定期的に記録し評価している場合。</p>	<p>150円/月</p>
<p>口腔機能向上加算 (II)</p> <p>○口腔機能向上加算 (I) の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。</p>	<p>160単位/月</p>
<p>若年性認知症利用者受入加算</p> <p>○受け入れた若年性利用者ごとに個別の担当者を定めている場合。</p>	<p>240円/月</p>
<p>生活機能向上グループ活動加算</p> <p>○機能訓練指導員等が共同して、ご利用者ごとに生活機能の向上の目的を設定した通所型サービス計画を作成している場合。</p> <p>○複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、ご利用者の心身の状況に応じたサービスを1週間に1回以上実施している場合。</p>	<p>100円/月</p>
<p>選択的サービス複数実施加算 (I)</p> <p>○上記(イ・ロ・ハ) のいずれかのうち2種類実施した場合。</p>	<p>480円/月</p>
<p>選択的サービス複数実施加算 (II)</p> <p>○上記(イ・ロ・ハ) の3種類全て実施した場合。</p>	<p>700円/月</p>
<p>生活機能向上連携加算 (I)</p> <p>○訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成している場合。</p>	<p>100円/月 3月に1回を限度</p>
<p>生活機能向上連携加算 (II)</p> <p>○訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が、通所介護事業所を訪問して行う場合。</p>	<p>200円/月 運動器機能向上加算を算定している場合は100円/月</p>

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ○ご利用者に対し、利用開始時及び利用中6月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を介護支援専門員に提供している場合。	20円／回 6月に1回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） ○栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定しているご利用者に対して、健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を介護支援専門員に提供している場合。	5円／回 6月に1回を限度
科学的介護推進体制加算 ○ご利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合。	40円／月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×5.9%
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数×4.3%
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数×2.3%
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×1.2%
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数×1.0%
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数×1.1%

上記料金表の加算が、第1号通所事業基準額に加算される場合があります。

☆ ご利用者がまだ要支援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。要支援1または要支援2の要介護認定を受けた後、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、ご利用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。

☆ ご利用者に提供する食事の材料に係る費用及び調理費等は別途いただきます。

（下記（2）②・③参照）

☆ 事業所評価加算：120円／月

評価対象期間において、介護予防通所介護を利用した実人員数のうち、60%以上に選択的サービスを実施している場合。

☆ 評価対象期間において、ご利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、評価期間の次年度から年度内に限り加算される場合があります。

☆ 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、ご利用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

以下のサービスは、利用料金の全額が自己負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① デイサービスセット（連絡ファイル・連絡袋・名札等、初回時のみ）
300円（連絡ファイル・連絡袋の交換・紛失等にも各100円がかかります。）

② 食材料費

ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：昼食（おやつ込1食あたり） 500円

③ 調理費等

ご利用者に提供する食事の提供にかかる費用です。

料金：昼食（おやつ込1食あたり） 200円

※上記（②・③）以外の特別な食事にかかる食材料費、調理費等については別途実費にてご負担頂きます。

④ 喫茶店

ご利用内容を実費請求させていただきます。

⑤ 手工芸・園芸等のクラブ活動費及び材料費

ご利用者の希望により手工芸・園芸クラブ等に参加していただくことができます。費用等は実費となります。

⑥ 日常生活用品費

日常生活品については持ち込んでいただいて結構です。ご契約者からの希望により利用した場合については、次のとおりその費用をご負担いただきます。

1) 口腔ケアにかかる用品費

i. 歯磨きセット 50円/回

ii. 入れ歯洗浄剤等 50円/回

2) 髭剃り（T字・電気シェーバー）使用料

i. T字髭剃り 50円/回

ii. 電気シェーバー 50円/回（ネット・替え刃等含む）

3) 日常消耗品（リンス、シャンプー、ボディソープ、洗顔石鹸、その他必要な消耗品・物品などを含む）は施設でご用意させて頂いているもの以外をご希望の場合は、別途実費負担となります。

⑦ 文書発行・手続代行等手数料

法令上、施設が義務化されているもの以外の各種文書発行、各種行政手続等代行手数料、又は領収証の再発行：1件1,000円

⑧ 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。複写料金：20円/枚

⑨ 行事参加費

実費負担となります。（施設外行事交通費・入場料等）

⑩ オムツ代

尿取りパット 100円
紙おむつ 150円
紙パンツ 150円

⑪ 衣服代

衣服については、各自で着替え等をご用意していただきます。
やむを得ない理由により貸服をご利用になる場合は実費負担となります。

⑫ その他

施設内で、実費利用に対する費用の立替えを行います。
(公衆電話・自動販売機・移動美容室等：実費)

⑬ 通常の事業実施地域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと事業実施地域内との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。
50円/km

☆ 経済状況の著しい変化その他やむ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1か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. ゆうちょ銀行(郵便局)による自動振替(毎月25日に引落し)
イ. 上記以外の金融機関による自動振替(毎月27日に引落し)
ウ. 下記指定口座への振り込み
常陽銀行 伊奈支店 普通預金 1193228

- ☆ ご契約者によるサービス料金の支払いが、2ヶ月以上遅延し相当期間定めた催告にもかかわらずお支払いがされなかった時、契約を解除させて頂く場合があります。
- ☆ 引落としの手続きにはお時間がかかる場合がございます。お手続き完了までは振込にてお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、日常生活支援総合事業第1号通所事業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ください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

- 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ご利用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。

5. 緊急時等の対応について

サービス提供時に利用者の病変等その他緊急事態が生じた場合、速やかに家族・主治の医師等に連絡するなどの措置を講ずるとともに、管理者へ報告をする。

6. 非常災害対策

事業所は非常災害に関する具体的な計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため定期的に避難誘導その他必要な訓練を行うものとする。訓練の実施については少なくとも年2回以上行うものとする。

7. 苦情処理について

提供したサービスに関するご利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、ご利用者又はご家族に対する説明、記録の整備その他必要措置を講ずるものとする。

(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。

○苦情受付窓口（担当者） 松丸 留美子

電話番号：0297-57-1223

○受付時間 毎週 月曜日～ 土曜日 9:00～18:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

つくばみらい市役所 介護福祉課	所在地 :つくばみらい市福田195 電話番号：0297-58-2111
国民健康保険団体連合会	所在地 :水戸市笠原町978番地26 電話番号：029-301-1565
茨城県社会福祉協議会	所在地 :水戸市千波町1918番地 電話番号：029-241-1133

8. 個人情報の保護について

- ご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」等を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。
- ご利用者の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者又はその代理人の了承を得るものとする。

9. 虐待防止に関する事項について

- ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、従業者に対する研修の実施、ご利用者及びご家族からの苦情処理体制の整備等の必要な措置を講ずるものとする。
- サービス提供中に、当該事業所従業者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、速やかに市町村に通報するものとする。

10. 介護サービス情報の公表

介護保険は「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を基本理念としております。介護サービス情報の公表は、こうした介護保険の基本理念を現実のサービス利用場面において実現することを支援するしくみです。

- ・ 地域にあるすべての事業所について、同じ項目を比較・検討できます。
- ・ 公表される情報はすべて、いつでも誰でも自由に入手することができます。
- ・ 家族をはじめ、介護支援専門員や介護相談員などと同じ情報を共有でき、サービス利用における相談がしやすくなります。
- ・ 事業所が公表している情報と、実際のサービス利用場面で行なわれる事実比較できるので、利用しているサービスの状況がいつでも確認できます。
- ・ 中立性・公平性、調査の均質性を確保するため、都道府県（またはその指定機関等）が実施主体となります。
- ・ 情報公表アクセス先

<http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=08>

11. サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

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		

年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター いなの里

説明者氏名 ㊞

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、介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者住所

氏 名 ㊞

ご契約者住所

氏 名 ㊞

※この重要事項説明書は、厚生労働省令の規程に基づき利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。
--