

# 「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。  
(茨城県指定 第0874000102号)

当事業所はご利用者に対して指定通所介護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。要介護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

## 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 利子
- (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 指定通所介護事業所・平成12年6月30日指定  
(令和2年7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 指定通所介護事業所は、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、通所介護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～土曜日・祝日	休日	日曜日・1月1日～3日
営業時間	8:00 ～ 18:00		
サービス提供時間	月～土曜日・祝日 9:00 ～ 16:00		

- (11) 利用定員 50 名

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定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	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1名
2. 介護職員	9名以上
3. 生活相談員	2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<br>(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摂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。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

#### 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

- ・通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の支援等を行います。

〈介護サービス利用料金（1回あたり）〉

下記の料金表によって、ご利用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）をお支払ください。

【サービス提供時間 3時間以上4時間未満】

1割負担

ご利用者要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型	370円	423円	479円	533円	588円
大規模型（Ⅰ）	358円	409円	462円	513円	568円
大規模型（Ⅱ）	345円	395円	446円	495円	549円

【サービス提供時間 4時間以上5時間未満】

ご利用者要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型	388円	444円	502円	560円	617円
大規模型（Ⅰ）	376円	430円	486円	541円	597円
大規模型（Ⅱ）	362円	414円	468円	521円	575円

【サービス提供時間 5時間以上6時間未満】

ご利用者要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型	570円	673円	777円	880円	984円
大規模型（Ⅰ）	544円	643円	743円	840円	940円
大規模型（Ⅱ）	525円	620円	715円	812円	907円

【サービス提供時間 6時間以上7時間未満】

ご利用者要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型	584円	689円	796円	901円	1,008円
大規模型（Ⅰ）	564円	667円	770円	871円	974円
大規模型（Ⅱ）	543円	641円	740円	839円	939円

【サービス提供時間 7時間以上8時間未満】

ご利用者要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型	658円	777円	900円	1,023円	1,148円
大規模型 (I)	629円	744円	861円	980円	1,097円
大規模型 (II)	607円	716円	830円	946円	1,059円

【サービス提供時間 8時間以上9時間未満】

ご利用者要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通常規模型	669円	791円	915円	1,041円	1,168円
大規模型 (I)	647円	765円	885円	1,007円	1,127円
大規模型 (II)	623円	737円	852円	970円	1,086円

※2割・3割負担の料金については別紙をご参照ください

前年度の1月当たりの平均利用延人員数によって報酬区分が変わります。

- 300人を超え750人以内の場合・・・通常規模型事業所
- 750人を超え900人以内の場合・・・大規模型事業所 (I)
- 900人を超える場合・・・大規模型事業所 (II)

※ご利用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、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)

☆ 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。

☆ 前頁介護保険一部負担額に含まれていない加算・減算(条件に当てはまった際に算定します。)

加算名	単位数	概要
時間延長サービス加算	50円	9時間以上10時間未満
	100円	10時間以上11時間未満
	150円	11時間以上12時間未満
	200円	12時間以上13時間未満
	250円	13時間以上14時間未満
入浴介助加算	(I) 40円/日	① 入浴介助を適切に行う事ができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う場合。 ② 入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行っている場合。
	(II) 55円/日	① 入浴介助を適切に行う事ができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う場合。

		<p>② 医師等がご利用者の居宅を訪問し、浴室の環境等を評価した結果、ご利用者自身又はご家族の介助により入浴を行う事が難しい環境にある場合、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の環境整備に係る助言を行っている場合。</p> <p>③ 機能訓練指導員等が共同して、ご利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、身体の状態や居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、当該計画に基づき、ご利用者の居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行っている場合。</p> <p>④ 介護職員が訪問し、医師等の指示のもと情報通信機器等を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合。</p>
個別機能訓練加算	(I) イ 56円/日	<p>① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置している場合。</p> <p>② 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、ご利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合。</p> <p>③ 個別機能訓練計画作成にあたっては、ご利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を柔軟に設定し、その実施にあたっては、5人程度以下の小集団又は個別で行っている場合。</p> <p>④ 機能訓練指導員等がご利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上ご利用者の居宅を訪問の上、機能訓練の内容と計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直しを行っている場合。</p>
	(I) ロ 76円/日	(I) イの要件に加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置(配置時間の定めなし)している場合。
	(II) 20円/月	個別機能訓練加算(I)に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合。
栄養アセスメント加算	50円/月 口腔・栄養スクリーニング加算(I)及び栄養改善加算	<p>① 管理栄養士を1名以上配置している場合。</p> <p>② ご利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、ご利用者またはご家族に対して結果を</p>

	を算定している場合は算定不可	説明し、必要に応じて相談等に対応している場合。 ③ ご利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理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。
栄養改善加算	200円/回 月2回まで	① 管理栄養士を1名以上配置している場合。 ② 低栄養状態等のご利用者に対して、計画を作成し改善に向けてサービスを行なうとともに、栄養状態を定期的に記録している場合。 ③ ご利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価している場合。 ④ 必要に応じ居宅を訪問している場合。
口腔機能向上加算	(Ⅰ) 150円/回 3月以内 月2回まで	① 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置している場合。 ② ご利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士等が共同して、個別の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、計画の進捗状況を定期的に記録している場合。
	(Ⅱ) 160円/回 3月以内 月2回まで	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。
中重度者ケア体制加算	45円/日	① 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2名以上確保している場合。 ② 前年度又は算定日が属する月の前3月間のご利用者の総数のうち、要介護3以上のご利用者の占める割合が30%以上の場合。 ③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上確保している場合。
認知症加算	60円/日	① 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2名以上確保している場合。 ② 前年度又は算定日が属する月の前3月間のご利用者の総数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上のご利用者の占める割合が15%以上の場合。 ③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護指導研修、認知症介

		<p>護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等を終了した者及び専門性の高い看護師を1名以上確保している場合。</p> <p>④ 従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催している場合。</p>
若年性認知症利用者受入加算	60円/日	<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>※認知症加算を算定している場合は、算定しない。</p>
生活機能向上連携加算	(I) 100円/月 3月に1回を限度	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。
	(II) 200円/月 個別機能訓練加算を算定している場合は100円/月	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。
ADL維持等加算	(I) 30円/月	<p>評価対象利用期間が6月を超えるご利用者について、以下の要件を満たした場合</p> <p>① 総数が10名以上である場合。</p> <p>② 全員について、利用開始月と当該月の翌月から起算して6月目において、Barthel Index (ADLの評価にあたり、10項目を100点満点として評価するもの)を適切に評価できる者がADL値を測定し、測定日の属する月ごとに厚生労働省へ提出している場合。</p> <p>③ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始時に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、上位及び下位それぞれ1割の方を除いたご利用者の調整済ADL利得の平均が1以上である場合。</p>
	(II) 60円/月	ADL維持等加算(I)の①②の要件を満たし、③については、平均が3以上である場合。
口腔・栄養スクリーニング加算	(I) 20円/回 6月に1回を限度	ご利用者に対し、利用開始時及び利用中6か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。
	(II) 5円/回 6月に1回を限度	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。

送迎減算	▲ 47円/片道	ご利用者に対して、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。
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数から ▲ 1%	虐待の発生又は再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合。 ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること。 ② 虐待防止のための指針を整備すること。 ③ 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施すること。 ④ 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
業務継続計画未実施減算	所定単位数から ▲ 1%	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定していない場合。
サービス提供体制強化加算	(I) 22円/回	以下のいずれかに該当する場合 ① 介護福祉士が70%以上配置されている場合。 ② 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。
	(II) 18円/回	介護福祉士が50%以上配置されている場合。
	(III) 6円/回	以下のいずれかに該当する場合 ① 介護福祉士が40%以上配置されている場合。 ② 勤続年数7年以上の者が30%以上配置されている場合。
科学的介護推進体制加算	40円/月	① 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、厚生労働省に少なくとも3月に1回提出している場合。 ② 必要に応じてサービス計画を見直すなど、上記の情報その他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。
介護職員等処遇改善加算	(I) ロ 所定単位数× 12% (小数点以下 四捨五入) 右記の要件を満たした場合算定。	① 月給による賃金改善を実施していること。 ② 旧ベースアップ等加算相当の賃金改善を実施していること。 ③ 任用要件・賃金体系の整備を行っていること。 ④ 継続的に研修を実施していること。 ⑤ 昇給の仕組みの整備を行っていること。 ⑥ 改善後の年額賃金について一定の基準を満たしていること。

		<p>⑦ 職場環境について、以下のいずれか2つ以上の取り組みを行っていること。</p> <p>a.入職促進に向けた取り組み</p> <p>b.資質の向上やキャリアアップに向けた支援</p> <p>c.両立支援・多様な働き方の推進</p> <p>d.腰痛を含む心身の健康管理</p> <p>e.生産性向上のための業務改善の取り組み</p> <p>f.やりがい・働きがいの醸成</p> <p>⑧ 協働化に取り組んでいること。</p>
--	--	--

☆ 施設の地域区分が7級地となり、一部負担額へ10.14円を乗じたうちの1割若しくは2割又は3割が自己負担額となります。(1円未満切捨て)

## (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 180円/回
  - ii. 入れ歯洗浄剤等 30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 理髪代

理髪店等の出張による理髪サービス（移動美容室：実費）

⑧ 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

⑨ 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

⑩ 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）

⑪ オムツ代

尿取りパット 100円

紙おむつ 150円

紙パンツ 150円

⑫ 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。

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、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。
- 事業所からの申し出により利用を中止する場合  
契約者またはその親族が、5. 禁止行為に違反する行為をした場合。  
その他、契約上の違反が生じ、事業者と利用者との間の信頼関係が保てなくなった場合。

## 5. 禁止行為

利用者及びご家族ら関係者の次の各号に該当する行為を禁止し、同行為があった場合には、警察・弁護士等に連絡のうえ、契約の解除を含む適切な対処をなします。

1. 従業者又は他の利用者に対する、プライバシー侵害・ハラスメント・誹謗中傷その他の迷惑行為
2. 従業者及び他の利用者に対する暴力・威迫・威嚇行為、強要等の身体的暴力や、暴言・侮辱、人格を否定する発言、脅迫的発言、差別的言動を含む精神的暴力
3. 従業者らの勤務時間外や公休日での連絡の強要、事業所以外の場所への呼び出し、担当の強要・合理的理由なき拒絶
4. 介護保険上に定められたサービス種類以外の支援など特別対応の要求、実現不可能な要求、金品の要求、その他内容もしくは態様が社会通念上相当程度を超える要求
5. 合理的理由のない謝罪や処罰の要求、同じ要望やクレームの過剰な繰り返し等による長時間の拘束行為、執拗な問い合わせといった過大な要求
6. 従業者又は他の利用者に対し、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
7. その他、社会通念上相当な範囲を超える行為

## 6. 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。

## 7. 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。

## 8. 苦情処理について

提供した通所介護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

## 9. 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。

## 10. 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。

## 1 1. 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、サービス利用の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>

## 1 2. 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

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、指定通所介護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。

