

## 重要事項説明書

### 通所介護・日常生活支援総合事業第1号通所事業 (介護予防通所介護相当サービス及び通所型サービスA)

社会福祉法人東益津福祉会(以下「事業者」と言う。)が運営する高麓ケアセンター(以下「事業所」と言う。)があなたに提供する通所介護・日常生活支援総合事業第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス及び通所型サービスA)(以下「介護保険サービス」と言う)の重要事項について次のとおり説明します。

#### 1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 東益津福祉会	
事業者の所在地	焼津市坂本 385 番地の 1	
電話番号	054-628-0070	
代表者職	理事長	
代表氏名	村松 幹子	
事業所の名称	高麓ケアセンター	
事業所の所在地	焼津市坂本 385 番地の 1	
電話番号	054-668-9910	
介護保険事業所番号	2275100044	
指定年月日	介護保険事業	平成 12 年 2 月 1 日
	日常生活支援総合事業第 1 号通所事業	平成 29 年 4 月 1 日
交通の便	JR 焼津駅下車、静鉄バス朝比奈線坂本バス停 下車徒歩 2 分 東名焼津 I.C から 1.5km	
通常の事業の実施地域	通所介護・介護予防通所介護	焼津市 藤枝市
	日常生活支援総合事業第 1 号通所事業	焼津市

#### 2 事業所の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制	
			常 勤	非 常 勤
管理者	介護福祉士 (相談員・介護職員兼務)	1 人	1 人	0 人
生活相談員	介護福祉士 (介護職員兼務)	4 人	4 人	0 人
機能訓練指導員	柔道整復士	3 人	2 人	0 人
	看護師 (看護職員兼務)		0 人	1 人
看護職員	看護師	4 人	0 人	4 人
介護職員	介護福祉士	14 人	1 人	6 人
	介護職員初任者研修		0 人	4 人
			1 人	2 人

(令和元年 10 月 1 日現在)

### 3 事業所の定員

通所介護・介護予防通所介護・介護予防通所介護相当サービス	65名(1単位)
通所型サービスA	15名(1単位)

### 4 サービスの営業日及び提供時間

通所介護・介護予防通所介護相当サービス

サービス提供時間	9:25~16:25
営業日	月曜日～土曜日（ただし12月30日～1月3日を除く）

通所型サービスA

サービス提供時間	9:25~16:25
営業日	日曜日（ただし12月30日～1月3日を除く）

### 5 運営の方針

利用者の心身の状況を踏まえて、個人の尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活上必要な援助及び適切な機能訓練を行います。

### 6 利用料金

#### (1) 介護保険サービスの利用料

介護保険サービスの利用に際し、下記の単位数に10.14円を乗じた金額の1割から3割（介護保険負担割合証に記載された割合）が自己負担となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分の介護保険サービスについては全額自己負担となります。

<通所介護>

(単位:単位数)

区分	7時間以上8時間未満	1日あたり
要介護1		598
要介護2		706
要介護3		818
要介護4		931
要介護5		1,043

加算(次の要件に合致した場合加算します)

サービス提供体制強化加算(I)イ	事業所の介護職員の内、介護福祉士の割合が50%以上の場合。	18/日
サービス提供体制強化加算(I)ロ	事業所の介護職員の内、介護福祉士の割合が40%以上の場合。	12/日
サービス提供体制強化加算(II)	事業所の直接サービスを提供する職員の内、勤続年数3年以上の職員の割合が30%以上の場合。	6/日
個別機能訓練加算(I)	以下の要件を満たした場合。 (1) サービスの提供時間帯を通じて、常勤の機能訓練指導員を配置する。 (2) 個別機能訓練計画の作成及び実施において利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、心身の状況に応じた機能訓練を実施。	46/日

	(3) 機能訓練指導員、介護職員等が利用者の居宅を訪問した上で共同して、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実施。	
個別機能訓練加算(II)	以下の要件を満たした場合。 (1) 機能訓練指導員を配置し、機能訓練指導員、介護職員等が利用者の居宅を訪問した上で共同して、利用者の生活機能向上に資するよう個別機能訓練計画を作成する。 (2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を実施。	56/日
生活機能向上連携加算	通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して機能訓練マネジメントをした場合。	200/月 (個別機能訓練加算を算定している場合は100/月)
ADL維持等加算(I)(II)	一定期間内に当該事業所を利用した者のうちADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合。	3/月 ADL維持等加算(I) 6/月 ADL維持等加算(II)
中重度者ケア体制加算	職員を通常より多く配置する等、中重度の利用者を受け入れる体制を構築し、要介護3~5の利用者の割合が30%以上の場合。	45/日
認知症加算	以下の要件を満たした場合。 (1) 職員を通常より多く配置し、かつ認知症介護に係る専門的な研修修了者を配置。 (2) 認知症の利用者の割合が20%以上。 (3) 認知症に対する専門的なケアを実施。	60/日
栄養改善加算	低栄養状態にある利用者、またはそのおそれのある利用者へ栄養食事相談等の栄養管理を実施した場合。	150/回 (月2回まで)
栄養スクリーニング加算	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに栄養状態について確認し、介護支援専門員等と情報を共有した場合。	5/回 (6ヶ月に1回まで)
口腔機能向上加算	口腔機能が低下している利用者、またはそのおそれのある利用者へ、口腔清掃の指導、または、摂食、嚥下機能の訓練等を実施した場合。	150/回 (月2回まで)
入浴加算	入浴サービスを利用した場合。	50/日
介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る介護職員の賃金改善等の計画を策定し、計画に基づき賃金改善等を実施した場合。	合計単位数の5.9%

特定処遇改善加算 (I)	介護職員処遇改善加算 (I) ~ (III) までを取得し、職場環境等要件に関し複数の取組を行っており、それに基づく取組についてホームページへの掲載を通じた見える化を行っている場合。	合計単位数 の 1.2%
-----------------	---	-----------------

<介護予防通所介護相当サービス>

(単位:単位数)

区分		1月あたり	
要支援 1・事業対象者		1,655	
要支援 2・事業対象者		3,393	
加算(次の要件に合致した場合加算します。)			
サービス提供体制強化加算(I)イ	介護職員の内、介護福祉士の割合が 50%以上の場合。	要支援 1	72/月
		要支援 2	144/月
サービス提供体制強化加算(I)ロ	介護職員の内、介護福祉士の割合が 40%以上の場合。	要支援 1	48/月
		要支援 2	96/月
サービス提供体制強化加算(II)	職員の内、勤続年数 3 年以上の職員の割合が 30%以上の場合。	要支援 1	24/月
		要支援 2	48/月
生活機能向上グループ活動加算	介護予防通所介護計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の活動サービスの項目を準備し、1 週につき 1 回以上、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスを実施した場合。	100/月	
運動器機能向上加算 (選択的サービス)	機能訓練指導員、介護職員等が共同して利用者の運動器の機能向上に係る計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合。	225/月	
栄養改善加算 (選択的サービス)	低栄養状態にある利用者、またはそのおそれのある利用者へ栄養食事相談等の栄養管理を実施した場合。	150/月	
口腔機能向上加算 (選択的サービス)	口腔機能が低下している利用者、またはそのおそれのある利用者へ、口腔清掃の指導、または、摂食、嚥下機能の訓練等を実施した場合。	150/月	
選択的サービス複数実施加算(I)	選択的サービスを複数実施した場合。	480/月	
選択的サービス複数実施加算(II)	選択的サービスを全て実施した場合。	700/月	
事業所評価加算	事業所評価により要支援状態の維持改善の割合が一定以上と評価された場合の次年度	120/月	
介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る介護職員の賃金改善等の計画を策定し、計画に基づき賃金改善等を実施した場合。	合計単位数 の 5.9%	
特定処遇改善加算 (I)	介護職員処遇改善加算 (I) ~ (III) までを取得し、職場環境等要件に関し複数の取組を行っており、それに基づく取組についてホームページへの掲載を通じた見える化を行っている場合。	合計単位数 の 1.2%	

※1月あたりのサービス利用回数は介護予防通所介護計画に定めた通りとします。

※月途中からのご利用、または利用中止であっても日割り計算は行いません。ただ

し以下の場合は日割り計算となります。

- ①介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を利用した場合。
- ②月途中で要介護区分が要介護から要支援に変更となった場合、要支援から要介護に変更となった場合、また、月途中で要支援区分が変更となった場合。
- ③同一保険者内での転居等により事業所を変更した場合。

<通所型サービスA>

(単位:単位数)

区分	1月あたり
週1回利用 (事業対象者及び要支援1相当対象者)	1,300
週2回利用 (事業対象者及び要支援2相当対象者)	2,600
加算(次の要件に合致した場合加算します。)	1月あたり
運動器機能向上加算 (選択的サービス) 機能訓練指導員、介護職員等が共同して利用者の運動器の機能向上に係る計画を作成し、適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合。	225

※月途中からのご利用、または利用中止であっても日割り計算は行いません。ただし以下の場合は日割り計算となります。

- ①介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を利用した場合。
- ②月途中で要介護区分が要介護から要支援に変更となった場合、要支援から要介護に変更となった場合、また、月途中で要支援区分が変更となった場合。
- ③同一保険者内での転居等により事業所を変更した場合。

(2) その他の費用

- ア 食費として 620 円を負担していただきます。
- イ 製作活動材料等にかかる費用として 1 回につき 20 円を負担していただきます。
- ウ パソコン教室にかかる費用として 1 回につき 120 円を負担していただきます。
- エ 事業所の通常の業務の実施地域以外の地域に居住する場合は送迎に要する費用として 10km 越す 1km 毎 200 円を負担していただきます。
- オ その他あなた自身でお使いになる特定日用品にかかる費用を負担していただきます。

(3) 料金の支払い方法

あなたが事業所に支払う料金の支払方法については、月毎の精算とします。支払い方法は口座自動引き落としでお願いします。毎月 18 日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので 24 日までに通帳にご入金下さい。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ア あなたが居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所にご相談下さい。
- イ この説明書によりあなたからの同意を得た後、事業所が通所介護計画又は介護予防通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。通所型サービスAは介護予防支援事業所が作成する「介護予防サービス・支援計画」に基づいてサービスを提供します。

## (2) サービスの終了

### ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書で申し出て下さい。

### イ 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の15日前までに、文書によりあなたに通知します。

### ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ① あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ② あなたが特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合。
- ③ 事業対象者でない利用者の要介護状態区分が自立となった場合。
- ④ あなたが亡くなったとき。

### エ その他

- ① 事業所が正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、事業所が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ② あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払いの催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが事業所に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

## 8 サービスの内容

事業所があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

送迎	身体的事情等から必要な方にリフト付き送迎車で送迎を行います。
機能訓練	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又はその減退を防止するための訓練を行います。
入浴	入浴または清拭を行います。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。(通所型サービスAは除きます)
食事	管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに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。
生活相談	相談、苦情等窓口を設け随時対応します。
その他	

(1) サービスの提供は懇切丁寧におこない、サービスの提供方法について、あなたに分かりやすいように説明します。

(2) サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特にあなたの身体に接触する設備、器具については、サービス毎に消毒したものを使用します。

## 9 サービス利用にあたっての留意事項

### (1) サービスの中止・変更

体調不良の場合はご自宅で休養をお取り下さい。サービス利用中止の場合は前日

又は当日、午前8時00分までにご連絡下さい。また以下の場合には利用者又は家族に連絡の上、サービスを中止又は変更する場合がございます。

- 7. 利用者及び同居される家族が感染症(感染性胃腸炎、インフルエンザ等)を発症した場合には、症状が治まり医師の許可が得るまでは利用を中止させていただく場合があります。
- 8. 体調が悪くサービスを継続することが困難な時。
- 9. 天候不順(降雪・台風等)または災害等によりサービスの実施、継続が困難な時。

(2) 緊急連絡先の変更について

緊急連絡先の変更があった場合は随時ご連絡下さい。また外出等で一時的に緊急連絡先が変更となる場合も当日送迎職員にお知らせ下さい。

(3) 金銭・貴重品の持ち込み

人の出入りの多い場所です。多額の金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。

10 緊急時の対応方法

ご利用中に容態の変化等があった場合は、容態により救急車の手配を行なうほか、事前の打ち合わせにより、緊急連絡先、主治医、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所へ連絡いたします。

11 福祉サービス第三者評価事業について

第三者評価の実施なし

12 苦情処理

あなたは、事業所の介護保険サービスの提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、事業所に苦情を申し立てたことにより、何ら差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 吉田靖基 電話番号 054-628-0070

この他、市町や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

焼津市	担当窓口	焼津市 健康福祉部 介護保険課 保険給付担当
	電話番号	054-626-1159
藤枝市	担当窓口	藤枝市 地域包括ケア推進室
	電話番号	054-643-3225
国民健康保険団体連合会	担当窓口	介護保険課 苦情相談窓口
	電話番号	054-253-5590

令和 年 月 日

介護保険サービスの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

<事業所> 所在地 焼津市坂本 385 番地の 1  
名 称 高麓デイサービスセンター  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

この説明書により、介護保険サービスに関する重要事項の説明を受けました。

<利用者> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<上記代理人> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<身元引受人(保証人)> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印