

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。)が運営する高麓デイサービスセンター(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	高麓デイサービスセンター	
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	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 藤枝市

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	1 人	1 人	0 人
生活相談員	介護福祉士 (介護職員兼務)	1 人 以上	5 人	0 人
機能訓練指導員	作業療法士	2 人 以上	2 人	0 人
	看護師 (看護職員兼務)		0 人	3 人
看護職員	看護師	1 人以上	0 人	3 人
介護職員	介護福祉士	11 人 以上	6 人	7 人
	介護職員初任者研修		0 人	0 人
			1 人	2 人

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

3 事業所の定員

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		607
要介護2		716
要介護3		830
要介護4		946
要介護5		1,059
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)	事業所の介護職員の内、介護福祉士の割合が70%以上、または勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合。	22/日
サービス提供体制強化加算(II)	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(III)	事業所の介護職員の内、勤続年数7年以上の職員が30%以上または介護福祉士の割合が40%以上の場合。	6/日
個別機能訓練加算(I)イ	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、利用者の身体機能及び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、利用者の身体機能及び生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を複数種類準備し、心身の状況に応じた機能訓練を実施する。	56/日

個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	個別機能訓練加算(Ⅰ)イの要件に加えサービス提供時間を通じて専従の機能訓練指導員を1名以上配置する。	76/日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	個別機能訓練計画などの情報を厚生労働省に提出し評価を受けた場合。	20/月
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)	利用者総数が10人以上おり利用開始月と6月目にADL値を測定し厚生労働省に提出している場合。(ADL利得平均1以上)	30/月
ADL維持等加算(Ⅱ)	利用者総数が10人以上おり利用開始月と6月目にADL値を測定し厚生労働省に提出している場合。(ADL利得平均2以上)	60/月
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。	200/回 (月2回まで)
口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認し介護支援専門員と情報共有した場合。	20/回 (6月に1回限度)
口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	利用者が栄養加算や口腔機能向上加算を算定している場合、口腔の健康状態、もしくは栄養状態のいずれかを介護支援専門員と情報共有した場合。	5/回 (6月に1回限度)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	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)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	(Ⅰ)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必要な情報を活用した場合。	160/回(3月以内・月2回まで)
入浴介助加算(Ⅰ)	入浴サービスを利用した場合。	40/日
入浴介助加算(Ⅱ)	利用者の身体状況や利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成しそれに基づき入浴介助を行った場合。	55/日
科学的介護推進体制加算	利用者のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況や心身の状況等を厚生労働省に提出していること。	40/月

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	Ⅱ～Ⅳの要件に加えて、経験技能のある介護職員を一定割合以上配置すること	合計単位数の9.2%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	Ⅲ、Ⅳの要件に加えて、改善後一定年額以上の職員がいること、職場環境の改善を行うこと	合計単位数の9.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	Ⅳの要件に加えて、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備を行うこと	合計単位数の8.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	加算で得た収益の1/2以上を月額賃金で配分し、職場環境の整備、研修の実施を行うこと	合計単位数の6.4%

〈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	1,798
要支援2	3,621

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)	事業所の介護職員の内、介護福祉士の割合が70%以上、または勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合。	要支援1	88/月
		要支援2	176/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	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。	要支援1	72/月
		要支援2	144/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業所の介護職員の内、介護福祉士の割合が40%以上で勤続年数7年以上の職員が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
口腔機能向上加算(Ⅰ)(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
口腔機能向上加算(Ⅱ)(選択的サービス)	(Ⅰ)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必要な情報を活用した場合。		160/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。		200/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
一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施し、サービスを受けた日において、利用者に対しいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設け、栄養改善加算、口腔機能向上		480/月

	加算を算定していない場合。	
科学的介護推進体制加算	利用者の ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況や心身の状態等を厚生労働省に提出していること。	40/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	Ⅱ～Ⅳの要件に加えて、経験技能のある介護職員を一定割合以上配置すること	合計単位数の 9.2%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	Ⅲ、Ⅳの要件に加えて、改善後一定年額以上の職員がいること、職場環境の改善を行うこと	合計単位数の 9.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	Ⅳの要件に加えて、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備を行うこと	合計単位数の 8.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	加算で得た収益の 1/2 以上を月額賃金で配分し、職場環境の整備、研修の実施を行うこと	合計単位数の 6.4%

※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。
- ④月途中で契約開始・契約解除し、当月利用があった場合

〈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, 438
週 2 回利用 (事業対象者及び要支援 2 相当対象者)	2, 897
減算(次の要件に合致した場合減算します。)	
送迎を行わない場合	片道につき 47

※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。
- ④月途中で契約開始・契約解除し、当月利用があった場合

(2) その他の費用

- ア 食費として 690 円を負担していただきます。
- イ 利用者の希望により提供する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。
- ウ 利用者の希望により提供する製作活動材料等にかかる費用として実費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通常の事業の実施地域を超えた地点から 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紙パンツ 1 つ 100 円、パット 1 つ 50 円ほか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 日頃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、26 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 事業者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 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 事業者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、事業者が破産した場合、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 あなたが正当な理由なくサービスの利用料金を 3 ヶ月以上滞納した場合には 2 週間以内の期間を定めて、期間満了までに利用料金を支払わなかった場合や、あなたが事業者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

事業者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。

- ア. 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でるまでは利用を中止させていただく場合があります。
- イ. 体調が悪くサービスを継続することが困難な時。
- ウ. 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) ハラスメント等

利用者及び代理人並びに家族等が事業者や事業所の職員に対して禁止行為を繰り返す等、契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、事業者は文書で契約を通知することにより、即座にサービスを終了することができます。

*サービス利用にあたっての禁止行為

- ア 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- イ セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為
- ウ サービス利用中に利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること。

(3) 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。

(4) 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 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合には、利用者の家族、担当の介護支援専門員、市町村への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12 感染症の予防、発生時の対応

事業者は感染症が発生し、又はまん延しないように、委員会を設置、指針の整備、事業継続計画の策定、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

13 非常災害対策

事業者は非常災害に関する具体的な防災計画及び事業継続計画を立てておくとともに定期的に必要な訓練を実施します。

14 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

15 苦情処理

あなたは、事業者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 長田伯志 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
	電話番号	054-626-1159
藤枝市	担当窓口	藤枝市 地域包括ケア推進課
	電話番号	054-643-3225
静岡県国民健康保険 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、介護保険サービス重要事項の説明を受け同意しました。

<利用者> 住 所 _____
氏 名 _____ 印

<身元引受人(保証人)> 住 所 _____
氏 名 _____ 印

<上記代理人> 住 所 _____
氏 名 _____ 印