

指定通所介護

指定介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業

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0873801021号)

当事業所はご利用者に対して指定通所介護、指定介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業のサービスを提供します。本書は事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいを説明したものです。

※当サービスの利用は、原則として要介護・要支援認定の結果「要介護・要支援」と認定された方が対象となります。要介護・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。

社会福祉法人 青洲会
デイサービスセンター 阿見こなん

(指定介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業)
〒300-0312
茨城県稲敷郡阿見町南平台1丁目33番10号
TEL 029-879-8588
FAX 029-887-8770

2024年8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 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22年7月1日指定
指定介護予防
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 0873801021号
※当事業所は特別養護老人ホーム 阿見こなんに併設されています。
- (2) 事業所の目的 指定通所介護、指定介護予防・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、通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業第一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 阿見こなん
- (4) 事業所の所在地 茨城県稲敷郡阿見町南平台1丁目33番10号
- (5) 電話番号 029-879-8588
- (6) ホームページ <http://www.amikonan.jp/>
- (6) 事業所長（管理者） 山本 有一
- (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22年7月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 阿見町・美浦村・土浦市・牛久市・龍ヶ崎市・稲敷市・つくば市・かすみがうら市
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日	休日	日曜日・1月1日
サービス提供時間	9:30	～ 16:30	

- (11) 利用定員 月曜日～土曜日 27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・指定介護予防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	4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下記の場合があります。

- | |
|--|
| (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 |
|--|

(1) 介護保険の給付の対象になるサービス

〈サービスの概要〉

- ① 食事（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。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、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・介護予防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）》

下記の単位表によって、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。詳細は別紙「料金表」をご覧ください。

※下記に該当する方は、介護保険の自己負担が2割負担となります。

『本人の合計所得金額が160万円以上、且つ同一世帯の第1号被保険者の年金収入＋その他合計所得金額が単身280万円・夫婦346万円 以上の方』

※下記に該当する方は、介護保険の自己負担が3割負担となります。

『本人（65歳以上）の合計所得金額が220万円以上、同一世帯の第1号被保険者の年金収入＋その他合計所得金額が単身340万円・夫婦463万円 以上の方』

通常規模型通所介護

サービス提供時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上 8時間未満	658単位	777単位	900単位	1,023単位	1,148単位
8時間以上 9時間未満	669単位	791単位	915単位	1,041単位	1,168単位

※1単位は、10.14円です。

※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一旦お支払いただきます。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。

※送迎時に実施した居宅内介護等（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドの移乗、施錠等）をサービス提供時間に含める場合があります。

☆ 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。

☆ 時間延長サービス加算

9時間以上10時間未満	50単位
10時間以上11時間未満	100単位
11時間以上12時間未満	150単位
12時間以上13時間未満	200単位
13時間以上14時間未満	250単位

☆ 入浴加算（1）：40単位／日

入浴介助が適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助が行われていること。
入浴介助に係る職員に対し、入浴介助に係る研修等を行っていること。

☆ 入浴加算（2）：55単位／日

（1）に加え、医師等が利用者宅を訪問し、浴室の環境整備に係る評価・助言をし計画を作

成すること。その入浴計画に基づき、個浴又は利用者の居宅に近い環境で入浴介助を行うこと。

☆ 認知症加算：60単位／日

認知症状進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成した場合。

また、次のいずれにも該当する場合。

- 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、2以上確保している場合。
- ② 利用者総数のうち認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が15%以上である場合。
- ③ 認知症指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等を修了した者、又は認知症ケアに関する専門性の高い看護師を1以上確保している場合。
- ④ 当該事業所の従業員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に開催している場合。

☆ 中重度者ケア体制加算：45単位／日

社会性の維持を図り、在宅生活の継続に資するケアのプログラムを作成した場合。

また、次のいずれにも該当する場合。

- 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、2以上確保している場合。
- ② 利用者総数のうち要介護3以上の利用者の占める割合が30%以上である場合。
- ③ サービス提供時間内に看護職員を1以上配置している場合。

☆ 個別機能訓練加算（I）イ：56単位／日

次のいずれにも該当する場合。

- ① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又は按摩マッサージ指圧師を1名以上配置している場合。（一定の実務経験を有するはり師、きゅう師も含む）
- 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、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。
- ③ 個別機能訓練にあたっては、利用者の自立に支援と日常生活の充実に資する事を目的として複数の機能訓練の項目が設定され、その実施にあたっては、グループに分けて活動を行っている場合。
- ④ 機能訓練指導員等が居宅で訪問した上で個別機能訓練計画を策定、その後3ヶ月に1回以上訪問し利用者またはその家族に対し訓練の内容と進捗状況を説明し、訓練内容の見直しを行った場合。

☆ 個別機能訓練加算（I）ロ：76単位／日

次のいずれにも該当する場合。

- ① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又は按摩マッサージ指圧師を、1名以上配置している場合。（一定の実務経験を有するはり師、きゅう師も含む）
- ② 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成している場合。
- ③ 個別機能訓練計画に基づき、機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が利用者の心身の状

況に応じた機能訓練を適切に行っている場合。

- ④ 機能訓練指導員等が居宅で訪問した上で個別機能訓練計画を策定、その後3ヶ月に1回以上訪問し利用者またはその家族に対し訓練の内容と進捗状況を説明し、訓練内容の見直しを行った場合。

☆ 個別機能訓練加算（Ⅱ）：20単位／月

個別機能訓練加算（Ⅰ）に加えて機能訓練計画等の内容を厚生労働省へ提出している場合。

☆ 科学的介護推進体制加算：40単位／月

次のいずれにも該当する場合。

- ① 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出していること。
- ② 必要に応じて計画を見直すなど、サービスを適切かつ有効に提供するために、情報を活用していること。
- ③ LIFEへのデータ提出頻度について、他のLIFE関係加算と合わせ、少なくとも3ヶ月に1回行うこと。

☆ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）：100単位／月

理学療法士や医師からの助言を受けた上で、機能訓練指導員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すること。

☆ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）：200単位／月

通所介護事業者の職員と外部リハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをした場合。（個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月）

☆ ADL維持等加算（Ⅰ）：30単位／月

一定期間内に当該事業所を利用した者においてBarthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、厚生労働省に提出していること。

☆ ADL維持等加算（Ⅱ）：60単位／月

ADL維持等加算（Ⅰ）の要件を満たし、評価対象利用者の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上であること。

☆ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）：20単位／回（6月に1回を限度とする）

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に情報を文書で共有した場合。

☆ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）：5単位／回（6月に1回を限度とする）

利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、介護支援専門員に情報を文書で共有した場合。

☆ 口腔機能向上加算（Ⅰ）：150単位／回（3ヶ月以内の期間に限り月2回まで）

口腔機能の低下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った場合。

☆ 口腔機能向上加算（Ⅱ）：160単位／回（3ヶ月以内の期間に限り月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ていること。

☆ 栄養アセスメント加算：50単位／月

次のいずれにも該当する場合。

- ① 当該事業所の従業員として又は外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置していること。
- ② 利用者ごとに多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対して、その結果を説明し相談等に必要に応じ対応すること。
- ③ 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用していること。
- ☆ 栄養改善加算：200単位/回
次のいずれにも該当する場合。
 - ① 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
 - ② 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
 - ③ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
 - ④ 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こと。
- ☆ 若年性認知症利用者受入加算：60単位/日
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。
- ☆ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：22単位/回
介護福祉士を70%以上配置、又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上いる場合。
- ☆ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）ロ：18単位/回
介護福祉士が50%以上配置されている場合。
- ☆ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）：6単位/回
勤続7年以上の者が30%以上、又は介護福祉士が40%以上配置されている場合。
- ☆ 事業所が送迎を行わない場合：▲47単位/回
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。
- ☆ 業務継続計画未実施減算：所定単位数の1.0%減算
感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合。
- ☆ 高齢者虐待防止措置未実施減算：所定単位数の1.0%減算
虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合。
- ☆ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：所定単位数に9.2%を乗じた単位数
（Ⅱ）に加え、経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること。
- ☆ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）：所定単位数に9.0%を乗じた単位数
（Ⅲ）に加え、改善後の賃金年額440万円以上が1人以上、職場環境の更なる改善や見える化を実施していること。
- ☆ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）：所定単位数に8.0%を乗じた単位数
（Ⅳ）に加え、資格や勤続年数に応じた昇給の仕組みの整備をしていること。
- ☆ 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）：所定単位数に6.4%を乗じた単位数
（Ⅳ）の2分の1以上を月額賃金で配分、職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修の実施等を行っていること。

〈指定介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業サービス利用料金(1ヶ月当たり)〉

下記の料金表によって、ご利用者の要支援度又は事業対象者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
通所型サービス費		
1ヶ月の利用料(事業費利用者負担金分)	1,798単位	3,621単位
1回の利用料(事業費利用者負担金分)	436単位	447単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88単位/月	176単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	72単位/月	144単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	24単位/月	48単位/月
生活機能向上グループ活動加算	100単位/月	
若年性認知症利用者受入加算	240単位/月	
栄養アセスメント加算	50単位/月	
栄養改善加算	200単位/月	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150単位/月	
一体的サービス提供加算	480単位/月	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位/月	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位/月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位/月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5単位/月	
科学的介護推進体制加算	40単位/月	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に9,2%を乗じた単位数	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に9,0%を乗じた単位数	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数に8,0%を乗じた単位数	
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数に6,4%を乗じた単位数	

上記単位表の加算が、事業費利用者負担金分に加算される場合があります。

※各加算の要件に関してはP3~をご参照ください。

※1単位は、10.14円です。

※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単位

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。

①デイサービスセット（連絡ノート・連絡袋・名札等、初回時のみ）

300円（連絡ノート・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 550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 200円

※上記（②・③）以外の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手工芸・園芸等のクラブ活動費及び材料費

ご希望により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。

⑤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負担いただきます。

1) 口腔ケアにかかる用品費

i. 歯ブラシ 100円／本

2) 髭剃り使用料

i. T字髭剃り 50円／本

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希望の場合は、別途実費負担となります。

⑥理髪代

移動美容室による出張理髪サービス（実費負担）

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洗濯代

100円/回

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 ※各料金には、処分代を含みます

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通常の事業実施区域外への送迎

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以外との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

30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。その場合変更内容及び事由について、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 阿見支店 普通 1581395

社会福祉法人 青洲会 阿見こなん 施設長 山本 有一

☆現金でのお支払いは、取扱いしておりません。

☆口座振替手数料及び振込手数料は、ご契約者の負担と致します。

☆ご契約者の都合により指定振替日に収納できなかった場合、再振替は致しませんので、上記口座へ振込にてお支払い願います。

☆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。

(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・介護予防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。

○利用日の午前10時以降に利用中止の申し出をされた場合には、取消料として、下記の料金をお支払頂きます。

利用中止にかかる取消料

利用日の午前10時までに申し出があった場合	無 料
利用日の午前10時以降に申し出があった場合	750円 (食費相当額)

○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. 緊急時の対応

通所介護を実施中にご利用者の病変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医・ご家族に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告します。

6. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご利用者のご家族、市町村及び居宅介護支援事業者(担当介護支援員)等へ連絡するとともに必要な措置を講じます。また、事故発生の原因究明と予防の検討を行い、再発防止に努めます。なお、ご利用者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

7. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、取るべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

8. 個人情報の保護

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」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。

当事業所が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

9. 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。また、サービス提供中に、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

には、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

10. その他運営に関する留意事項

- (1) 当事業所は、従業者の資質向上のために研修の機会を設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備します。
- (2) 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (3) 当事業所は従業者が在職中のみならず退職後においても、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じるものとします。
- (4) 当事業所は、介護記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存するものとします。

11. 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.kaigokensaku.jp/>

12. 苦情の受付について

(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） 伊澤 圭子

電話番号：029-879-8588

○受付時間 随時受付

(2) 行政機関その他苦情受付機関

茨城県社会福祉協議会	所在地 : 水戸市千波町1918 電話番号 : 029(241)1133
------------	---

国民健康保険団体連合会	所在地 : 水戸市笠原町978-26 電話番号 : 029(301)1565
阿見町役場 保健福祉部高齢福祉課	所在地 : 阿見町中央1-1-1 電話番号 : 029(888)1111 受付時間 : 平日 8:30~17:15
美浦村役場 保健福祉部福祉介護課	所在地 : 美浦村大字受領1515 電話番号 : 029(885)0340 受付時間 : 平日 8:30~17:15
土浦市役所 保健福祉部高齢福祉課	所在地 : 土浦市大和町9-1 電話番号 : 029(826)1111 受付時間 : 平日 8:30~17:15
牛久市役所 保健福祉部高齢福祉課	所在地 : 牛久市中央3-15-1 電話番号 : 029(873)2111 受付時間 : 平日 8:30~17:15
龍ヶ崎市役所 福祉部福祉総務課	所在地 : 龍ヶ崎市3710 電話番号 : 0297(64)1111 受付時間 : 平日 8:30~17:15
稲敷市役所 保健福祉部高齢福祉課	所在地 : 稲敷市犬塚1570-1 電話番号 : 029(892)2000 受付時間 : 平日 8:30~17:15
つくば市役所 福祉部高齢福祉課	所在地 : つくば市研究学園1-1-1 電話番号 : 029(883)1111 受付時間 : 平日 8:45~16:30
かすみがうら市役所 保健福祉部介護長寿課	所在地 : かすみがうら市上土田461 電話番号 : 0299(59)2111 受付時間 : 平日 8:30~17:15

13. 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		

令和 年 月 日

指定通所介護及び指定介護予防・日常生活支援総合事業第一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 阿見こなん

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、指定介護予防・日常生活支援総合事業第一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 ㊞

ご家族住所
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。