

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所介護事業重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービス提供開始にあたり。当該事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1, 事業者の概要

事業者名称	NPO 法人 1000 ピース
主たる事務所の所在地	〒325-0001 栃木県那須郡那須町高久甲 1648 番地 1 2
代表者（職名、氏名）	代表理事 小野塚 香
設立年月日	平成 22 年 8 月 26 日
電話番号	0287-64-3968

2, ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	多笑デイサービス
サービスの種類	通所型サービス（独自）
事業所の所在地	〒325-0001 栃木県那須郡那須町高久甲 1648 番地 19
電話番号	0287-73-8838
指定年月日・事業所番号	平成 31 年 1 月 1 日指定 ・ 0 9 7 2 5 0 1 5 9 7
実施単位・利用定員	1 単位 ・ 定員 25 名
通常の事業の実施地域	那須町

3, 事業の目的と運営の方針

【事業目的】

要支援状態等にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とする。

【運営方針】

事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村他事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4, 提供するサービスの内容

第一号通所事業は、事業者が設置する事業所（多笑デイサービス）に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5, 営業時間

営業日	年中無休
営業時間	午前 8 時から午後 5 時まで
サービス提供時間	午前 9 時 10 分から午後 2 時まで

6, 事業所の職員体制

生活相談員	常勤 1 名	常勤兼務 1 名	
介護職員	常勤 3 名	常勤兼務 1 名	非常勤 1 名
看護職員	常勤 1 名	非常勤 1 名	
機能訓練指導員	常勤 1 名	常勤兼務 1 名	非常勤 1 名
(看護職員と兼務を含む)			

7, サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

（サービス利用にあたって、ご不明な点、ご要望などありましたら、お申し出ください）

担当職員の氏名	生活相談員 鈴木志乃
管理責任者	管理者 鈴木志乃

8, 利用料

サービスを利用した場合の基本利用料は別紙のとおりとし、利用者負担金は、原則として介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額とします。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用した場合は、その超えた額の全額をご負担いただきます。

利用料金等

(1) キャンセル料

利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、利用日の前日までにご連絡をいただいた場合、キャンセル料は発生しません。当日のキャンセルについては、食材料費相当額として 650 円をご負担いただきます。ただし、利用者の急な体調不良や入院等、やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

(2) 利用料金

通所型サービス（独自）の利用料金については、別紙「利用料金表」のとおりとします。

(3) その他の費用

食事の提供に要する費用（食事の提供を受けた場合 1 回につき 650 円）、オムツ代等の実費及びその他日常生活において通常必要となる経費であって、利用者にご負担いただくことが適当と認められる費用については、実費をご負担いただきます。

(4) 洗濯等に係る実費

利用中に衣類等が汚染され、衛生上の理由等により事業所で洗濯を実施した場合は、洗剤等の実費として 1 回 50 円をご負担いただきます。

(5) 衛生材料等の実費

利用者個人の傷等の処置に使用するガーゼ、創傷被覆材、保護材等の衛生材料については、実費をご負担いただきます。

(6) 支払方法

上記(1)、(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者の負担金の支払いを受けた後に発行いたします。

口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日(26日が祝日または金融機関休業日の場合は、翌営業日)に、あなたが指定する口座より利用料金を引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や様態の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の治療医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関名： 電話番号：
緊急連絡先	氏名(利用者との続柄)：() 電話番号：

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、那須町値域包括支援センター等及び那須町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

苦情相談窓口	電話番号 0287-73-8838 面接場所 当事業所の相談室
--------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

	那須町保健福祉課 : 0287-72-6910
苦情受付期間	高原地区地域包括支援センター : 0287-73-8881 那須地区地域包括支援センター : 0287-71-1138
	栃木県国民健康保険団体連合会 : 028-622-7242

12、サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員に申し出ください
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容態の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに高原地区地域包括支援センター・那須地区地域包括支援センター等または当事業所の担当者へご連絡ください。

附則 この重要事項説明書は、令和8年8月1日から施行する

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、重要事項を説明しました。

事業者	所在地	栃木県那須郡那須町高久甲 1648 番地 12
	事業者（法人）名	NPO 法人 1000 ピース
	代表者職・氏名	代表理事 小野塚 香 ㊞
	事業所名	多笑デイサービス
	管理者	鈴木志乃 ㊞
	説明者	

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け同意しました。

住所：(〒 -)

氏名： _____ ㊞

介護予防 介護報酬一覧表【別紙】

令和8年6月1日より、介護報酬の改定が行われました。

要介護度		利用単位	利用料金	介護保険適用時 自己負担額（1割）	介護保険適用時 自己負担額（2割）	介護保険適用時 自己負担額（3割）
通所型サービス費（独自）						
事業対象者	1月	1,798単位	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援者 1	1日	590単位	590円	59円	118円	177円
要支援2	1月	1,798単位	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
	1日	590単位	590円	59円	118円	177円
週1回程度の利用となります。						
事業対象者	1月	3,621単位	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円
要支援者 2	1日	119単位	1,190円	119円	238円	357円
週2回程度の利用となります。						
※利用回数は、心身の状況及び介護予防ケアプランに基づき決定します。						
高齢者虐待防止措置未実施減算						
高齢者虐待防止措置未実施減算 1 1		事業対象者、要支援1（週1回程度）		1月につき	－18単位	
（日割）高齢者虐待防止措置未実施減算 1 1		事業対象者（週 1 回程度）		1日につき	－1単位	
高齢者虐待防止措置未実施減算 1 2		事業対象者、要支援 2（週 2 回程度）		1月につき	－3 6 単位	
（日割）高齢者虐待防止措置未実施減算 1 2		事業対象者（週 2 回程度）		1日につき	－ 1 単位	
高齢者虐待防止措置未実施減算 2 1		事業対象者、要支援 1（4 回/月）		1回につき	－4単位	
事業継続計画未策定減算						
業務継続計画未策定減算11		事業対象者、要支援1（週1回程度）		1月につき	－18単位	
業務継続計画未策定減算11日割		事業対象者（週 1 回程度）		1日につき	－1単位	
業務継続計画未策定減算12		事業対象者、要支援 2（週 2 回程度）		1月につき	－3 6 単位	
業務継続計画未策定減算11日割		事業対象者（週 2 回程度）		1日につき	－ 1 単位	
業務継続計画未策定減算21		事業対象者、要支援 1（4 回/月）		1回につき	－4単位	
通所介護の減算						
同一建物減算 1		事業対象者（週 1 回程度）		1月につき	－376単位	
同一建物減算/ 2 2		事業対象者、要支援 2（週 2 回程度）		1日につき	－376単位	
同一建物減算2		事業対象者、要支援 2（週 2 回程度）		1月につき	－752単位	
同一建物減算3		事業対象者、要支援1（週1回程度）		1月につき	－94単位	
送迎減算				片道につき	－47単位	
利用者の数が利用定員を超える場合					基本報酬×70/100	
看護・介護職員の員数が基準に満たない場合					基本報酬×70/100	
サービス提供体制加算						
サービス提供体制加算Ⅰ 1		事業対象者、要支援1（週1回程度）		1月につき	88単位	
サービス提供体制加算Ⅰ /22		要支援2（週1回程度）		1月につき	88単位	
サービス提供体制加算Ⅰ 2		事業対象者、要支援 2（週 2 回程度）		1月につき	176単位	
サービス提供体制加算Ⅱ 1		事業対象者、要支援1（週1回程度）		1月につき	72単位	
サービス提供体制加算Ⅱ /22		要支援2（週1回程度）		1月につき	72単位	
サービス提供体制加算Ⅱ 2		事業対象者、要支援 2（週 2 回程度）		1月につき	144単位	

サービス提供体制加算Ⅲ1	事業対象者、要支援1（週1回程度）	1月につき	24単位
サービス提供体制加算Ⅲ/22	要支援2（週1回程度）	1月につき	24単位
サービス提供体制加算Ⅲ/2	事業対象者、要支援2（週2回程度）	2月につき	48単位
その他の加算			
生活向上グループ加算		1月につき	100単位
若年性認知症受入加算		1月につき	240単位
栄養アセスメント加算		1月につき	50単位
栄養改善加算		1月につき	200単位
口腔機能向上加算1		1月につき	150単位
口腔機能向上加算2		1月につき	160単位
一体的サービス提供加算		1月につき	480単位
生活機能向上連携加算Ⅰ	3か月に1回程度		100単位
生活機能向上連携加算Ⅱ1	1月につき		200単位
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ（6ヶ月に1回を限度）	1回につき		20単位
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ（6ヶ月に1回を限度）	1回につき		5単位
科学的介護推進体制加算	1月につき		40単位
認知症加算	1日につき		60単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	1日につき		56単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	1日につき		76単位
個別機能訓練加算（Ⅱ）（個別機能訓練加算（Ⅰ）に加えて算定）	1月につき		20単位
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	1月につき、所定単位数×11.1/1000		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	1月につき、所定単位数×12/1000		
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	1月につき、所定単位数×10.9/1000		
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	1月につき、所定単位数×11.8/1000		
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	1月につき、所定単位数×9.9/1000		
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	1月につき、所定単位数×8.3/1000		

NPO法人1000ピース