

# 通所介護 重 要 事 項 説 明 書

## 1. 指定通所介護サービスを提供する事業者について

|             |  |   |  |
|-------------|--|---|--|
| 事業主体名       | ALSOKらいふケア株式会社   |   |  |
| 法人の種類       | 営利法人   |   |  |
| 代表者名        | 代表取締役社長 指吸 要   |   |  |
| 所在地         | 東京都品川区東品川 2－2－2 4天王洲セントラルタワー 18階   |   |  |
| 連絡先         | 電話番号：  | 03－5769－7268  |  |
|             | FAX番号：   | 03－5769－7269  |  |
|             | ホームページアドレス：  | <a href="https://life-silver.com/life/">https://life-silver.com/life/</a> |  |
| 法人設立年月日     | 1995 年 11 月 9 日  |   |  |
| 他の介護保険関連の事業 | ・ 居宅介護支援事業<br>・ 居宅サービス事業<br>訪問介護 日常生活支援総合事業第1号訪問事業<br>通所介護 日常生活支援総合事業第1号通所事業<br>短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護<br>特定施設入所者生活介護 介護予防特定施設入所者生活介護 |   |  |
| 他の介護保険以外の事業 | 住宅型有料老人ホームの運営<br>サービス付き高齢者向け住宅の運営  |   |  |

## 2. サービス提供を実施する事業所について

### (1) 事業所の所在地等

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| 事業所名称       | デイサービス野方                     |
| 介護保険指定事業所番号 | 通所介護 第 1371405661 号          |
| 事業所所在地      | 東京都中野区野方 6-6-2 サンクリバージュ野方 1F |
| 電話番号        | 03-5327-3980                 |
| FAX番号       | 03-5327-4012                 |
| 通常の事業の実施地域  | 中野区、杉並区、練馬区                  |
| アクセス        | 西武新宿線「野方」駅より徒歩1分(約90m)       |
| 併設事業所       | ホームケア野方(居宅介護支援・訪問介護)         |

### (2) 事業の目的および運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 事業の適正な運営を確保するために、人員および運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員および介護職員（以下サービス従業者）が要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。  |
| 運営の方針 | 事業の実施にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、生活機能の維持または向上を目指し必要な日常生活上の世話および機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持ならびに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。 |

### (3) 事業所窓口の営業日および営業時間

|      |                |                    |
|------|----------------|--------------------|
| 営業日  | 月曜日～土曜日（祝祭日含む） | 年末年始12月31日～1月3日は休み |
| 営業時間 | 8:30～18:00     |                    |

### (4) サービス提供日時

|          |                |                    |
|----------|----------------|--------------------|
| サービス提供日  | 月曜日～土曜日（祝祭日含む） | 年末年始12月31日～1月3日は休み |
| サービス提供時間 | 8:30～17:00     |                    |

## (5) 事業所の職員体制

| 管理者氏名  |                              | 馬場 洋平 |     | ( 2024年4月 ) |             |
|--|------------------------------|-------|-----|-------------|-------------|
| 職員の職種  | 資格                           | 常勤    | 非常勤 | 計           | 兼任の有無       |
| 管理者  | 介護福祉士                        | 1     |     | 1           | 有（生活相談員）    |
| 従業者および、業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、サービスの実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。<br>利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を生活相談員等と協力して作成します。また、サービス実施状況の把握および通所介護計画の変更を行います。 |                              |       |     |             |             |
| 生活相談員  | 介護福祉士<br>介護支援専門員<br>社会福祉主事任用 | 1     | 3   | 4           | 有（管理者/介護職員） |
| 利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導および介護に関する相談および援助などを行います。各利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況および目標の達成状況の記録を行います。   |                              |       |     |             |             |
| 看護職員   | 看護師                          |       | 1   | 1           | 有（機能訓練指導員）  |
|  | 准看護師                         |       | 1   | 1           | 有（機能訓練指導員）  |
| サービス提供の前後および提供中の利用者の心身の状況等の把握を行い、利用者の静養のための必要な措置を行います。また、利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。   |                              |       |     |             |             |
| 介護職員   | 介護福祉士                        | 1     | 3   | 4           | 有（生活相談員）    |
|  | 研修課程修了者                      |       | 2   | 2           | 無           |
|  | その他                          |       |     |             |             |
| 通所介護計画に基づき、必要な日常生活の世話および介護を行います。   |                              |       |     |             |             |
| 機能訓練指導員  | 理学療法士                        |       |     |             |             |
|  | 作業療法士                        |       |     |             |             |
|  | 言語聴覚士                        |       |     |             |             |
|  | 看護職員                         |       | 2   | 2           | 有（看護職員）     |
|  | その他                          |       |     |             |             |

通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、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、機能訓練を行います。

## (6) 施設の設備の概要

|                  |     |     |         |
|------------------|-----|-----|---------|
| 利用定員             | 20名 | 浴室  | 一般浴室 1室 |
| 食堂<br>兼<br>機能訓練室 | 1 室 | 相談室 | 1 室     |
|                  |     | 静養室 | 1 室     |

### 3. 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類                    |                 | サービスの内容   |
|------------------------------|-----------------|---|
| 通所介護計画の作成（すべての利用者について作成します。） |                 | <p>利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。</p> <p>通所介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。<br/>通所介護計画の内容について、利用者の同意を得た時は、通所介護計画書を利用者に交付します。<br/>それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況および目標の達成状況の記録を行います。</p> |
| 利用者居宅への送迎                    |                 | 事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いすまたは歩行介助により送迎を行うことがあります。  |
| 日常生活上の世話                     | 食事の提供および介助      | 食事の提供および介助が必要な利用者に対して、食事の準備、配膳下膳の介助、食事摂取の介助等必要な介助を行います。   |
|                              | 入浴の提供および介助      | 入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪等を行います。ただし、要支援の方の入浴は行っていません。   |
|                              | 排せつ介助           | 介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。  |
|                              | 更衣介助<br>移動・移乗介助 | <p>上着、下着の更衣の介助を行います。</p> <p>介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。</p>   |
|                              | 服薬介助            | 介助が必要な利用者に対して、配列された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。   |
| 機能訓練                         |                 | <p>利用者の状態や能力、希望等に応じて機能訓練指導員が専門的知識に基づき、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事、入浴、排せつ、更衣等の日常生活動作を通じた訓練</li> <li>・器械・器具等を使用した訓練</li> <li>・集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを行います。</li> </ul>   |
| その他（創作活動等）                   |                 | 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。  |
| 特別なサービス（別紙2加算参照）             | 個別機能訓練（Ⅰ）、（Ⅱ）   | 個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。また、3ヶ月に1度利用者の居宅に訪問し、進捗状況の説明、訓練内容の見直しを行います。  |
|                              | 栄養改善            | 低栄養状態またはその恐れのある利用者に対し、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（注：原則3ヶ月で終了）   |
|                              | 口腔機能向上          | 口腔機能の低下しているまたはその恐れのあるご利用者様に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（注：原則3ヶ月で終了）  |
|                              | 若年性認知症利用者受入     | 若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心にその利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。   |

（注）3ヶ月ごとの評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、栄養改善（口腔機能の向上）の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(2) サービスおよび利用料金等

①《介護保険給付対象サービス》

食事・入浴の介助、生活についての相談、助言、健康状態の確認などの日常生活上の世話等のサービスを提供します。要介護度に応じて定められた介護報酬告示上の額（省令により変動あり）に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額が自己負担額となります（別紙1および別紙2参照）。

※利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきますが、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、利用者が保険給付の申請を行うために必要な「サービス提供証明書」を交付します。

②《その他の費用について》

|   |   |   |
|---|---|---|
| 送迎費   | 無料<br>(利用者の居宅が実施地域以外にある場合、サービスの提供はいたしておりません。) |   |
| 食事の提供に要する費用   | 670円（非課税）（1日あたり）                              |   |
| おむつ代  | 紙パンツ<br>尿とりパット                                | 150円<br>30円   |
| 日常生活費   | 実費  | 利用者またはその家族の自由な選択に基づき、事業者がサービスの提供の一環として提供する日常生活に係る費用 |
| キャンセル料<br><br>※サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、右記によりキャンセル料を請求いたします。 | 利用日の前日午後5時00分までにご連絡をいただいた場合                   | 無料  |
|   | 利用日の前日午後5時00分以後にご連絡いただいた場合、または連絡なくキャンセルされた場合  | 介護保険自己負担額相当分<br>および<br>食費（1日あたり：670円<br>（非課税））      |

※食事の提供、事業所の計画する行事等については、介護保険の給付対象とならず、上記の料金がかかります。その他の給付対象とならないサービスについてはご相談の上、決めさせていただきます。

(3) 利用料、利用者負担額について

|                  |   |
|------------------|---|
| 利用料金その他の費用の請求方法等 | 利用料、利用者負担額およびその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日前後に利用者宛に郵送します。     |
| お支払方法等           | 請求月の27日までに口座からの振替によるお支払いとさせていただきます。ご要望により事業者が指定する金融機関口座への振込も可能です。なお振込手数料は利用者負担とさせていただきます。 |

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）およびその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払の催促から10日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

#### (4) サービスの提供にあたって

- ①サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。住所などに変更があった場合は速やかにお知らせください。
- ②要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前には、なされるよう、必要な援助を行います。
- ③利用者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者および家族の意向を踏まえて、指定通所介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者または家族にその内容の説明を行い、同意を得たうえで交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- ④サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- ⑤通所介護サービスの利用の変更、または新たなサービスの追加につきましては担当の介護支援専門員とご相談ください。サービス利用の変更・追加の申出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用日時を利用者に提示して協議します。

#### (5) サービス利用にあたっての留意事項

- ①主治医からの指示事項等がある場合には申し出てください。
- ②気分が悪くなった時は、速やかに申し出てください。
- ③体調不良等によって通所介護に適さないと判断される場合には、サービスの提供を中止することがあります。
- ④共有の施設・設備は他の利用者等の迷惑にならないよう利用してください。
- ⑤時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があります。
- ⑥利用契約書第10条に基づきこの契約が解除される場合があります。

### 4. 緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続きについて

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下身体的拘束といいます。）を行いません。ただし、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事業者と利用者および身元引受人の合意のもと、以下の手続きにより行うこととします。

- ①身体拘束廃止委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- ②身体拘束廃止委員会において、身体拘束を行わない方法を十分に検討した上で、利用者個々の心身の状況を勘案し、なお状態が切迫性、非代替性、一時性の全てを満たす場合でやむを得ないと判断した場合において、身体拘束の内容、目的・理由、時間、期間等を議事録に残し、身体的拘束の手続きを行います。
- ③緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、本人または身元引受人に身体拘束の内容、目的・理由、拘束の時間帯、期間等の詳細を説明し、理解を得られるよう努めるとともに「緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書」（以下、説明書といいます。）に記載します。また、利用者および身元引受人より「説明書」に署名または記名押印をいただきます。
- ④緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、「身体拘束の解除に向けて
- ⑤の経過観察記録」にその態様および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。また、具体的な記録情報を基に、職員間、家族等関係者間で直近の情報を共有し「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、1ヶ月に1回以上は身体拘束の解除に向けて検討するとともに、要件を満たさない場合は、ただちに解除します。
- ⑥身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、かつ介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年に2回以上実施します。

## 5. 緊急時の対応方法

事業所の職員は、指定通所介護を実施中に利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医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。

2. サービスを実施中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難等の措置を講ずるほか、管理者に連絡の上その指示に従うものとします。

| 緊 急 連 絡 先       |    |     |  |
|-----------------|----|-----|--|
| 家族氏名            | 続柄 | 連絡先 |  |
| 家族氏名            | 続柄 | 連絡先 |  |
| 医 療 機 関・診 療 所 名 |    |     |  |
| 医 療 機 関・診 療 所 名 |    | 連絡先 |  |

※契約締結後に追加記入いたします。

## 6. 事故発生時の対応方法について

①利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、区市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

②前項の事故の状況および事故に際して採った処置を記録します。

③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、損害賠償を行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |              |
|-------|--------------|
| 保険会社名 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| 保険名   | 介護賠償責任保険     |

## 7. 心身の状況の把握

指定通所介護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービスまたは福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

## 8. 居宅介護支援事業者等との連携

①指定通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者および保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

②サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを利用者の同意を得たうえで居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

③サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

## 9. サービス提供の記録

①指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスの完結の日から2年間保存します。

②利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。

## 10. 非常災害対策

①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者または防火責任者）を定め、非常災害対策に関する取り組みを行います。

②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報および連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

## 1 1. 衛生管理等

- ①指定通所介護の要に供する施設、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じます。
- ②指定通所介護事業所において感染症が発生し、またはまん延しないよう必要な措置を講じるとともに、従業者は年1回以上の健康診断を受診させるものとします。
- ③食中毒および感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

## 1 2. 身元引受人について

利用者は、身元引受人を定めるものとします。

- ①本契約書に身元引受人として署名または記名押印した者は、利用者が本契約に基づいて負う債務を極度額を限度として利用者と連帯して履行する責任を負います。本契約が更新された場合も同様とします。なお、身元引受人が負担する債務の元本は、利用者または身元引受人が死亡したときに確定するものとします。

※連帯保証極度額 4 8 万円

- ②身元引受人の請求があったときは、事業者は身元引受人に対し遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額・損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。
- ③利用者は、身元引受人を代理人として本契約を締結させ、本契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

## 1 3. 高齢者虐待防止の推進

事業者は、利用者の人権の擁護、高齢者虐待の防止および早期発見のための取り組みとして、以下の措置を講じるものとします。

- ①高齢者虐待防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。
- ②高齢者虐待防止委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知します。
- ③従業者に対し、高齢者虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。

## 1 4. 秘密の保持と個人情報の保護について

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 利用者およびその家族に関する秘密の保持について | <ol style="list-style-type: none"><li>①事業者は、利用者およびその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が作成した「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ダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。</li><li>②事業者および事業者の使用する者（以下「従業者」という）は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</li><li>③事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間および従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</li></ol>   |
| 個人情報の保護について             | <ol style="list-style-type: none"><li>①事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</li><li>②事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもののほか、電磁的記録を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏えいを防止するものとします。</li><li>③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</li></ol> |



## 15. サービス提供に関する相談、苦情について

《利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等》

|                            |    |       |    |
|----------------------------|----|-------|----|
| アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組 | なし | 結果の公表 | なし |
| 福祉サービス第三者評価の実施             | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施           | なし | 結果の公表 | なし |

《苦情処理の体制、手順》

- ①利用者またはその家族からの相談および苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- ②苦情や相談があった場合、苦情相談担当者は状況の把握や事実確認に努めます。
- ③苦情相談担当者（対応者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、利用者またはその家族の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- ④検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ず利用者またはその家族へ報告します。
- ⑤苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業者全員で検討します。

《苦情申立ての窓口》

|            |   |                    |  |
|------------|---|--------------------|--|
| 当施設苦情相談窓口  | 担当者：管理者                      馬場   洋平                      03-5327-3980<br>月   ～   土 曜日    午前8：30～午後5：30まで   受付（12/31から1/3を除く） |                    |  |
| 介護サービスの苦情等 | 東京都国民健康保険団体連合会   介護サービス苦情相談窓口   | 電話番号： 03-6328-0177 |  |
| 介護保険制度一般相談 | 中野区   介護保険担当課   | 電話番号： 03-3228-6518 |  |
|            | 杉並区   介護保険課   | 電話番号： 03-3312-2111 |  |
|            | 練馬区   保険福祉サービス苦情調整委員  | 電話番号： 03-3993-1344 |  |
|            |   |                    |  |
|            |   |                    |  |

## 16. サービスの質の向上に向けた取組

事業者は、従業者の質的向上を図るため、年2回継続研修を実施します。

説明年月日 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業所 所在地 東京都中野区野方 6-6-2 サンクリバージュ野方 1F

名称 デイサービス野方

説明者

印

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護のサービスの提供開始およびサービスの利用料（介護給付サービス基本料金および加算、その他の料金）について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

年 月 日

利用者 (住所)

(氏名)

印

身元引受人 (住所)

(氏名)

印 続柄

## ～基本料金～

通所介護

(地域別単価)

中野区

1級地

10.90

円

## &lt;基本料金&gt;

|           | 区分             | 要介護度 | 単位    | 介護報酬<br>総額 | 利用者負担額 |        |        |
|-----------|----------------|------|-------|------------|--------|--------|--------|
|           |                |      |       |            | 【1割】   | 【2割】   | 【3割】   |
| 通常規模型通所介護 | 3時間以上<br>4時間未満 | 要介護1 | 370   | 4,033円     | 404円   | 807円   | 1,210円 |
|           |                | 要介護2 | 423   | 4,610円     | 461円   | 922円   | 1,383円 |
|           |                | 要介護3 | 479   | 5,221円     | 523円   | 1,045円 | 1,567円 |
|           |                | 要介護4 | 533   | 5,809円     | 581円   | 1,162円 | 1,743円 |
|           |                | 要介護5 | 588   | 6,409円     | 641円   | 1,282円 | 1,923円 |
|           | 4時間以上<br>5時間未満 | 要介護1 | 388   | 4,229円     | 423円   | 846円   | 1,269円 |
|           |                | 要介護2 | 444   | 4,839円     | 484円   | 968円   | 1,452円 |
|           |                | 要介護3 | 502   | 5,471円     | 548円   | 1,095円 | 1,642円 |
|           |                | 要介護4 | 560   | 6,104円     | 611円   | 1,221円 | 1,832円 |
|           |                | 要介護5 | 617   | 6,725円     | 673円   | 1,345円 | 2,018円 |
|           | 5時間以上<br>6時間未満 | 要介護1 | 570   | 6,213円     | 622円   | 1,243円 | 1,864円 |
|           |                | 要介護2 | 673   | 7,335円     | 734円   | 1,467円 | 2,201円 |
|           |                | 要介護3 | 777   | 8,469円     | 847円   | 1,694円 | 2,541円 |
|           |                | 要介護4 | 880   | 9,592円     | 960円   | 1,919円 | 2,878円 |
|           |                | 要介護5 | 984   | 10,725円    | 1,073円 | 2,145円 | 3,218円 |
|           | 6時間以上<br>7時間未満 | 要介護1 | 584   | 6,365円     | 637円   | 1,273円 | 1,910円 |
|           |                | 要介護2 | 689   | 7,510円     | 751円   | 1,502円 | 2,253円 |
|           |                | 要介護3 | 796   | 8,676円     | 868円   | 1,736円 | 2,603円 |
|           |                | 要介護4 | 901   | 9,820円     | 982円   | 1,964円 | 2,946円 |
|           |                | 要介護5 | 1,008 | 10,987円    | 1,099円 | 2,198円 | 3,297円 |
|           | 7時間以上<br>8時間未満 | 要介護1 | 658   | 7,172円     | 718円   | 1,435円 | 2,152円 |
|           |                | 要介護2 | 777   | 8,469円     | 847円   | 1,694円 | 2,541円 |
|           |                | 要介護3 | 900   | 9,810円     | 981円   | 1,962円 | 2,943円 |
|           |                | 要介護4 | 1,023 | 11,150円    | 1,115円 | 2,230円 | 3,345円 |
|           |                | 要介護5 | 1,148 | 12,513円    | 1,252円 | 2,503円 | 3,754円 |
|           | 8時間以上<br>9時間未満 | 要介護1 | 669   | 7,292円     | 730円   | 1,459円 | 2,188円 |
|           |                | 要介護2 | 791   | 8,621円     | 863円   | 1,725円 | 2,587円 |
|           |                | 要介護3 | 915   | 9,973円     | 998円   | 1,995円 | 2,992円 |
|           |                | 要介護4 | 1,041 | 11,346円    | 1,135円 | 2,270円 | 3,404円 |
|           |                | 要介護5 | 1,168 | 12,731円    | 1,274円 | 2,547円 | 3,820円 |

<加算> (現在算定できる加算に☑を付けています)

| 加算  | 加算名称                                  |       | 算定単位                    |     | 介護報酬<br>総額 | 利用者負担額 |       |       |
|---|---------------------------------------|-------|-------------------------|-----|------------|--------|-------|-------|
|   |                                       |       |                         |     |            | 【1割】   | 【2割】  | 【3割】  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                   | 入浴介助加算                                | (Ⅰ)   | 1日につき                   | 40  | 436円       | 44円    | 88円   | 131円  |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅱ)   | 1日につき                   | 55  | 599円       | 60円    | 120円  | 180円  |
| <input type="checkbox"/>  | 中重度者ケア体制加算                            |       | 1日につき                   | 45  | 490円       | 49円    | 98円   | 147円  |
| <input type="checkbox"/>  | 生活機能向上連携加算                            | (Ⅰ)   | 1月につき                   | 100 | 1,090円     | 109円   | 218円  | 327円  |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅱ)   | 1月につき                   | 200 | 2,180円     | 218円   | 436円  | 654円  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                   | 個別機能訓練加算                              | (Ⅰ) イ | 1日につき                   | 56  | 610円       | 61円    | 122円  | 183円  |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅰ) ロ | 1日につき                   | 76  | 828円       | 83円    | 166円  | 249円  |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅱ)   | 1月につき                   | 20  | 218円       | 22円    | 44円   | 66円   |
| <input type="checkbox"/>  | A D L 維持等加算                           | (Ⅰ)   | 1月につき                   | 30  | 327円       | 33円    | 66円   | 99円   |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅱ)   | 1月につき                   | 60  | 654円       | 66円    | 131円  | 197円  |
| <input type="checkbox"/>  | 認知症加算                                 |       | 1日につき                   | 60  | 654円       | 66円    | 131円  | 197円  |
| <input type="checkbox"/>  | 若年性認知症利用者受入加算                         |       | 1日につき                   | 60  | 654円       | 66円    | 131円  | 197円  |
| <input type="checkbox"/>  | 栄養アセスメント加算                            |       | 1月につき                   | 50  | 545円       | 55円    | 109円  | 164円  |
| <input type="checkbox"/>  | 栄養改善加算                                |       | 1回につき                   | 200 | 2,180円     | 218円   | 436円  | 654円  |
| <input type="checkbox"/>  | 口腔・栄養<br>スクリーニング加算                    | (Ⅰ)   | 1回につき                   | 20  | 218円       | 22円    | 44円   | 66円   |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅱ)   | 1回につき                   | 5   | 54円        | 6円     | 11円   | 17円   |
| <input type="checkbox"/>  | 口腔機能向上加算                              | (Ⅰ)   | 1回につき                   | 150 | 1,635円     | 164円   | 327円  | 491円  |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅱ)   | 1回につき                   | 160 | 1,744円     | 175円   | 349円  | 524円  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                   | 科学的介護推進体制加算                           |       | 1月につき                   | 40  | 436円       | 44円    | 88円   | 131円  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                   | サービス提供<br>体制加算                        | (Ⅰ)   | 1回につき                   | 22  | 239円       | 24円    | 48円   | 72円   |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅱ)   | 1回につき                   | 18  | 196円       | 20円    | 40円   | 59円   |
| <input type="checkbox"/>  |                                       | (Ⅲ)   | 1回につき                   | 6   | 65円        | 7円     | 13円   | 20円   |
| <input type="checkbox"/>  | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）                         |       | 所定単位数の9.2%を加算           |     |            |        |       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                   | 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）                         |       | 所定単位数の9.0%を加算           |     |            |        |       |       |
| <input type="checkbox"/>  | 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）                         |       | 所定単位数の8.0%を加算           |     |            |        |       |       |
| <input type="checkbox"/>  | 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）                         |       | 所定単位数の6.4%を加算           |     |            |        |       |       |
| ※新たに加算を算定する場合及びご利用者様の状況に応じて算定される加算については、算定を開始する際に別途加算同意書に署名捺印をいただきます。 |                                       |       |                         |     |            |        |       |       |
| 減算  |                                       |       |                         |     |            |        |       |       |
| <input type="checkbox"/>  | 2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合                  |       | 4時間以上5時間未満の所定単位数の70%で算定 |     |            |        |       |       |
| <input type="checkbox"/>  | 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合 |       | 1日につき                   | -94 | -1,024円    | -103円  | -205円 | -308円 |
| <input type="checkbox"/>  | 事業所が送迎を行わない場合                         |       | 片道につき                   | -47 | -512円      | -52円   | -103円 | -154円 |
| <input type="checkbox"/>  | 定員超過の場合                               |       | 所定単位数の70%で算定            |     |            |        |       |       |
| <input type="checkbox"/>  | 看護・介護職員が欠員の場合                         |       | 所定単位数の70%で算定            |     |            |        |       |       |

【指定通所介護・地域密着型通所介護 加算算定要件】

| ◆入浴介助加算   |  |
|---|--|
| (Ⅰ)   | 入浴介助を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を行うこと。   |
| (Ⅱ)   | ①(Ⅰ)に加えて、医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、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・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。<br>②当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。<br>③上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。   |
| ◆中重度者ケア体制加算   |  |
| ①人員基準を満たす看護職員又は介護職員の配置のほかに、看護職員又は介護職員を常勤換算法で2以上追加で配置していること。<br>②3月を除く前年度又は、算定日が属する月の前3ヵ月の実利用者数又は延べ利用者数のうち、要介護3以上の利用者が30%以上の割合を占めていること。<br>③1日の通所介護のサービス提供時間を通して、他の職務を兼務していない専従の看護職員を1名以上配置していること。<br>④中重度の者であっても、社会性の維持を図り、在宅生活の維持に必要なケアやリハビリを計画的に実施するプログラムを作成していること。 |  |
| ◆生活機能向上連携加算   |  |
| (Ⅰ)   | ①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（アセスメント・カンファレンス）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等すること。<br>②理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービスの場又はICTを活用した動画等により、利用者の状況を把握した上で、助言を行うこと。  |
| (Ⅱ)   | 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、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・医師が訪問して行う場合に算定。  |
| ◆個別機能訓練加算   |  |
| (Ⅰ)   | イ ①通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認していること。<br>②機能訓練指導員の専従1名以上配置していること。（配置時間の定めなし）<br>③居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成していること。<br>④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項目を柔軟に設定していること。訓練項目は複数種類準備し、そ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すること。<br>⑤対象者は5人程度以下の小集団又は個別であること。<br>⑥機能訓練指導員が直接実施すること。※介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない<br>⑦3ヶ月に1回以上実施し、利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又は家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行うこと。                          |
|   | ロ ①通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認していること。<br>②機能訓練指導員の専従1名以上配置していること。（サービス提供時間帯の配置）※ロはイに加えて専従で1名以上配置すること。<br>③居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成していること。<br>④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項目を柔軟に設定していること。訓練項目は複数種類準備し、そ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すること。<br>⑤対象者は5人程度以下の小集団又は個別であること。<br>⑥機能訓練指導員が直接実施すること。※介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない<br>⑦3ヶ月に1回以上実施し、利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又は家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行うこと。 |
| (Ⅱ)   | 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こと。（「CHASE」へのデータ提出とフィードバックの活用）   |
| ◆ADL維持等加算   |  |
| (Ⅰ)   | イ 利用者等（当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること。<br>ロ 利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、BarthelIndexを適切に評価できるものがADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。<br>ハ 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値から利用開始月に測定した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、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。  |
| (Ⅱ)   | ①ADL維持等加算（Ⅰ）のイとロの要件を満たすこと。<br>②評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。   |
| ◆認知症加算  |  |
| ①通常の人員基準に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算法で2名以上確保していること。<br>②サービス提供時間を通じて専ら通所介護の提供にあたる認知症介護実践者研修（認知症介護実践者研修等）を修了した者を1名以上配置していること。<br>③前年度又は前3ヶ月の利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状、又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者）の利用者の割合が20%以上であること。                                   |  |
| ◆若年性認知症利用者受入加算  |  |
| ①若年性認知症患者毎に担当者を定めていること。<br>②若年性認知症患者の特性やニーズに応じてサービス提供を行っていること。  |  |
| ◆栄養アセスメント加算   |  |
| ①当該事業所の従業者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。<br>②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、当該利用者又は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。<br>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、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他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こと。                                       |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>◆栄養改善加算</b>   |  |
| ①管理栄養士を1名以上配置すること。（自事業所だけでなく、外部の事業所や医療機関、栄養ケアステーションのスタッフでも可）<br>②利用者ごとの摂食・嚥下機能および食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、それに従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行い、その状態を定期的に記録していること。<br>③利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。<br>④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。<br>⑤別に厚生労働大臣の定める基準に適合している単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所であること。<br>⑥栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問すること。 |  |
| <b>◆口腔・栄養スクリーニング加算</b>   |  |
| (Ⅰ)  | 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。（栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可）  |
| (Ⅱ)  | 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、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。（栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算①を算定できない場合のみに算定可能）   |
| <b>◆口腔機能向上加算</b>   |  |
| (Ⅰ)  | 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こと。<br>②言語聴覚士、歯科衛生士、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利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、それによって言語聴覚士、歯科衛生士、または看護職員が口腔機能向上サービスを行うとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録すること。<br>③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。<br>④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 |
| (Ⅱ)  | 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、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の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こと。   |
| <b>◆科学的介護推進体制加算</b>  |  |
| ①利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。<br>②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、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こと。   |  |
| <b>◆サービス提供体制強化加算</b>   |  |
| (Ⅰ)  | 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士70%以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士25%以上であること。  |
| (Ⅱ)  | 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士50%以上であること。  |
| (Ⅲ)  | 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士40%以上又は勤続7年以上30%以上であること。   |
| <b>◆介護職員処遇改善加算（Ⅰ）</b>  |  |
| ①キャリアパス要件の全て、及び職場環境等要件を満たしていること。<br>②処遇改善計画を立案している、又はすでに処遇改善を行っており、適切に報告していること。<br>③労働基準法・雇用保険法等の違反がないこと。<br>④介護職員の処遇改善の内容、及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。   |  |