

共生型サービスるりちゃん家

指定通所介護事業所重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(鹿児島県指定 第4670302670号)

当事業所はご契約者に対して通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

目 次

1. 経営法人について	1
2. ご利用事業所について	1
3. 当事業所が提供するサービス	2
4. 利用料金について	3
5. キャンセル料金について	3
6. 相談・苦情の受付について	3
7. 福祉サービス第三者評価実施について	4
8. 秘密保持について	4
9. 個人情報の保護について	5
10. 契約の終了について	5
11. 虐待の防止について	5
12. 身体拘束その他の行動制限・虐待防止のための措置	5
13. 事故発生防止と事故発生時の対応について	6
14. 非常災害対策について	6
15. その他の事項について	7
16. 協力医療機関について	7
17. 別表利用料金について	8
18. 加算サービスについてのご案内	14

当事業所は、ご契約者に対して通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容及び契約上のご注意いただきたい事項を次の通り説明します。

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵仁会
- (2) 法人所在地 鹿児島県鹿屋市下祓川町1800番地
- (3) 電話番号 0994-43-2546
- (4) 代表者氏名 理事長 池田 志保子
- (5) 設立年月日 昭和44年 1月14日

2. 利用事業所

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
令和 4年 2月 1日指定 鹿児島県 第4670302670号

(2) 目的と基本方針

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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

- (3) 事業所の名称 指定通所介護事業所 共生型サービスるりちゃん家

- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿屋市笠之原町45番52-1号

- (5) 電話番号 0994-44-1645

- (6) ファクス番号 0994-44-1645

- (7) 管理者氏名 東 耕平

- (8) 開設年月日 令和 4年 2月 1日

(9) 職員配置

職 種	職 員 数
管 理 者	1人
生 活 相 談 員	1人以上
看 護 職 員	1人以上
介 護 職 員	4人以上
機 能 訓 練 指 導 員	1人以上

(10) 営業時間

営業日	日曜日を除く毎日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時40分 ただし、必要に応じて上記サービス提供時間以外でも相談等に 応じます。
事業の実施地域	主に鹿屋市

(11) 施設概要

利用定員	1日あたり28名 〔指定第1号通所事業（通所型サービス）及び指定障害児通 所支援の児童発達支援事業の定員を含む〕
建物の構造	木造ストレート葺き平家建
建物の延べ床面積	73.51㎡

3. 提供するサービスの内容

(1) 送迎

- ・ご自宅ならびに待ち合わせ場所までの送迎を行います。
- ・当日の道路事情等により送迎時間に差異が生じる場合がございます。

(2) 健康チェック・ティータイム

(3) 入浴

- ・利用者の身体の状況や居宅の環境を踏まえ、ご自宅での入浴の自立を図る観点から入浴計画に基づき支援します。

(4) 食事

- ・当事業所では、食事形態・栄養状態や利用者様の嗜好を考慮した食事を提供いたします。また、摂取困難者には介護職員により食事摂取のお手伝いをさせていただきます。

(5) 休憩・静養・趣味活動

(6) 個別機能訓練

- ・居宅での生活状況を踏まえながら自立支援にむけた心身の機能回復を目的とした訓練や、生活意欲が増進される訓練を行います。

(7) ティータイム

(8) 排泄

- ・自立支援と介助量軽減を踏まえながら排泄に介助を要する利用者の支援を行います。

(9) 生活相談

- ・利用者からの相談をはじめ、家族からの相談をお受けいたします。

(10) 健康状態の確認

- ・ご利用時、看護職員により血圧・体温測定を行い異常の早期発見に努めると共に健康に関する相談もお受けします。

4. 利用料金

- (1) 別紙の料金表によって、利用者の要介護度に応じサービス利用料金から介護給付費額を除いた金額介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証に則った負担割合に応じた自己負担分の金額)と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いください。

(サービスの利用料金は要介護度に応じて異なります。)

*別表参照

☆ 利用者が要介護認定を受けていない場合にサービスを利用されたときは、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂き、要介護認定を受けた後に自己負担金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、「居宅サービス計画書」が作成されていない場合にも「償還払い」となり、当事業所より「サービス提供証明書」を交付した後、自己負担額を除く金額が介護保険より支払われます。

☆利用者の介護度に変更が生じた場合は、利用料金も変更されます。

- (2) その他の料金・・・別表参照

①食事の提供に要する費用

ただし、生活保護受給者及び「給食利用要望書」の提出のあった利用者は、別表に定める額をお支払いいただきます。

②その他おむつ代・手芸材料代等、必要に応じて実費相当額をお支払い頂く場合があります。

③通常のサービス提供地域以外への送迎

通常のサービス実施地域を超えた地点から、片道送迎距離が15kmを超える場合は、ご利用1回につき別表に定める額をお支払いいただきます。

(契約時にご相談させていただきます。)

④利用者の希望により、利用時間とされる時間を越えてサービスを提供する場合は、別表に定める額をお支払いいただきます。

(契約時に説明させていただきます。)

- (3) 支払い方法

① 指定口座から毎月4日に自動振替(休日・祭日は前後します。)

※集金代行システムを利用し、手数料は事業者で負担します。

※申請から口座振替に至るまでの手続きに最長で2ヶ月程要しますので、その間のお支払いについては現金による窓口払いとなることをご了承下さい。

② 月締めでの事業所指定銀行口座への振り込み

※手数料は利用者負担となり、翌月20日までの日を基本支払い期限日となります。

③ 月締めでの現金払い

5. キャンセル料金

☆ 利用者の都合によりサービス利用を中止する場合には、下記のキャンセル料金が必要となります。

☆ 申し出なく休まれた場合には、介護保険適用外となりますので 食事代 が必要となります。

☆ ただし、利用者の急な状態悪化等(病状・気分不良)の場合や正当な理由がある場合においては、キャンセル料金は頂きません。

① 利用前日に申し出があった場合	無 料
② 利用日当日8時30分までに申し出のあった場合	無 料
③利用日当日8時30分をすぎて申し出のあった場合	食 事 代
④申し出なく休まれた場合	食 事 代

6. 相談・苦情の受け付けについて

(1) 事業所内受け付け機関

○相談・苦情解決責任者 (法人統括本部長 林田貴久)

○相談・苦情受け付け窓口担当者 (管理者 東 耕平)

受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:30 (緊急時除く)

電話番号 0994-44-1645

(2) 相談・苦情受け付けボックスとして当事業所玄関に、ご意見箱を設置しております。

(3) 当事業所の定める第三者委員に、相談又は苦情を直接申し出ることができます。

※ なお、対応した内容については申し出者にお知らせいたします。

無記名の場合には、掲示にてお知らせいたします。

(4) 行政機関その他の苦情受け付け機関

鹿屋市役所 保険福祉部高齢福祉課地域支援係	所在地 鹿屋市共栄町20番1号 受付時間 8:30～17:00 電話番号 0994-43-2111 F A X 0994-41-0701
鹿児島県国民健康保険 団体連合会	所在地 鹿児島県鴨池新町7番4号 受付時間 8:30～17:00 電話番号 099-206-1084 F A X 099-206-1069
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 鹿児島県鴨池新町1-7 県社会福祉センター内 受付時間 8:30～16:00 電話番号 099-257-3855 F A X 099-251-6779

(5) 第三者委員の設置

当事業所では、皆様からの相談・苦情に対し公正に対処するために中立的な立場の第三者委員を設置しております。

【第三者委員】

・宇都宮 快昭 (〒893-1207 肝属郡肝付町新富 191 番地 TEL0994-65-2794)

・池畑 春生 (〒893-0026 鹿屋市祓川町 4561 - 2 TEL0994-43-0315)

7. 福祉サービス第三者評価実施について

本事業所は福祉サービス第三者評価を受審し、事業運営における課題の把握やサービスの質の向上を目的とし福祉サービスの内容や質を公表しております。

福祉サービス第三者評価の実施状況

実施年月日： 令和3年10月13日

評価機関名称：NPO 法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構

結果の開示： ホームページ「福祉保健医療情報ネットワークシステム（ワムネット）」に掲載
アドレス <http://www.wam.go.jp>

8. 秘密保持

- (1) 本事業所の職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- (3) 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る場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

9. 個人情報の保護

- (1) 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン、ガイダンス等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。
- (2) 個人情報の取扱いに関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとします。
*記録物を交付するためには、個人情報に関する開示請求書の提出をして頂きます。尚、複写に関しては実費負担していただきます。

10. 契約の終了について

利用者は、事業者に対して1週間の予告期間において、本契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事由が生じた場合は予告期間が1週間以内の通知でも、本契約を解約することができます。また契約第11条(契約の終了)に該当する場合契約は終了致します

11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者： 管理者
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12. 身体拘束その他の行動制限・虐待防止のための措置

通所介護サービスの提供にあたり、事業者は、利用者の尊厳の保持の為に、利用者が他者から不適切な扱いにより権利利益を侵害される状況や生命・健康・生活が損なわれるような状態に置かれることのないよう、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等

に関する法律（高齢者虐待防止法）に基づき支援するものとし、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しないものとします。

- (2) 事業者は虐待の防止の指針に基づき対策を行い、虐待の発生又はその再発防止をするための委員会を設置し研修を行います。また虐待の発生又は再発を防止するための委員会を開催し、虐待の発見時には行政への通報を行いご利用者の安全の確保に努めます。
- (3) 事業者は、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限する場合は、当該利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。

また、この場合は、事前又は事後速やかに、当該利用者の家族等（扶養義務者）に対し、利用者への行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。
- (4) 事業者は、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、契約書第5条第2項の記録に次の事項を記載するものとします。
 - ・利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
 - ・前項に基づく利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
 - ・前項に基づく利用者の家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

13. 事故発生防止と事故発生時の対応について

- (1) 当事業所は事故防止・対応のため安全管理委員会を設置し、指針に基づき事故発生防止を図り、事故発生時の対応を行います。
- (2) 利用者に対する通所介護サービスの提供により万一事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該利用者のご家族・当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、この場合、故意または重過失がある場合に限り、利用者に対して損害賠償を行います。
- (3) 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置については、記録を整備します。
- (4) 事業者は、万が一の事故発生に備えて損害賠償責任保険に加入しています。

14. 非常災害対策について

通所介護サービスの提供中に、火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年2回以上の訓練を実施します。天災その他の災害が発生した場合には、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を執ります。また、感染症予防及び蔓延のための対策を検討する委員会を6月に1回スタッフへ周知徹底行えるよう指針整備を行い、定期的に研修や訓練を行う事でサービスを継続的に提供できる体制を構築していきます。

15. その他の事項

- (1) 風邪、病気、感染症又は疑いがある等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

- (2) 当日の健康状態の確認等で、体調が悪い場合には、サービス内容の変更またはサービスの中止をすることがあります。この場合には、実施していないサービス加算料金は返金いたします。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービスを中止することがあります。その場合には、家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師・歯科医師・当事業所の協力医療機関に連絡を取る等の必要な措置を講じます。緊急時の場合には、基本的に家族の付き添いにより受診をして頂きます。
- (4) 歩行の状態によりケアプランに沿って、移動時の付き添い、介助を行います。常時の付き添いは難しい為、転倒のリスクは考えられますので、ご了承ください。
- (5) 入院や自宅療養、施設などへの入所などにより、1ヶ月以上にわたってサービスの利用がない場合には、契約の取り消しとなります。

16. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力を頂いております。

☆医療法人 青仁会 池田病院 (内科・整形外科・歯科等)

鹿屋市下祓川町 1830 番地 Tel0994-43-3434

附則

この重要事項説明書は、令和4年2月1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和4年7月1日より施行する。

この重要事項説明書は、令和4年10月1日より施行する。

【指定通所介護事業】 通常型通所介護費

【別表】

① 利用料金（1日当たりの介護保険1割負担分） 基本料金表

介護度	8～9時間未満	7～8時間未満	6～7時間未満	5～6時間未満	4～5時間未満	3～4時間未満
要介護1	666円	655円	581円	567円	386円	368円
要介護2	787円	773円	686円	670円	442円	421円
要介護3	911円	896円	792円	773円	500円	477円
要介護4	1,036円	1,018円	897円	876円	557円	530円
要介護5	1,162円	1,142円	1,003円	979円	614円	585円

※送迎を行わない場合は片道につき47円利用料金から差し引きをさせていただきます。

時間延長サービス利用料金（1日あたり：介護保険1割負担分）

9時間以上10時間未満の場合（1時間延長）	50円
10時間以上11時間未満の場合（2時間延長）	100円
11時間以上12時間未満の場合（3時間延長）	150円
12時間以上13時間未満の場合（4時間延長）	200円
13時間以上14時間未満の場合（5時間延長）	250円

② 加算料金（介護保険1割負担分）

各種加算	基本料金
(1) 入浴介助加算	(I) 40円（1日あたり） (II) 55円（1日あたり）
(2) 個別機能訓練加算	I (イ) 56円（1日あたり） I (ロ) 85円（1日あたり）
	II 20円（1月あたり）
(3) 口腔機能向上加算	(I) 150円（1月に2回まで） (II) 160円（1月に2回まで）
(4) 生活機能向上連携加算	(I) 100円（3月に1回を限度）
	(II) 200円（個別機能訓練加算算定の場合100円）（1月あたり）
(5) ADL維持加算	(I) 30円（1月あたり） (II) 60円（1月あたり）
(6) 認知症加算	60円（1日あたり）
(7) 若年性認知症加算	60円（1日あたり）※認知症加算との併算定不可
(8) 栄養アセスメント加算	50円（1月あたり）
(9) 栄養改善加算	200円（1月あたり 月2回が限度 3月以内）
(10) 口腔・栄養スクリーニング	(I) 20円（6月に1回） (II) 5円（6月に1回）
	※(I)と(II)との併算定は不可
(11) 科学的介護推進体制加算	40円（1月あたり）

③ サービス提供体制強化加算

基準内容	料金
(I) イ 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。	22円

④ 中重度者ケア体制加算（1日あたり）

基 準 内 容	料 金
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者総数のうち、要介護状態区分が要介護3～5である者の割合が、30%以上であること。 ・介護職員、看護職員の員数に加え、介護職員、看護職員を常勤換算法で2人以上確保していること。 	45円

⑤ 介護職員処遇改善加算

通所介護	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）5.9% 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）1.2% 介護職員等ベースアップ等支援加算 1.1%
------	--

⑥ その他の料金

（1）食事の提供に関する費用（1食あたり）

- ア 食事の提供に要する費用・・・600円（おやつ代を含む）
- イ 生活保護受給者・・・・・・・・・・300円（食事・おやつ代を含む）
- ウ 「給食利用要望書」提出者・・・・100円（弁当・食品持ち込みの場合のおやつ代）

（2）通常のサービス提供地域以外への送迎

- ア 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道15km以上の場合
 利用1回につき・・・・・・500円

【指定通所介護事業】 通常型通所介護費

① 利用料金（1日当たりの介護保険2割負担分） 基本料金表

介護度	8～9時間未満	7～8時間未満	6～7時間未満	5～6時間未満	4～5時間未満	3～4時間未満
要介護1	1,332円	1,318円	1,162円	1,134円	772円	736円
要介護2	1,574円	1,546円	1,372円	1,340円	884円	842円
要介護3	1,822円	1,792円	1,584円	1,546円	1,000円	954円
要介護4	2,072円	2,036円	1,794円	1,752円	1,114円	1,060円
要介護5	2,324円	2,284円	2,006円	1,958円	1,228円	1,170円

※送迎を行わない場合は片道につき47円利用料金から差し引きをさせていただきます。

時間延長サービス利用料金（1日あたり：介護保険2割負担分）

9時間以上10時間未満の場合（1時間延長）	100円
10時間以上11時間未満の場合（2時間延長）	200円
11時間以上12時間未満の場合（3時間延長）	300円
12時間以上13時間未満の場合（4時間延長）	400円
13時間以上14時間未満の場合（5時間延長）	500円

② 加算料金（介護保険2割負担分）

各種加算	基本料金
(1) 入浴介助加算	(I) 80円（1日あたり） (II) 110円（1日あたり）
(2) 個別機能訓練加算	I (イ) 112円（1日あたり） I (ロ) 170円（1日あたり）
	II 40円（1月あたり）
(3) 口腔機能向上加算	(I) 300円（1月に2回まで） (II) 320円（1月に2回まで）
(4) 生活機能向上連携加算	(I) 200円（3月に1回を限度）
	(II) 400円（個別機能訓練加算算定の場合200円）（1月あたり）
(5) ADL維持加算	(I) 60円（1月あたり） (II) 120円（1月あたり）
(6) 認知症加算	120円（1日あたり）
(7) 若年性認知症加算	120円（1日あたり） ※認知症加算との併算定不可
(8) 栄養アセスメント加算	100円（1月あたり）
(9) 栄養改善加算	400円（1月あたり 月2回が限度 3月以内）
(10) 口腔・栄養スクリーニング	(I) 40円（6月に1回） (II) 10円（6月に1回）
	※(I)と(II)との併算定は不可
(11) 科学的介護推進体制加算	80円（1月あたり）

③ サービス提供体制強化加算

基準内容	料金
(I) イ 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上	44円

上であること。	
---------	--

④ 中重度者ケア体制加算（1日あたり）

基 準 内 容	料 金
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者総数のうち、要介護状態区分が要介護 3～5 である者の割合が、30%以上であること。 ・介護職員、看護職員の員数に加え、介護職員、看護職員を常勤換算法で 2 人以上確保していること。 	90 円

⑤ 介護職員処遇改善加算

通所介護	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 5.9% 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 1.2% 介護職員等ベースアップ等支援加算 1.1%
------	--

⑥ その他の料金

（1）食事の提供に関する費用（1食あたり）

- ア 食事の提供に要する費用・・・600 円（おやつ代を含む）
- イ 「給食利用要望書」提出者・・・100 円（弁当・食品持ち込みの場合のおやつ代）

（2）通常のサービス提供地域以外への送迎

- ア 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道 15 km 以上の場合
 利用 1 回につき ……………500 円

【指定通所介護事業】 通常型通所介護費

【別表】

① 利用料金（1日当たりの介護保険3割負担分） 基本料金表

介護度	8～9時間未満	7～8時間未満	6～7時間未満	5～6時間未満	4～5時間未満	3～4時間未満
要介護1	1,998円	1,965円	1,743円	1,701円	1,158円	1,104円
要介護2	2,361円	2,319円	2,058円	2,010円	1,326円	1,263円
要介護3	2,733円	2,688円	2,376円	2,319円	1,500円	1,431円
要介護4	3,108円	3,054円	2,691円	2,628円	1,671円	1,590円
要介護5	3,486円	3,426円	3,009円	2,937円	1,842円	1,755円

※送迎を行わない場合は片道につき47円利用料金から差し引きをさせていただきます。

時間延長サービス利用料金（1日あたり：介護保険3割負担分）

9時間以上10時間未満の場合（1時間延長）	150円
10時間以上11時間未満の場合（2時間延長）	300円
11時間以上12時間未満の場合（3時間延長）	450円
12時間以上13時間未満の場合（4時間延長）	600円
13時間以上14時間未満の場合（5時間延長）	750円

② 加算料金（介護保険3割負担分）

各種加算	基本料金
(1) 入浴介助加算	(I) 120円（1日あたり） (II) 165円（1日あたり）
(2) 個別機能訓練加算	I (イ) 168円（1日あたり） I (ロ) 255円（1日あたり）
	II 60円（1月あたり）
(3) 口腔機能向上加算	(I) 450円（1月に2回まで） (II) 480円（1月に2回まで）
(4) 生活機能向上連携加算	(I) 300円（3月に1回を限度）
	(II) 600円（個別機能訓練加算算定の場合300円）（1月あたり）
(5) ADL維持加算	(I) 90円（1月あたり） (II) 180円（1月あたり）
(6) 認知症加算	180円（1日あたり）
(7) 若年性認知症加算	180円（1日あたり） ※認知症加算との併算定不可
(8) 栄養アセスメント加算	150円（1月あたり）
(9) 栄養改善加算	600円（1月あたり 月2回が限度 3月以内）
(10) 口腔・栄養スクリーニング	(I) 60円（6月に1回） (II) 15円（6月に1回）
	※(I)と(II)との併算定は不可
(11) 科学的介護推進体制加算	120円（1月あたり）

③ サービス提供体制強化加算

基準内容	料金
(I) イ 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上	66円

上であること。	
---------	--

④ 中重度者ケア体制加算（1日あたり）

基 準 内 容	料 金
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者総数のうち、要介護状態区分が要介護 3～5 である者の割合が、30%以上であること。 ・介護職員、看護職員の員数に加え、介護職員、看護職員を常勤換算法で 2 人以上確保していること。 	135 円

⑤ 介護職員処遇改善加算

通所介護	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 5.9% 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 1.2% 介護職員等ベースアップ等支援加算 1.1%
------	--

⑥ その他の料金

（1）食事の提供に関する費用（1食あたり）

- ア 食事の提供に要する費用・・・600 円（おやつ代を含む）
- イ 「給食利用要望書」提出者・・・100 円（弁当・食品持ち込みの場合のおやつ代）

（2）通常のサービス提供地域以外への送迎

- ア 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道 15 km 以上の場合
 利用 1 回につき ……………500 円

◆ 他、別途加算サービスについてのご案内 ◆
【指定通所介護事業】

(1) 入浴介助加算

浴室における当該利用者宅の動作及び浴室環境の評価を行った上、個別の入浴計画作成を行い、利用者宅の環境・特性に応じた入浴介助サービスの提供を行うことで算定いたします。

(2) 個別機能訓練加算

提供時間帯を通じて、(I) イ 専従1名以上配置（配置時間の定めなし）：(I) ロ 専従1名以上配置（サービス提供時間帯通じて配置）イに加えて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等を1名以上配置して機能訓練を行います。居宅を訪問した上で多職種共同でのアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成します。

上記に加えて、個別機能訓練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事で個別機能訓練Ⅱを算定いたします。

(3) 口腔機能向上加算

口腔機能が低下している方又はそのおそれのある方に対して、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合に1月につき2回を限度として算定いたします。

(4) 生活機能向上連携加算

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、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のマネジメントを行い、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します。

個別機能訓練計画に基づき、機能訓練指導員等が機能訓練を実施します。また、3月に1回以上の評価及び利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と進捗状況等を説明し、必要に応じて計画の見直しを行うことで算定いたします。

(5) ADL維持加算

自立支援・重度化防止の観点から、利用開始月及びその翌月から起算して6月目にADL評価を行い、厚生労働省に当該データを提出します。利用開始月とその翌月から起算して6月目のデータを比較し、日常生活動作の維持又は改善の度合いが一定水準を超えた場合に算定いたします。また、測定・評価の結果を測定月ごとに厚生労働省に提出しフィードバックを受けます。

(6) 認知症加算（該当者のみ）

当事業所の利用者の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20%以上である場合、認知症の症状の進行緩和に資するケアを計画的に実施することに

より算定いたします。

(7) 若年性認知症加算（該当者のみ）

若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定いたします。

(8) 栄養アセスメント加算

管理栄養士の配置又は外部の管理栄養士との連携により、多職種協働で栄養状態のアセスメントを実施。その結果を説明し、必要に応じて相談等に対応いたします。また、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報、その他栄養管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用している事で算定いたします。

(9) 栄養改善加算

口腔・栄養スクリーニングにより低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる方に対して、管理栄養士等が利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、計画に基づくケアの実施、栄養状態の定期的な記録・評価を行います。また、必要に応じ居宅を訪問します。これらのことを実施することで、1月に2回を限度とし算定いたします。

(10) 口腔・栄養スクリーニング

通所介護事業所の従業者が利用者の利用開始時及び6月ごとに、口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合に、6月に1回を限度として算定いたします。

(11) 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症状況、その他の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、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することで算定いたします。

(12) サービス提供体制強化加算（I）

指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であることで算定いたします。

(13) 中重度者ケア体制加算

利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である方の占める割合が30%以上であり、職員配置基準に2名を加えた職員体制を整えることで算定いたします。

(14) 介護職員処遇改善加算

介護報酬改定による処遇改善に加えて、介護職員と他業種との賃金格差をさらに縮め、介護が確固とした雇用の場として成長していく為の加算です。

厚生労働大臣が定める基準に適合し、都道府県知事に届け出を行っている為、介護職員の賃金の改善等、介護職員の処遇改善に使用する目的で、介護報酬の自己負担分合計の 5.9%に相当する加算を算定いたします。

(15) 介護職員等特定処遇改善加算

厚生労働省が定める介護人財確保のための取組をより一層進める為、厚生労働大臣が定める基準に適合し、都道府県知事に届け出を行っている為、経験・技能のある介護職員等の賃金の改定など処遇改善に使用する目的で、介護報酬の自己負担合計の 1.2%に相当する加算を算定いたします。

(16) 介護職員等ベースアップ等支援加算

介護職員の賃金のベースアップを目的で、介護報酬の自己負担合計の 1.1%に相当する加算を算定いたします。

(17) 時間延長サービス

利用時間が9時間を超えるサービスについては、延長料金が発生します。

(18) 送迎未実施減算

利用者に対して、その居宅と通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき所定の金額を減算いたします。

同意・交付年月日

令和 年 月 日

「通所介護サービス」の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。
注) 署名をもって印の代替えとし、署名は真正の意味を示すものとします。

法人名	社会福祉法人恵仁会
代表者名	池田 志保子
指定事業	指定通所介護
事業所名	共生型サービスるりちゃん家
住所	鹿児島県鹿屋市笠之原町 45 番 52-1 号
管理者	東 耕平

説明者 職種 氏名 _____

私は、本面書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、「通所介護サービス」の提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

契約者 (利用者) 住所 _____

氏名 _____

家族等 (身元引受人) 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____