

## 重要事項説明書（地域密着型通所介護）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定地域密着型通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたいこと、当事業者が説明すべき重要事項について以下の内容を説明いたします。  
分からないこと、分かり難いことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

### 1. 指定地域密着型通所介護サービスを実施する事業所について

事業所名称	ナイス・デイ（利用定員10名）	指定番号	2372700324
所在地	愛知県津島市愛宕町四丁目113番地		
T E L	(0567) 26-3699	F A X	(0567) 26-3922
介護保険法令に基づき津島市から指定を受けているサービスの種類			地域密着型小規模通所介護
通常の実施地域	津島市域	管理責任者	田口 峰子
営業日	月曜日～土曜日	年末年始の休業	12月31日～1月3日
営業時間	8:30～17:30	サービス提供時間	9:15～16:35

### 2. サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社 サポート・ワン・サービス	法人種別	営利法人	
所在地	愛知県津島市愛宕町四丁目113番地		代表者名	飯尾 敦子
T E L	(0567) 26-3921	F A X	(0567) 26-3922	

### 3. 事業所の職員体制について

職 種	員数	有する資格	役 割
管理責任者	1名	看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従業員の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。</li> <li>・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> <li>・利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、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するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。</li> <li>・利用者へ通所介護計画を交付します。</li> <li>・指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。</li> </ul>
生活相談員	サービス提供時間を通して1名以上	介護福祉士等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。</li> <li>・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及び目標の達成状況の記録を行います。</li> </ul>
機能訓練指導員	1名以上	看護師等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
介護職員	サービス提供時間を通して1名以上	介護福祉士、介護初任者研修等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。</li> </ul>
調理員	1名以上		<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供時間中に提供する食事の準備を行います。</li> </ul>
事務員	1名以上		<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。</li> </ul>

### 4. 通所介護利用時の一日の時間の流れについて

8:30～ 9:15	9:15～ 10:00	10:00～ 12:00	12:00～ 13:00	13:00～ 15:00	15:00～ 16:00	16:00～ 16:35	16:35～ 17:30
送 迎	体調確認等	リハビリ・行事 レクリエーション	昼 食	リハビリ・行事 レクリエーション	おやつ	帰る準備等	送 迎
入浴（個 浴）							

## 5. 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		<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、利用者の意向や心身の状況等の7eスマットを行い、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。</li> <li>・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又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。</li> <li>・同意を得た通所介護計画を利用者に交付します。</li> <li>・利用者毎に、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。</li> </ul>
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、車いす又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	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	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。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬確認を行います。
機能訓練	日常生活動作の訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的もしくは個別に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
他	創作活動	利用者の選択や意欲に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の機会を作り提供します。

### (1) 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## 6. 提供するサービスの費用について／利用料の目安（介護保険利用料）

要介護度	1回あたりの利用単位			1回あたりの負担額			
	基本利用単位数 ※(注4)参照	入浴 単位数	合計単位数	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担1割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担2割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担3割の場合) ※(注2)参照
要介護1	750単位	入浴なし 0単位	750単位	7,702円	771円	1,541円	2,311円
要介護2	887単位		887単位	9,109円	911円	1,822円	2,733円
要介護3	1,028単位		1,028単位	10,557円	1,056円	2,112円	3,168円
要介護4	1,168単位		1,168単位	11,995円	1,200円	2,399円	3,599円
要介護5	1,308単位		1,308単位	13,433円	1,344円	2,687円	4,030円
要介護1	750単位	入浴あり 40単位	790単位	8,113円	812円	1,623円	2,434円
要介護2	887単位		927単位	9,520円	952円	1,904円	2,856円
要介護3	1,028単位		1,068単位	10,968円	1,097円	2,194円	3,291円
要介護4	1,168単位		1,208単位	12,406円	1,241円	2,482円	3,722円
要介護5	1,308単位		1,348単位	13,843円	1,385円	2,769円	4,153円
要介護1	750単位	入浴あり 55単位	805単位	8,267円	827円	1,654円	2,481円
要介護2	887単位		942単位	9,674円	968円	1,935円	2,903円
要介護3	1,028単位		1,083単位	11,122円	1,113円	2,225円	3,337円
要介護4	1,168単位		1,223単位	12,560円	1,256円	2,521円	3,768円
要介護5	1,308単位		1,363単位	13,998円	1,400円	2,800円	4,200円

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、サービス提供時間数に応じた利用料となります。なお、引き続き、継続して計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅介護支援専門員と連携し状況に応じた居宅サービス計画見直し及び変更の援助を行うと共に通所介護計画等の見直しを行います。
- ※ 利用者の当日の体調急変が理由により計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）となる場合の利用は利用予定の実費及び実態に準ずるサービス提供時間数として実績の取り扱いを行います。但し、複数回に及ぶ場合や作為的な言動・行為が見られた場合はこの限りではありません。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合又は通介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。
- ※ 感染症又は災害の発生を理由として当該月の利用者数が当該月の前年度における月平均よりも 100 分の 5 以上減少している場合、3 月以内に限り 1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を加算します。

【加算・減算】要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算の要件と額（1回あたり）				
	単位数	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担1割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担2割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担3割の場合) ※(注2)参照
入浴介助加算（Ⅰ）	・入浴介助を適切に行うことが可能な人員及び設備を有して介助を行う				
	40	410円	41円	82円	123円
入浴介助加算（Ⅱ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（Ⅰ）の要件</li> <li>・医師等が利用者宅の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を氷解していること。この際、居宅の浴室が、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。</li> <li>・事業所の機能訓練指導員などが共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で利用者の身体の状況や訪問により把握した居宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成する。</li> <li>・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。</li> </ul>				
	55	564円	57円	113円	170円
送迎を行わない場合（片道） ※送迎なし等の場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・送迎を実施していない場合（利用者自ら通う場合）</li> <li>・家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合は減算</li> </ul>				
	-47	-482円	-49円	-97円	-145円
送迎を行わない場合（片道） ※事業所と同一建物居住の場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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地域密着型通所介護を行う場合</li> </ul>				
	-94	-965円	-97円	-193円	-290円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ ※イとロは併算定不可 ※身体機能（座る・立つ・歩く等ができるよう 身体機能の向上に関する目標設定が必要） ※機能訓練を実施した日数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズ把握・情報収集：機能訓練指導員等が、利用者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する。</li> <li>・機能訓練指導員の配置：常勤・専従1名以上配置（配置時間の定めなし）</li> <li>・計画作成：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する。</li> <li>・機能訓練項目：身体機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。複数種類の項目を準備し、利用者の生活意欲が増進されるよう援助する</li> <li>・訓練の対象者：人数制限なし</li> <li>・訓練の実施者：制限なし（機能訓練指導員の管理下に別の従事者が実施した場合も算定）</li> <li>・評価：3か月に1回以上実施。個別機能訓練計画の進捗状況等に応じて個別機能訓練計画の見直しを行う。</li> </ul>				
	56	575円	58円	115円	173円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ ※イとロは併算定不可 ※身体機能（座る・立つ・歩く等ができるよう 身体機能の向上に関する目標設定が必要） ※機能訓練を実施した日数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加算（Ⅰ）イの要件を満たす</li> <li>・機能訓練指導員の配置：常勤・専従1名以上配置（サービス提供時間を通じて配置）</li> </ul>				
	85	872円	88円	175円	262円

<p>個別機能訓練加算（Ⅱ）1月につき ※加算Ⅰに上乗せして算定 ※生活機能（1人でお風呂に入る等の生活機能の維持・向上に関する目標設定が必要）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズ把握・情報収集：機能訓練指導員等が、利用者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する。</li> <li>・機能訓練指導員の配置：専従1名以上配置（配置時間の定めなし）</li> <li>・計画作成：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する。</li> <li>・機能訓練項目：生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を設定する</li> <li>・訓練の対象者：5人程度以下の小集団又は個別で訓練する。</li> <li>・訓練の実施者：機能訓練指導員が直接実施する</li> <li>・評価：3か月に1回以上実施。個別機能訓練計画の進捗状況等に応じて個別機能訓練計画の見直しを行う。</li> <li>・個別機能訓練計画の内容を厚生労働省に提出しフィードバックを受ける</li> </ul>
<p>口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用開始時及び6月ごとに行う</li> <li>・利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認する</li> <li>・その情報を担当の居宅支援専門員に提供する。</li> </ul>
<p>口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） ※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、当該加算（Ⅰ）を算定できない場合に算定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が栄養改善加算や口腔機能改善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う。</li> <li>・その情報を担当の居宅支援専門員に提供する。</li> </ul>
<p>栄養アセスメント加算（1月につき）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・イ：従業員又は外部との連携により管理栄養士1名以上を配置</li> <li>・利用者の栄養状態を把握し、管理栄養士などが共同して栄養アセスメントを実施。</li> <li>・利用者及び家族にその結果を説明し、相談などに応じる。</li> <li>・利用者毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、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する。</li> </ul>
<p>栄養改善加算 ※3月以内の期間に限り1月に2回を限度 ※口腔・栄養スクリーニング加算との併算不可</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・イ：従業員又は外部との連携により管理栄養士1名以上を配置</li> <li>・利用者の栄養状態を把握し、管理栄養士などが共同して摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成する</li> <li>・利用者ごとの栄養ケア計画に従い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。</li> <li>・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。</li> <li>・必要に応じて利用者の居宅を訪問する。</li> </ul>
<p>口腔機能向上加算（Ⅰ） ※3月以内の期間に限り1月に2回を限度</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的と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であり、心身の状態の維持又は向上に資すると認められること。</li> <li>イ：言語聴覚士・歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置</li> <li>ロ：利用開始時に口腔機能把握し、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する。</li> <li>ハ：利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、口腔機能を定期的に記録していること。</li> <li>ニ：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。</li> </ul>
<p>口腔機能向上加算（Ⅱ） ※3月以内の期間に限り1月に2回を限度</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件</li> <li>・口腔機能改善管理指導計画などの情報を厚生労働省に提出し、実施にあたって、情報その他の口腔衛生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。</li> </ul>
<p>A D L維持等加算（Ⅰ）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>イ：利用者等の施設利用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。</li> <li>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月目においてBarthel indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定する日が属する月ごとに、厚生労働省に提出している。</li> </ul>

	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。	30	308円	31円	62円	93円
ADL維持等加算（Ⅱ）	・ADL維持加算（Ⅰ）のイとロの要件を満たすこと。 ・評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して2以上であること。	60	616円	62円	124円	185円
認知症専門ケア加算Ⅰ（1日につき）	・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上 ・認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施する。 ・当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催する。	3	31円	4円	7円	10円
認知症専門ケア加算Ⅱ（1日につき）	・認知症ケア加算Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施する。 ・介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定する。	4	41円	5円	9円	13円
生活機能向上連携加算Ⅰ ※1月につき（原則3月に1回を限度）	・訪問リハビリテーション若しくは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（病院にあっては許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・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、機能訓練指導員が生活機能の向上を目的とした通所介護計画を作成（変更）する。 ・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行う	100	1,042円	105円	209円	313円
生活機能向上連携加算Ⅱ（1月につき） ※Ⅰを算定している場合は算定しない ※個別機能訓練加算算定の場合は（Ⅰ）ではなく（Ⅱ）を算定。この場合の（Ⅱ）は100単位	・現行の訪問リハビリテーション・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に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が指定通所リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際に、機能訓練指導員等が同行等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同で行い、かつ、生活機能の向上を目的とした通所介護計画書を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該指定通所介護計画に基づく指定地域密着型通所介護を行う。 ・初回の当該サービス提供が行われた日の属する月以降、3月の間、1月につき所定単位数を加算する。 ※カンファレンスの要件：要介護者の生活維持・向上させるためには多職種によるカンファレンスが効果的であることや業務効率化の観点から、同カンファレンスについては利用者・家族も参加するサービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上で実施する機能訓練指導員等及びリハビリテーション専門職等によるカンファレンスでもよい	200	2,084円	209円	417円	626円
中重度者ケア体制加算 ※共生型の場合は算定しない ※認知症加算との併算可能	・利用人数の内、要介護者で介護3～5の者の占める割合が30%を占める ・看護職員又は介護職員を常勤換算法で2以上確保する。 ・看護職員は、サービス提供を行う時間を通じて1名以上専任で配置する					

	・中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定する。	45	462円	47円	93円	139円
若年性認知症利用者受入加算 ※認知症加算との併算不可	・若年性認知症（40歳から64歳まで）のご利用者様を対象に、そのご利用者様の特性やニーズに応じたサービス提供を行う。	60	616円	62円	124円	185円
サービス提供体制加算（Ⅰ）イ 1回につき算定	次のいずれかに該当すること。 ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合70%以上の配置 ・勤続10年以上介護福祉士25%以上	22	225円	23円	45円	68円
サービス提供体制加算（Ⅱ） 1回につき算定	・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合50%以上の配置	18	184円	19円	37円	56円
サービス提供体制加算（Ⅲ） 1回につき算定	次のいずれかに該当すること ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合40%以上の配置 ・勤続7年以上介護福祉士30%以上	6	61円	7円	13円	19円
介護職員処遇改善加算Ⅰ（1月につき）	所定単位数の5.9%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割		
介護職員処遇改善加算Ⅱ（1月につき）	所定単位数の4.3%					
介護職員処遇改善加算Ⅲ（1月につき）	所定単位数の2.3%					
介護職員処遇改善加算Ⅳ（1月につき）	介護処遇改善加算Ⅲの90%					
介護職員処遇改善加算Ⅴ（1月につき）	介護処遇改善加算Ⅲの80%					
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（1月につき）	所定単位数の1.2%					
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ（1月につき）	所定単位数の1.0%					
当事業所の所在する建物と同一の建物に居住（養護老人ホーム、軽費老人ホーム・有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅に限る）する利用者又は同一の建物から通う利用者に居住する者に対してサービス提供を行う場合 ※同一建物：事業所と構造上又は外形上一体的な建築物	当該建物に居住する利用者数が20人以上の場合所定単位数の90% 当該建物に居住する利用者数が50人以上の場合所定単位数の85%					

※介護保険法が改定された場合、これら基本利用料等も自動的に改定されます。その場合、新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

（注1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が6級地のため、単位数に10.27を乗じた額）となります。

（注2）利用者は、事業者に対し原則として介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額を支払います。なお、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の10割負担となります。

（注3）上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

（注4）新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として令和3年4月1日から令和3年9月30日迄の間は、基本部分の単位数について所定単位数の0.1%に相当する単位数を算定します。

※上記加算一覧に表記されていない科学的介護推進体制加算が創設されました。事業者が国の機関に登録し、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、その情報を通所介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に算定されます。

※ サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算は、区分支給限度管理の対象外となります。

## 7. 送迎時の居宅内援助について

送迎時における居宅内介助を必要とする場合の対応	送迎時に実施した居宅内介助等（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）は所要時間に含めます。 ※上記の場合、居宅サービス計画と個別サービス計画に位置付けた上で実施するものとし、所要時間内に含めることが出来る時間は30分以内（1日）とする。 ※居宅内介助等を行う者は、介護福祉士・介護職員初任者研修修了者等とする。
-------------------------	---

## 8. その他（実費負担額）について

※時間外利用に関しては、本重要事項説明書を基本とする契約書を結ぶことで利用可能とします。

内 容	詳細	料 金
食費（昼）	利用日の昼食代（実費）として（おやつ代込み） ※外出時の個人飲食費は別扱い	昼食：680円/食
レクリエーション費	個別に自費が発生するレク等を希望された場合の費用は全額負担	実費



### 1 3. サービス提供に関する相談及び苦情について

#### (1) 相談及び苦情受付の体制及び手順

- ア 提供した指定通所介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。  
 (下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- ・苦情等があった場合は、担当者が利用者やその家族と連絡を取り、状況を確認する。また、必要に応じて面談し、事情の確認を行います。
- 《介護保険上の問題と対応》
- ・介護保険制度の資料を入手した上で、説明し理解を得るための努力を行います。
  - ・保険者や介護支援専門員等にも状況を伝え、必要な場合は対応を依頼します。
- 《利用上の問題と対応》
- ・苦情を把握し、問題点の改善策を検討します。
  - ・関係(担当)者間で苦情に対する認識度を確認し再発防止及び改善に役立てます。
- 《その他参考事項》
- ・日頃から利用者の立場に立ったサービス提供をするように心掛ける。また利用者の状況の変動など細かな情報を関係(担当)者で密に交換及び把握するように努めます。
  - ・利用者及びその家族、もしくは主の介護者などから、家庭での生活状況を聴取し、要望や困っていること、また生活歴からみる性格の特徴も考慮することで、苦情が出ないような対応方法を心掛けます。
  - ・自社で行う、現場に近い内容の勉強会を開催する。(同業者間での合同開催なども含む)
  - ・研修会に積極的に参加する姿勢を持ち、質の向上に努めます。
  - ・その他、内容に応じて適宜対応を検討する姿勢を持ちます。

#### (2) 相談及び苦情申立の窓口

【事業者の窓口】	<ul style="list-style-type: none"> <li>●窓口 地域密着型通所介護 ナイス・デイ</li> <li>●所在地 愛知県津島市愛宕町四丁目113番地</li> <li>●相談及び苦情受付担当者 田口 峰子・小川 正美</li> <li>●電話番号 (0567) 26-3699</li> <li>●ファックス番号 (0567) 26-3922</li> <li>●受付時間 営業日・営業時間中の受付とする。</li> </ul>
【市町村(保険者)の窓口】	<ul style="list-style-type: none"> <li>●窓口 津島市役所高齢介護課(介護保険/地域密着グループ)</li> <li>●所在地 津島市立込町2丁目21番地</li> <li>●電話番号 (0567) 24-1118(直通)</li> <li>●ファックス番号 (0567) 24- (直通)</li> <li>●受付時間 市役所の受付時間とする(土日祝は休み)</li> </ul>
【公的団体の窓口】	<ul style="list-style-type: none"> <li>●窓口 愛知県国民健康保険団体連合会(愛知県の苦情処理相談窓口)</li> <li>●所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館</li> <li>●電話番号 (052) 962-4727</li> <li>●受付時間 連合会の受付時間とする(土日祝は休み)</li> </ul>

### 1 4. 提携の医療機関

機関名	所在地	TEL	科目
彦坂外科	愛知県津島市愛宕町	(0567) 25-8355	外科・内科
神守診療所	愛知県津島市神守町	(0567) 28-3650	内科
七宝病院	愛知県あま市七宝町	(052) 443-7800	精神科
田中歯科	愛知県津島市立込町	(0567) 25-4151	歯科

### 1 5. 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

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組の状況	1 あり	実施日	令和2年7月	
		結果の開示	1 あり	2 なし
2 なし				
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				



## 16. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	虐待防止委員：森本智恵子
-------------	--------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 17. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行い身体拘束に関する担当者を選定しています。

身体拘束に関する担当者	身体拘束委員：森本 智恵子
-------------	---------------

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 18. 衛生管理等について

- (1) 指定通所介護事業所の用に供する施設、食器その他送迎車両を含む設備又は飲用に供する水等について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じ、また、担当者を選定しています。

感染対策に関する担当者	感染防止対策委員：森本 智恵子
-------------	-----------------

- (2) 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 必要に応じて保健所等の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (4) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむねひと月に1回程度開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 19. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密保持について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者は、利用者又は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」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>・事業者及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又は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>・この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</li> <li>・事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及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> </ul>
個人情報の保護について	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 事業者は、利用者から予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、予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、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、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洩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>

## 20. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

### 21. 緊急連絡先

住 所			
氏 名	(続柄： )		
T E L		携帯電話	

### 22. かかりつけの医療機関 (※主治医を1番に記載)

病院名		科 目	
T E L		担当医	

病院名		科 目	
T E L		担当医	

### 23. 事故発生時の対応方法について

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、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。

また、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】	<ul style="list-style-type: none"><li>●窓 口 津島市役所高齢介護課（介護保険／地域密着グループ）</li><li>●所在地 津島市立込町2丁目21番地</li><li>●電話番号 (0567) 24-1118(直通)</li><li>●ファックス番号 (0567) 24-1791(直通)</li><li>●受付時間 市役所の受付時間とする（土日祝は休み）</li></ul>
【事業所の窓口】	<ul style="list-style-type: none"><li>●窓 口 地域密着型通所介護 ナイス・デイ</li><li>●所在地 愛知県津島市愛宕町四丁目113番地</li><li>●相談及び苦情受付担当者 田口 峰子・小川 正美</li><li>●電話番号 (0567) 26-3699</li><li>●ファックス番号 (0567) 26-3922</li><li>●受付時間 営業日・営業時間中の受付とする。</li></ul>

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
	保 険 名	超ビジネス保険
	補償の概要	老人福祉・介護事業（事業活動包括保険）
自動車保険	保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
	保 険 名	一般自動車保険（TAP）
	補償の概要	対人・対物・人身・搭乗者・車両保証

### 24. 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又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。

### 25. 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及び保健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上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へ送付します。

**26. 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）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。  
災害対策に関する担当者

防火管理に関する担当者	竹内 薫
-------------	------

- 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及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。  
避難訓練実施時期：毎月20日開催
- ④ 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

**27. 業務継続計画の策定等について**

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

**28. 指定地域密着型通所介護サービス利用にあたる見積もりについて**

（新規契約説明時に作成・利用中で制度改正の説明時は希望者のみ使用します）

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前確認した日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) 提供予定の利用料を想定し、項目の有無に○もしくは空欄に項目及び単価を明記して見積額の算出とします。

希望日	基本利用単位数	サービス内容（基本利用単位数及び加算等の想定）						負担割合
月・火 水・木 金・土	介1： 750 介2： 887	入浴/日	個別機能訓練/日・月	サービス提供体制/日	認知症7/日	口腔栄養ケア/日	介護職員処遇加算	1・2・3割 単位合計（想定）
		なし： 0 あり： I 40 あり： II 55	なし： 0 あり： I 56/日 あり： II 85/日 あり： III 20/月	なし： 0 あり： I 22 あり： II 18 あり： III 6	なし： 0 あり： I 3 あり： II 4	なし： 0 あり： I 20 あり： II 5 ※IIは栄養/口腔と併	なし： 0%加算 あり： 以下に○ I・II・III IV・V	
		送迎/片道/日	生活機能向上/月	ADL維持/月	口腔機能/2日/月	同一建物減算	介護職員特定加算	
9：35 ～ 16：35	介3： 1,028 介4： 1,168 介5： 1,308	あり： 0 なし： -47/片 なし： -97/日	なし： 0 あり： I 100 あり： II 200	なし： 0 あり： I 30 あり： II 60	なし： 0 あり： I 150 あり： II 160	なし： -なし あり： -10% あり： -15%	なし： 0%加算 あり： I あり： II	1単位 10.27円 円
		若年性認知症受入	中重度7/日	栄養アセスメント	栄養改善/2日/月			
		なし： 0 あり： 60	なし： 0 あり： 45	なし： 0 あり： 50	なし： 0 あり： 200			
1月の利用回数（想定）		回	I： 1回当たりの介護保険利用料の利用者負担額（想定）				円	

- (2) その他の費用

食事の提供に要する費用	重要事項説明書8. その他（実費負担額）についてのとおりで。	680円
おむつ代	重要事項説明書8. その他（実費負担額）についてのとおりで。	発生時のみ
日常生活費及びレクリエーション費	重要事項説明書8. その他（実費負担額）についてのとおりで。	発生時のみ
キャンセル料	重要事項説明書	発生時のみ
□： 自費合計（想定）		680円/回

- (3) 1回あたりの負担額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安です。

1回あたりの利用料	( 年 月 日現在) 上記I+□	円/回
-----------	------------------	-----

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算です。実際の請求額は、サービス内容の組み合わせ及び利用状況などにより変動します。1月の費用を算出する場合は、(1)の1月の利用回数を乗じて参考にして下さい。

### 29. 呼称の確認について

サービス提供時など、本人や関わる方々へ声を掛ける際の呼び方について確認します。

名前	続柄	呼称
	本人	

### 30. 運営規定及び重要事項説明書について

運営規定等の重要事項は、事業所掲示以外に、閲覧可能な形でのファイル等の備えつけも可能となりました。

- ・弊社ホームページ内に閲覧可能なファイルとして備えつけます。

### 31. 署名捺印の見直し、電磁的記録による保存について（令和3年4月より）

利用者への説明・同意について、電磁的な対応が認められるようになり、署名捺印を求めないことが可能であることや代替手段を明示するとなりました。

ただし、弊社としては、全利用者への電磁的な対応への切り替えや代替手段等を行わず、従来通り、説明と同意の証明として、基本的には、署名捺印対応を求めます。

- ・（基本）署名捺印もしくは記名捺印とします。
- ・（特例1）記名（スタンプ等）の場合：記名＋捺印をお願いします。
- ・（特例2）捺印を行わない場合：必ず署名をお願いします。

### 32. 附則

- この重要事項説明書は、平成28年 4月 1日より施行します。
- この重要事項説明書は、平成29年 4月 1日より施行します。
- この重要事項説明書は、平成30年 8月 1日より施行します。
- この重要事項説明書は、令和 1年 5月 1日より施行します。
- この重要事項説明書は、令和 1年 7月 1日より施行します。
- この重要事項説明書は、令和 1年 10月 1日より施行します。
- この重要事項説明書は、令和 2年 6月 1日より施行します。
- この重要事項説明書は、令和 2年 12月 25日より施行します。
- この重要事項説明書は、令和 3年 4月 1日より施行します。
- この重要事項説明書は、令和 3年 6月 1日より施行します。

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年（西暦 年） 月 日
-----------------	----------------

重要事項説明書の内容について、利用者へ説明を行い、同意を得ました。

事業者所在地	愛知県津島市愛宕町四丁目113番地
事業者法人名	株式会社サポート・ワン・サービス 印
法人代表者名	代表取締役 飯尾 敦子
事業所名称	ナイス・デイ（重要事項説明を担当した者： ）

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を受け、同意しました。

- 同意の証明として、従来通り、署名捺印（記名捺印）を行います
- 同意しますが、捺印を行わないため署名とします

利用者 住所	
利用者 氏名	印
利用者の家族 住所	
利用者の家族 氏名	印
署名代筆者 住所	
署名代筆者 氏名	印（続柄 ）