

重要事項説明書

事業者は、介護保険の指定を受けています。(福井県指定 第 1870500020 号)

事業所は福祉サービス第三者評価事業を受審し、福祉サービスの質の向上に努めています。また、評価結果などの情報はインターネットで公表されています。

事業者は、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、契約上注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業所の概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 事業所の名称 | 聖和園デイサービスセンター
※当事業所は福井県済生会聖和園に併設されています |
| (2) 事業所の種類 | 指定通所介護
指定介護予防通所介護
第一号通所事業 |
| (3) 事業所の所在地 | 福井県大野市蕨生 1 5 8 字 3 5 番地 |
| (4) 電話番号 | 0 7 7 9 - 6 6 - 3 3 0 8 |
| (5) 管理者氏名 | 追別 小夜子 |
| (6) 開所年月日 | 平成 2 年 3 月 1 日 |
| (7) 利用定員 | 4 0 名 |
| (8) サービス提供地域 | 市内全域 |

2. 設備の概要

食 堂	1 室
機能訓練室	1 室
休 憩 室	1 室
静 養 室	1 室
相 談 室	1 室
事 務 室	1 室
浴 室	一般浴槽、特殊浴槽

☆上記は、厚生労働省が定める基準により指定通所介護事業所に義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、契約者に特別に負担いただく費用ではありません。

3. 営業日及び営業時間

(1) 営業日及び営業時間

営 業 日：月～土 但し、1 / 1～1 / 3を除く(年度により変更あり)

営 業 時 間：8 時 00 分～17 時 30 分

サービス提供時間：8 時 45 分～16 時 15 分

4. 職員の配置状況

事業者は、契約者に対して指定通所介護サービス及び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おります。

職員の配置及び員数については、法令の定める基準を遵守しています。

職種	業務内容	資格	基準人員数
管理者	事業所の管理業務等	社会福祉主事等	1名（兼務）
生活相談員	相談援助・苦情対応等	社会（介護）福祉士等	1名以上※1
介護職員	介護業務・介護計画作成等	介護福祉士等	6名以上※1
看護職員	介護及び看護業務・介護計画作成	看護師・准看護師等	1名以上※1
機能訓練指導員	機能訓練業務	理学療法士・看護師等	1名以上
管理栄養士	栄養管理及び献立作成業務	管理栄養士等	
調理員	調理業務	調理師等	
運転手	運転業務	第1種運転免許等	

※1 生活相談員、介護職員又は看護職員のうち1名以上は常勤

5. 事業者が提供するサービスと利用料金

(1) 事業者は、契約者に対して以下のサービスを提供します。

<<サービスの概要>>

① 相談援助

契約者の介護サービス等に関する相談援助を行います。

② 食 事

契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を調理・提供します。また、必要に応じて食事の見守り・介助等を行います。

③ 入 浴

契約者の身体状況に応じて一般浴、特殊浴、リフト浴、清拭を行います。

④ 排 泄

排泄の自立に向けて、契約者の身体状況に応じた排泄援助を行います。

⑤ 機能訓練

契約者の身体状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の向上・回復又は低下を防ぐために機能訓練を行います。

⑥ 健康管理

契約者の体温や血圧及び脈拍測定等の日常生活上健康管理を行います。

⑦ 送 迎

契約者の希望により、自宅と事業所間の送迎を行います。

⑧ 延長利用

営業時間外の利用は相談に応じます。

(2) 利用日の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、契約者の都合により、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。

- ②サービスの利用変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約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。
- ③サービス利用の申し出があっても、当日の利用者の心身の状況によっては、利用いただけない場合があります。

6. サービス利用料金及び支払い方法

- (1) 事業者が提供するサービスについての利用料金は、介護保険から給付がある場合と、全額契約者に負担いただく場合があります。(重要事項説明書別紙参照)
- (2) 介護報酬改定に伴う給付額に変更があった場合、又は契約者の要介護度に変更があった場合には、変更された額にあわせて契約者の負担額を変更いたします。
- (3) 支払い方法(契約書第6条参照)
 - ①毎月10日までに、前月分を請求させていただきます。現金の方は月末までに支払い下さい。口座引き落としの方は、その月の27日(27日が土・日・祝日の場合は、その翌日)に指定の口座より引き落としさせていただきます。領収書は、翌月の利用料請求時に併せて発行いたします。(但し、特別な事由によっては、現金で支払いすることができます。)
 - ②残高不足等により、指定の口座より引き落としができなかった場合は、翌月の引き落とし日に手数料110円(税込み)を上乗せして引き落としさせていただきます。
 - ③利用料が、3か月間支払い頂けない場合は、督促状を発行させていただきます。尚、督促させていただいても支払い頂けない場合は、契約を解除させていただきます。(契約書第19条参照)

7. 苦情の受付について(契約書第20条参照)

- (1) 契約者の権利を擁護するとともに、適切にサービスが受けられるよう、またサービス改善を重ねることにより、事業者の信頼や適正性を確保するために、事業所に苦情解決体制を整えております。
 - ①苦情受付担当者
契約者が、苦情の申出をしやすい環境を整えるため、生活相談員を苦情受付担当者に任命しております。
 - ②苦情解決責任者
苦情解決の責任主体を明確にするため、管理者を苦情解決責任者としております。
 - ③ 第三者委員
苦情解決に社会性或客観性を確保し、契約者の立場や特性に配慮した適正な対応を推進するため、第三者委員を設置しております。

苦情受付窓口	生活相談員
苦情解決責任者	管理者 追別 小夜子
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
電話番号	0779-66-3308

(2) その他の苦情受付機関

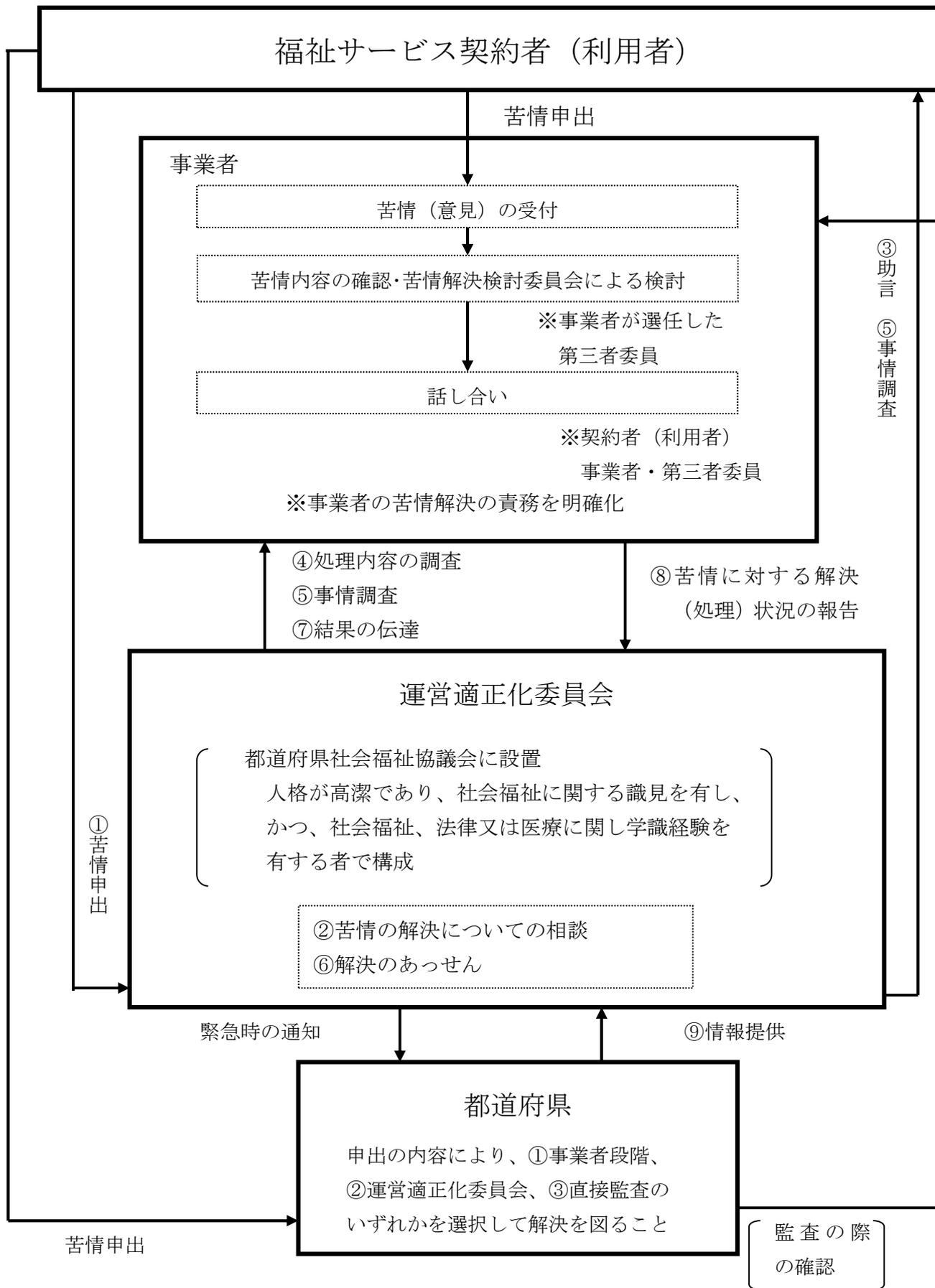
大野市 健幸福祉部 健康長寿課	所在地 大野市天神町1-19(結とぴあ) TEL・FAX 65-7333・66-0294 受付時間 9:00~17:00(月~金)
福井県国民健康保険 団体連合会	所在地 福井市西開発4丁目202番地1 TEL・FAX (0776)57-1611・57-1615 受付時間 9:00~17:00(月~金)
福井県社会福祉協議会	所在地 福井市光陽2丁目3番22号 TEL・FAX (0776)24-2339・24-8941 受付時間 9:00~17:00(月~金)

○地域包括支援センターへの苦情申し立てができます。

大野市地域包括 支援センター	所在地 大野市天神町1-19 TEL・FAX 65-5046 受付時間 9:00~17:00(月~金)
-------------------	---

(3) 苦情解決の仕組みは次ページのとおりです。

《福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの概要図》



8. 契約締結からサービス提供までの流れ

契約者に対する具体的なサービスの内容やサービス提供方法については、「居宅サービス計

画(介護予防サービス支援計画)(介護予防ケアマネジメント計画)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画(介護予防通所計画)(介護予防ケアマネジメント計画)」(以下「通所介護計画等」という。)に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。(契約書第3条参照)

- ① 事業者は事業所の職員に「通所介護計画等」の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。
- ② 担当者は「通所介護計画等」の原案について、契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。
- ③ 担当者は、居宅サービス計画(介護予防サービス支援計画)(介護予防ケアマネジメント計画)が変更された場合、「通所介護計画等」の変更の必要があるかどうかを確認し、変更が必要な場合には、契約者及びその家族等と協議して、「通所介護計画等」を変更いたします。
- ④ 「通所介護計画等」が変更された場合には、契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

9. サービス提供における事業者の義務(契約書第10条、第11条、第12条参照)

事業者は、契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、主治医又は看護職員等と連携のうえ、契約者から聴取、確認します。
- ③ 契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、契約者又は代理人の請求に応じて閲覧を可能とするとともに、複写物の交付にも応じます。
- ④ 契約者へのサービス提供時において、契約者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得た契約者又はご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務) 但し、契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

10. 身体拘束廃止について(契約書第21条参照)

- (1) 事業者は、契約者又は他の利用者の生命及び身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き契約者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与、その他の方法により契約者の行動の制限はしません。
- (2) 事業者は「身体拘束廃止委員会」において、前項の緊急やむを得ない場合(切迫性・非代替性・一時性の要件を満たす場合)に該当するか十分検討します。
- (3) 事業者は、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、常に観察、再検討を行い、緊急やむを得ない状態でなくなった場合には、直ちに解除します。
- (4) 事業者は、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その内容、目的等の詳細を契約者又は家族等に説明します。
- (5) 事業者は、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、拘束が必要となった理由及び契約者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

1 1. 事故発生・緊急時の対応(契約書第 2 2 条参照)

- (1) 事業者のサービスの提供により重大な事故が発生した場合には、速やかに大野市、契約者又はその家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事故の状況及び事故に際してとった処置については、記録します。
- (3) 事業者のサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うこととします。但し、契約者に故意又は過失が認められる場合には、損害賠償責任を免れる場合があります。(契約書第 14 条・第 15 条参照)
- (4) 事業者は、事故が発生した際にはその原因を解明し、再発防止の為の検討を行います。

1 2. 守秘義務

- (1) 事業者及び事業者のサービス従業者は、サービス提供上知り得た契約者、または家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。守秘義務は、サービス利用が終了した後も継続します。
- (2) この守秘義務に違反した場合は、契約者に生じた損害について精査し、妥当な損害賠償を速やかに履行します。
- (3) 契約者に医療上緊急の必要性があり医療機関等に心身等の情報を提供する場合、もしくは、契約者の円滑な利用のために必要関係機関に日常生活上の情報を提供する場合に限っては、契約上で情報提供の同意を得ます。

1 3. 個人情報の保護

- (1) 事業者及び事業者のサービス従事者は、サービス提供上知り得た契約者、または家族の個人情報を、福井県済生会聖和園個人情報保護規定に基づき保護します。
- (2) 事業者は、契約者及び家族の個人情報を、処遇、介護保険適応サービス、介護費請求、福祉研究、教育、行政機関との連携を図るなど正当な理由がある場合には、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。
- (3) 事業者は、契約者及び家族の情報提供に関しては、契約上で情報提供の同意を得ます。
- (4) 事業者は、個人情報に関しての苦情・相談を受け付けて対応し、窓口は、苦情受付担当者となります。

1 4. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

- (1) 契約の有効期限は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様になります。
- (2) 契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、事業者との契約は終了します。(契約書第 16 条)
 - ① 契約者が死亡した場合
 - ② 要介護認定により、契約者の心身の状況が自立と判定された場合
 - ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
 - ④ 施設の滅失や重大な毀損により、契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合

- ⑤ 事業者が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
 - ⑥ 契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は次の(3)をご参照ください。)
 - ⑦ 事業者からの契約解除を申し出た場合(詳細は次の(4)をご参照ください。)
- (3) 契約の有効期間であっても、契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の2日前までに解約届け出書をご提出ください。但し、次の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。(第17条・第18条参照)
- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
 - ② 契約者が入院された場合
 - ③ 契約者の「居宅サービス計画(介護予防サービス支援計画)」が変更された場合
 - ④ 事業者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
 - ⑤ 事業者が守秘義務に違反した場合
 - ⑥ 事業者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事業が認められる場合
 - ⑦ 他の契約者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合
- (4) 以下の事項に該当する場合には、事業者から本契約を解除させていただくことがあります。(契約書第19条参照)
- ① 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重大事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ② 契約者による、サービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合
 - ③ 契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ④ 契約者が、入院などにより3ヶ月以上サービスを利用しない場合
- (5) 契約の終了に伴う援助(契約書第16条参照)
 契約が終了する場合には、事業者は契約者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

1.5. 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、とるべき措置についてあらかじめ防災及び避難に関する計画を作成し、定期的に利用者及び従業者等の訓練を行います。

1.6. 虐待の防止

(1) 利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次の措置を講じます。

- 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

- (2) 事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市に通報するなどの対応させていただきます。

17. その他

(1) 利用を中止していただく場合について

- ① 点滴や常時吸痰等、医療行為が必要となった場合
- ② 衰弱等により送迎に耐えられない状態と事業者が判断した場合
- ③ 精神的に不安定で、契約者が利用困難と事業者が判断した場合もしくは、利用を強く拒否された場合
- ④ 体温が38度以上ある場合(38度以上でない場合でも事業者が利用を中止した方が良いと思われる場合は、家族に連絡させていただきます)
- ⑤ 感染性胃腸炎や季節性インフルエンザ等の感染症状がある場合、また同居の家族様に感染症状がある場合

(2) 利用の際の準備物等

- ① 内服薬・外用薬(薬を忘れてこられた場合は、事業所までお届け下さい。)
- ② 歯ブラシを持参下さい。
- ③ 内ばきとして、履き慣れたシューズ等を持参下さい。
- ④ 連絡帳(初回利用時に渡します。毎回持参して下さい。)
- ⑤ パンツ・紙オムツ等使用の方は、各種2～3枚程度用意下さい。
- ⑥ 歩行補助具(車椅子・押し車・杖等)で使い慣れたものを持ち込み下さい。
- ⑦ 貴重品に関しましては、極力持ち込まないようお願いします。
- ⑧ 医療処置の必要な方(褥瘡・インスリン・在宅酸素等)は、在宅生活で使用している器具・薬剤等を持参下さい。なお、インスリンの自己注射ができない方は、看護職員が行ないますので、同意書に記入下さい。

(3) 緊急連絡先の記入について

利用中、契約者の心身の状況に変化があった場合、緊急連絡先に連絡させていただきます。

受診が必要な場合には、基本的には家族の方をお願いしますが、緊急時や契約者の心身の状況によって、病院まで送迎致します。ただし、受診の際には家族が付き添って下さい。

(4) 施設・設備の使用上の注意(契約書第13条参照)

- ④ 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ⑤ 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、契約者の負担により原状に復していただくか、又は相当の代価を支払いいただく場合があります。
- ⑥ 事業者の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

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。

聖和園デイサービスセンター

説明者職名

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、指定通所介護事業・指定介護
予防通所介護事業及び第一号通所事業のサービスの提供開始に同意しました。

契 約 者 住 所

(代 筆)

氏 名

(契約者に契約能力、署名能力がないと代理人が判断される場合は、代理人の自己責任にお
いて、契約者欄に代筆し、上記「代筆」に○をつけてください。)

代 理 人 住 所

氏 名

(続柄:)

聖和園デイサービスセンター 料金表 (令和6年7月1日より)

サービス利用1日あたりの料金(契約書第6条)については、下記の料金表によって、契約者の要介護・要支援に応じた①介護給付費サービス基本料金及び②加算と③介護給付費対象外サービス(食事)をプラスした金額を支払い下さい。

① サービス基本料金

①-1基本料金<要介護:通所介護>		大規模型通所介護(I)																															
事業所区分 要介護度		サービス提供時間		3時間以上4時間未満			4時間以上5時間未満			5時間以上6時間未満			6時間以上7時間未満			7時間以上8時間未満			8時間以上9時間未満														
		基本単位	利用料(円)	利用者負担額(円)			基本単位	利用料(円)	利用者負担額(円)			基本単位	利用料(円)	利用者負担額(円)			基本単位	利用料(円)	利用者負担額(円)														
				1割負担	2割負担	3割負担			1割負担	2割負担	3割負担			1割負担	2割負担	3割負担			1割負担	2割負担	3割負担												
併設型	要介護1	358	3,580	358	716	1,074	376	3,760	370	740	1,110	544	5,440	544	1,088	1,632	併設型	要介護1	564	5,640	564	1,128	1,692	629	6,290	629	1,258	1,887	647	6,470	647	1,294	1,941
	要介護2	409	4,090	409	818	1,227	430	4,300	424	848	1,272	643	6,430	643	1,286	1,929		要介護2	667	6,670	667	1,334	2,001	744	7,440	744	1,488	2,232	765	7,650	765	1,530	2,295
	要介護3	462	4,620	462	924	1,386	486	4,860	479	958	1,437	743	7,430	743	1,486	2,229		要介護3	770	7,700	770	1,540	2,310	861	8,610	861	1,722	2,583	885	8,850	885	1,770	2,655
	要介護4	513	5,130	513	1,026	1,539	541	5,410	541	1,082	1,623	840	8,400	840	1,680	2,520		要介護4	871	8,710	871	1,742	2,613	980	9,800	980	1,960	2,940	1,007	10,070	1,007	2,014	3,021
	要介護5	568	5,680	568	1,136	1,704	597	5,970	597	1,194	1,791	940	9,400	940	1,880	2,820		要介護5	974	9,740	974	1,948	2,922	1,097	10,970	1,097	2,194	3,291	1,127	11,270	1,127	2,254	3,381

①基本料金<事業対象者・要支援>

事業所区分 要介護度		サービス提供時間		予防給付相当										
		基本単位	利用料(円)	1回			月額上限			基本単位	利用料(円)	利用者負担額(円)		
				利用者負担額(円)	利用者負担額(円)	利用者負担額(円)	利用者負担額(円)	利用者負担額(円)	利用者負担額(円)			利用者負担額(円)		
				1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担			1割負担	2割負担	3割負担
	事業対象者・要支援1	436	4,360	436	872	1308	1,798	17,980	1,798	3,596	5394			
	事業対象者・要支援2	447	4,470	447	894	1341	3,621	36,210	3,621	7,242	10863			

② 加算

②-1 要介護							
加算・減算	基本単位	利用料 (円)	利用者負担(円)			算定回数等	
			1割負担	2割負担	3割負担		
入浴介助加算(Ⅰ)	40	400	40	80	120		
入浴介助加算(Ⅱ)	55	550	55	110	165	1日につき	
個別機能訓練加算(Ⅰ)口	76	760	76	152	228	個別機能訓練を実施した日数	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	200	20	40	60	加算(Ⅰ)に上乗せして算定	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1,000	100	200	300	3月に1回を限度	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	2,000	200	400	600	1月に200単位 ※個別機能訓練加算を算定している場合は1日につき100単位	
若年性認知症利用者受入加算	60	600	60	120	180	1日につき	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40	400	40	80	120	1月につき	
中重度ケア体制加算	45	450	45	90	135	1日につき	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	30	3	6	9	1日につき	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	40	4	8	12	1日につき	
栄養アセスメント加算	50	500	50	100	150	1回につき	
栄養改善加算	200	2,000	200	400	600	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(Ⅰ)	20	200	20	40	60	1回につき	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	50	5	10	15	6月に1回を限度	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,500	150	300	450	3月以内の期間に限り 1月に2回を限度	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	1,600	160	320	480	(Ⅰ)と同じ	
ADL維持等加算(Ⅰ)	30	300	30	60	90	1月に1回を限度	
ADL維持等加算(Ⅱ)	60	600	60	120	180	1月に1回を限度	
通所介護同一建物減算	-94	-940	-94	-188	-282	1日につき	
送迎減算	-47	-470	-47	-94	-141	片道につき	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	220	22	44	66	サービス提供日数	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 92/1000(9.2%)	左記 単位数	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単 位数(所定単位数)	

②-2 要支援							
加算	基本単位	利用料 (円)	利用者負担(円)			算定回数等	
			1割負担	2割負担	3割負担		
生活機能向上グループ活動加算	100	1,000	100	200	300	1月につき(対象者のみ)	
栄養アセスメント加算	50	500	50	100	150	1月につき(対象者のみ)	
栄養改善加算	200	2,000	200	400	600	1月につき(対象者のみ)	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	1,500	150	300	450	1月につき(対象者のみ)	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	1,600	160	320	480	1月につき(対象者のみ)	
一体的サービス提供加算	480	4,800	480	960	1,440	1月につき(対象者のみ)	
若年性認知症利用者受入加算	240	2,400	240	480	720	1月につき(対象者のみ)	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援1	88	880	88	176	264	1日につき	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援2	176	1,760	176	352	528	1日につき	
科学的介護推進体制加算	40	400	40	80	120	1月につき	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 92/1000 (9.2%)	左記 単位数	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単 位数(所定単位数)	

<②加算-1の要件>

○入浴介助加算(Ⅰ) 40円/1日

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実施します。

○入浴介助加算(Ⅱ) 55円/1日

上記の要件に加えて、医師等が契約者の居宅を訪問し、浴室における当該契約者の動作及び浴室の環境を評価し、この際、当該契約者自身また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・住宅改修の浴室の環境整備に係る助言を行います。その上で当該事業所の機能訓練指導員等が共同し、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に環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成します。その計画に基づき、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います。

○生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100円/1月(3ヶ月に1回を限度)

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(許可病床数200床未満のもの、また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します。

その上で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提供の場、又はICTを活用した動画等により、契約者の状態を把握した上で、定期的に助言を行います。

○生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200円/1月

訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士またはリハビリテーションを実施している医療提供施設(許可病床数200床未満のもの、また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・医師が契約者宅を訪問して行います。

※個別機能訓練加算を算定している場合は100円/1月となります。

※(Ⅰ)と(Ⅱ)は併用できません。

○個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ 76円/回

専従の機能訓練指導員(1名以上配置)が、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、機能訓練計画を作成します。当該計画に基づき、5名程度以下の小集団又は個別で計画的に機能訓練指導員が直接訓練を実施します。

○個別機能訓練加算(Ⅱ) 20円/月

個別機能訓練計画を厚生労働省のデータベースを通じて提出し検証すれば加算(Ⅰ)に上乗せし算定します。

○栄養アセスメント加算 50円/月

栄養改善が必要な方に、管理栄養士(1名以上配置)と看護職員、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、当該契約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します。更に契約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ます。

※口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)、栄養改善加算との併算定はできません。

○栄養改善加算 200円/(月2回まで)

管理栄養士等により、契約者の栄養状態、摂食、嚥下機能の状態等に応じて、栄養ケア計画を作成し、栄養状態を改善するためのサービスを実施します。利用日に、栄養、摂食や嚥下状態に配慮した食事介助等を行います。また、3ヶ月を限度として実施しますが、所定の栄養状態の改善がない場合には、さらに継続してサービスを受けることができます。

○口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20円/回 ※6ヶ月に1回を限度とする。

介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び6ヶ月ごとに契約者の口腔の健康状態と

栄養状態について確認を行い、当該情報を契約者を担当する介護支援専門員に提供します。
※栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算との併用はできません。

○口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5 円/回

契約者が、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、当該情報を契約者を担当する介護支援専門員に提供します。
※栄養アセスメント加算、栄養改善加算または口腔機能向上加算を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合のみ算定可能となります。

○口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 円/回（月 2 回まで）

看護職員等により、契約者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。3 ヶ月を限度として、実施しますが、評価の結果、口腔機能の向上がない場合には、さらに継続してサービスを受けることができます。

○口腔機能向上加算（Ⅱ） 160 円/回（月 2 回まで）

口腔機能向上加算（Ⅰ）の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画書の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上の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ます。

○認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3 円/月

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa 以上の者が利用者の 100 分の 50 以上で、介護実践リーダー研修修了者を算定要件人数配置し、専門的な認知症ケアを実施します。

○認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4 円/月

認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、且つ、認知症介護指導者養成研修修了者を 1 名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施・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、実施した場合に加算します。

○若年性認知症利用者受入加算 60 円/1 日

契約者（65 歳未満）ごとに個別に担当者を定め、当該契約者の特性やニーズに応じたサービスを実施します。

○科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40 円/月

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の基本的な情報を LIFE を用いて厚生労働省に提出します。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ます。

○ADL 維持等加算（Ⅰ） 30 円/月

①契約者（評価対象利用期間が 6 ヶ月を超える者）の総数が 10 人以上であること。

②契約者全員について、利用開始月と当該月の翌月から起算して 6 ヶ月目（6 ヶ月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、Barthel Index を適切に評価できる者が 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。

③利用開始月の翌月から起算して 6 ヶ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（調整済み 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契約者等とし、評価対象契約者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が 1 以上であること。

①、②、③の要件をすべて満たす場合、算定可能となります。

○ADL維持等加算（Ⅱ） 60円/月

（Ⅰ）の要件を満たした当該事業所において、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以上である場合算定します。

○サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22円/回

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%以上もしくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合に算定されます。

<その他の加算と減算及びその要件>

○時間延長加算 8時間以上9時間未満の場合 50単位（※更に1時間延長ごとに50単位加算）

例：所要時間7時間以上8時間未満のサービス提供時間の前後に連続して日常生活上の世

話（サービス）を実施した場合に、5時間を限度として算定されます。

○通所介護同一建物減算 一日につき94円を減算

事業所と同じ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

○送迎減算 片道につき47円を減算

利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合

<②加算-2の要件>

(1)生活機能向上グループ活動加算 100円/月

生活相談員等により、ご契約者の心身の状況に応じた生活機能向上サービス計画書を作成し、日常生活上の課題が改善するためのサービスを実施します。

(2)栄養改善加算 200円/月

管理栄養士等により、ご契約者の栄養状態、摂食・嚥下機能の状態等に応じて、栄養ケア計画を作成し、栄養状態を改善するためのサービスを実施します。

(3)口腔機能向上加算（Ⅰ） 150円/回

看護職員等により、ご契約者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。

口腔機能向上加算（Ⅱ） 160円/回

口腔機能向上加算（Ⅰ）の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画書の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上の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ます。

(4)一体的サービス提供加算 480円/月

栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。

利用者が介護予防通所介護の提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。

栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。

○サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1…88円/加算月 要支援2…176円/月

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%以上もしくは勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合に算定されます。

<②加算-1・2 共通要件>

①介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 1カ月の総単位数×5.9%(0.059)(1カ月につき)。

介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

②介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 1カ月の総単位数×1.2%(0.012)(1カ月につき)

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、経験・技能がある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を勧めるための加算です。介護職員等特定処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

③介護職員等ベースアップ支援等加算(Ⅰ) 1カ月の総単位数×1.1%(0.011)(1カ月につき)。

政府の「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」に基づき、介護職員の処遇改善を勧めるための加算です。介護職員等特定処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

※上記①～③の加算は令和6年5月末で廃止

○介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 1カ月の総単位数×9.2%(0.092)(1カ月につき)

上記①～③の加算要件に加え、新たな介護職員等への処遇改善のために創設

※令和6年6月1日から開始

③<介護保険給付対象外サービス(全額自己負担)>

※介護保険給付支給限度額を超えた通所介護サービスを提供する場合

※昼食費 600円

※その他の日常生活費 実費

(1) 契約者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合にかかる費用。

(2) 契約者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用。

<その他の料金表補足事項>

※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」、「介護予防サービス支援計画」、「介護予防ケアマネジメント計画」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、契約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、その日に係る「通所介護計画等」を変更し、変更後の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、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、契約者の同意を得て、「居宅サービス計画」、「介護予防サービス支援計画」、「介護予防ケアマネジメント計画」の変更の援助を行うとともに「通所介護計画等」の見直しを行いません。

※契約者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、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)場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

※サービス提供時間が2時間以上3時間未満の(介護予防)通所介護を行う場合は、4時間以上5時間未満の単位数×70/100の単位数に基づく料金となります。