

地域密着型通所介護

介護予防通所介護相当サービス

重 要 事 項 説 明 書

有限会社 オフィス中條
リハデイなかじょう豊栄

重 要 事 項 説 明 書

- 1、事業者（法人）の概要
- 2、ご利用事業所の概要
- 3、事業の目的と運営の方針
- 4、提供するサービスの内容及び介護従事者の禁止行為
- 5、営業時間
- 6、事業所の職員体制
- 7、利用料 / 加算 / 減算 / その他の費用について
- 8、緊急時における対応方法
- 9、事故発生時の対応
- 10、苦情相談窓口
- 11、虐待の防止について
- 12、身体拘束に禁止
- 13、秘密保持の厳守及び個人情報の保護
- 14、非常災害対策
- 15、第三者評価の実施状況
- 16、ハラスメントの防止対策
- 17、サービスの利用にあたっての留意事項

（地域密着型）通所介護・介護予防通所介護相当サービス

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省及び新潟市の条例の規定に基づき、当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（法人）の概要

事業者（法人）の名称	有限会社 オフィス中條
主たる事務所の所在地	〒950-0843 新潟市東区栗山2丁目1番22号
代表者（職名・氏名）	取締役 中條 貴之
設立年月日	平成5年7月30日
電話番号	025-277-4210

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称		リハデイなかじょう豊栄	
サービスの種類		地域密着型通所介護 / 介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地		〒950-3327新潟県新潟市北区石動1丁目15番地6	
電話番号		025-384-5015	
指定年月日・事業所番号		平成25年9月1日	1570111821
実施単位・利用定員		2単位	定員10人
通常の事業の実施地域	地域密着型通所介護	新潟市北区 新潟市東区（石山・東石山圏域に限る） 新潟市江南区（大江山・横越圏域に限る）	
	介護予防通所介護相当サービス	新潟市北区 新潟市東区（石山・東石山圏域に限る） 新潟市江南区（大江山・横越圏域に限る）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、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、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	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、関係する市町村や事業者、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、利用者の要介護状態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及び介護従事者の禁止行為

(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
(地域密着型) 通所介護 介護予防通所 介護相当サービス 計画書の作成		1、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/介護予防通所介護相当サービス計画書を作成します。 2、（地域密着型）通所介護/介護予防通所介護相当サービス計画書の作成に当たっては、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。 3、（地域密着型）通所介護/介護予防通所介護相当サービス計画書の内容について、利用者の同意を得たときは、計画書を利用者に交付します。 4、それぞれの利用者については、（地域密着型）通所介護/介護予防通所介護相当サービス計画書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。
利用者居宅への送迎		事業者が保有する自動車で、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。
日常生活上の世話	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排せつの介助、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、車いすへの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の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、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。
その他	創作活動など	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。

注）事業所内の活動では安全面に配慮してサービスを提供します。万が一事故（転倒など）が発生した場合、サービス提供内の事故（転倒など）であっても当事業所の賠償責任の範囲外となることもありますので下記の内容について十分にご理解ください。

- 1、スタッフが配置されていないスペースで活動された際の事故やスタッフの指示を無視された行動による事故は事業所の賠償責任の範囲外となります。
- 2、トレーニングなどで普段使われていない筋肉や関節を動かすことで活動時間にかかわらず筋肉痛や関節痛が出現する可能性があります。軽度の負荷から開始しますが不安な場合は事前にかかりつけ医へのご相談をお願い致します。

(2) 通所介護従事者の禁止行為について

通所介護従事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 介護職員による医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う補助行為を除く）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かりや金銭、物品、飲食の授受
- ③ 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）
- ④ 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

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで。※祝祭日は営業致します。 ただし、土曜日・日曜日 お盆（8月15日）及び年末年始（12月31日から1月2日）を除きます。 ※社内研修や天候不良（非常災害）等により、臨時休業させて頂く場合がございます。 その際には事前に書面にてお知らせ致します。ご了承の程、宜しくお願い致します。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	1単位目：午前9時00分から午後12時00分まで 2単位目：午後1時30分から午後4時30分まで

6. 事業所の職員体制

あなたへのサービス提供の担当職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、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者		管 理 者
生活相談員		生活相談員
職 種	人 員 数	職 務 内 容
管 理 者	1 名	1、従業者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。 2、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。
生 活 相 談 員	1 名 以上	1、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機能の維持又は向上を目指し、生活指導及び排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2、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（地域密着型）通所介護/介護予防通所介護相当サービス計画書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。 3、利用者への（地域密着型）通所介護/介護予防通所介護相当サービス計画書を交付します。 4、それぞれの利用者の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。 5、（地域密着型）通所介護/介護予防通所介護相当サービス計画書の実施状況の把握及び計画書の変更を行います。
介 護 職 員	1 人 以上	1、（地域密着型）通所介護計画書に基づいて、生活機能の維持又は向上を目指し必要な日常生活上の世話全般及び介護・送迎を行います。
機 能 訓 練 指 導 員	1 人 以上	1、計画書に基づき、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生活機能の維持又は向上を目指し機能訓練を行います。 2、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機能訓練計画書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。 3、利用者へ機能訓練計画書を交付します。 4、それぞれの利用者の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。 5、機能訓練計画書の実施状況の把握及び計画書の変更を行います。

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割【一定以上の所得のある方は2割、3割】の額が負担単位となり、地域区分（新潟市は7級地 1単位：10.14%）で算出された額がご利用料金となります。ただし、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）地域密着型通所介護の利用料【基本部分：通所介護費（地域密着型）】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費 (地域密着型)		自己負担額		
		単位数	基本利用料 ※(注1) 参照	1割負担 ※(注2)参照	2割負担 ※(注2)参照	3割負担 ※(注2)参照
※(注3) 2時間以上 3時間未満	要介護1	305単位	3,092円	309円	618円	927円
	要介護2	350単位	3,549円	354円	708円	1,062円
	要介護3	396単位	4,015円	401円	802円	1,203円
	要介護4	440単位	4,461円	446円	892円	1,338円
	要介護5	486単位	4,928円	492円	984円	1,476円
3時間以上 4時間未満	要介護1	416単位	4,218円	421円	842円	1,263円
	要介護2	478単位	4,846円	484円	968円	1,452円
	要介護3	540単位	5,475円	547円	1,094円	1,641円
	要介護4	600単位	6,084円	608円	1,216円	1,824円
	要介護5	663単位	6,722円	672円	1,344円	2,016円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記の本文にも記載のとおり、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は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注3）心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である場合のみの算定となります。

- ※ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、基本料金に3%加算されます。
- ※ 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、その日に係る介護計画を変更し、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、利用者の同意を得て居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行います。
- ※ 豪雪地帯において、積雪等（急な気象状況の悪化）のやむを得ない事情の中でも継続的なサービス提供を行う観点から当日の利用者の心身状況（急な体調不良等）及び積雪等をはじめとする急な気象状況の悪化等により利用者様宅と事業所間の送迎に平時よりも時間を要した場合でも実際にサービス提供に要した時間ではなく、あらかじめ作成した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）に応じた利用料となります。
- ※ 利用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。

【加算】以下の要件を満たす場合、左記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件		基本利用料	自己負担額			
				1割負担	2割負担	3割負担	
延長加算	8時間以上 9時間未満 単位数	要介護1	783単位	8時間以上9時間未満の通所介護前後に日常生活上の世話を行う場合 イ 9時間以上10時間未満：1回につき左記の単位数に50単位を加算 ロ 10時間以上11時間未満：1回につき左記の単位数に100単位を加算 ハ 11時間以上12時間未満：1回につき左記の単位数に150単位を加算 ニ 12時間以上13時間未満：1回につき左記の単位数に200単位を加算 ホ 13時間以上14時間未満：1回につき左記の単位数に250単位を加算			
		要介護2	925単位				
		要介護3	1,072単位				
		要介護4	1,220単位				
		要介護5	1,365単位				
中重度者ケア体制加算	・指定居宅サービス等基準に規定する員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保していること ・事業所における前年度又は算定日が属する月の3か月間の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である者の占める割合が30%以上であること。 サービス提供時間帯を通じて専らサービスの提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。中重度の要介護利用者に対して指定通所介護を行った場合に算定されます。			557円/日	45円	90円	135円

生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	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（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。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合又は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った場合に算定されます。	1,014円 /月	101円	202円	303円
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	訪問・通所リハビリテーション事業所の理学療法士・作業療法士・言語療法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（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・言語療法士・医師が訪問して行う場合に算定されます。	2,028円 /月	202円	404円	606円
個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ	機能訓練指導員専従1名以上配置し、（配置時間の定めなし）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する。他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、3か月ごとに1回以上利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、必要に応じて計画の見直し等を行う場合に算定されます。	567円 /日	56円	112円	168円
個別機能訓練加算 (Ⅰ) ロ	イ.に加えて専従の機能訓練指導員を1名以上配置した（配置時間の定めなし）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する。他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、3か月ごとに1回以上利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、必要に応じて計画の見直し等を行う場合に算定されます。（Ⅰ）イと併算定不可。	770円 /日	77円	154円	231円
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	個別機能訓練加算Ⅰに加えて、個別機能訓練計画書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場合に算定されます。（1月につき）	202円 /月	20円	40円	60円
ADL維持費加算 (Ⅰ)	イ.利用者等（当該事業所等の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。 ロ.利用者全員について、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、測定月に厚生労働省に提出していること。 ハ.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。	304円/月	30円	60円	90円
ADL維持等加算 (Ⅱ)	ADL維持加算Ⅰのイとハの要件を満たすこと。 評価対象利用者等の調整済ADLの利得を平均して得た値が3以上であることの場合に算定されます。 （Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。	608円/月	60円	120円	180円

認知症 加算	・指定の人員配置に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。 - 前年度又は算出日が属する月の前3か月間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の占める割合が100分の15以上であること。 ・サービス提供時間を通じて専らサービス提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置していること。 - 利用者に対して指定通所介護を行った場合に算定されます ・当該事業所の従業員に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術指導に係る会議を定期的に開催していること。	608円/日	60円	120円	180円
若年性認知 症利用者 受入加算	若年性認知症利用者に対して指定通所介護を行った場合に算定されます。	608円/日	60円	120円	180円
栄養 アセス メント 加算	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。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、当該利用者又はその家族に対しその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。※口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ及び栄養改善加算との併算定は不可	507円/月	50円	100円	150円
栄養改善 加算	利用開始時に管理栄養士が中心となって利用者の栄養状態を把握し、他の職種のものと共同して栄養ケア計画を作成。栄養ケア計画に基づき栄養改善サービスを提供し、必要に応じ居宅を訪問すること。3か月ごとに栄養状態の評価を行う場合に算定されます。（※月2回が限度）	2,028円 / 回	202円	404円	606円
口腔・栄養 スクリー ニング加算 （Ⅰ）	介護サービス事業所の従業者が利用開始及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の状態及び栄養の状態について確認を行い、当該情報を利用者の介護支援専門員に提供している場合に算定されます。（6ヶ月に1回限度）	2,028円 /回	202円	404円	606円
口腔・栄養 スクリー ニング加算 （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状態と栄養の状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者の介護支援専門員に提供している場合に算定されます。（6ヶ月に1回限度）	50円/回	5円	10円	15円
口腔機能 向上加算 （Ⅰ）	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成。計画に従って口腔機能向上サービスを行った場合に3か月以内の期間に限り1ヶ月2回を限度として算定されます。	1,521円 /回	152円	304円	456円
口腔機能 向上加算 （Ⅱ）	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等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービス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場合に算定されます。（月2回限度）	1,622円 /回	162円	324円	486円

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、認知症の状況その他の基本的な情報を厚生労働省に提出していること（少なくとも3か月に1回）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り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。（1月につき）	405円/月	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	当該事業所の介護職員のうち ①介護福祉士が70％以上 ②勤続10年以上の介護福祉士が25％以上のいずれかの場合に算定されます。	223円/回	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	当該事業所の介護職員のうち ①介護福祉士が50％以上の場合に算定されます。	182円/回	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	当該事業所の介護職員のうち ① 介護福祉士が40％以上 直接サービス提供を行う職員のうち ②勤続7年以上の介護福祉士が30％以上	60円/回	6円	12円	18円
中山間地域等提供加算	別に厚生労働大臣が定める地域（豪雪地帯及び特別豪雪地帯・過疎地域）に居住する利用者に対し、通常の事業実施地域を超えてサービス提供をおこなった場合	所定単位数の5％を加算			
介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	当該加算の算定要件を満たす場合に1ヶ月の総単位数（基本部分+各種加算・減算）の9.2％が加算されます。（注1）				
介護職員等 処遇改善加算（Ⅱ）	当該加算の算定要件を満たす場合に1ヶ月の総単位数（基本部分+各種加算・減算）の9.0％が加算されます。（注1）				
介護職員等 処遇改善加算（Ⅲ）	当該加算の算定要件を満たす場合に1ヶ月の総単位数（基本部分+各種加算・減算）の8.0％が加算されます。（注1）				
介護職員等 処遇改善加算（Ⅳ）	当該加算の算定要件を満たす場合に1か月の総単位数（基本部分+各種加算・減算）の6.4％が加算されます。（注1）				

※償還払いの場合には、一旦介護給付額全額をお支払い頂き、その領収書を添付して保険者に請求されますと還付が得られます。

※支給限度額外は介護給付費全額をお支払いいただきます。

（注1）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】以下の要件を満たす場合、基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の 種類	減算の要件（概要）	基本利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
送迎減算	利用者に対してその居宅と指定事業所との間の送迎を行わない場合に基本料金から減算されます。（片道）	－470円	－47円	－94円	－141円
業務継続計画 未実施減算	- 感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス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）を策定すること。 - 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。 上記の措置が講じられていない場合、 所定単位数の1.0%を減算 。				
高齢者虐待 防止措置 未実施減算	- 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 - 虐待の防止のための指針を整備すること。 - 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。 - 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。 上記の虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合 所定単位数の1.0%を減算 。				

（２）介護予防通所介護相当サービスの利用料【基本部分：通所型独自サービス費】

利用者の 要介護度	通所型独自サービス費 (1月につき)		自己負担額		
	単位数	基本利用料 ※（注１）参照	１割負担 ※（注２）参照	２割負担 ※（注２）参照	３割負担 ※（注２）参照
事業対象者 要支援１	４３６単位	４,４２１円/１回 (月１～３回まで)	４４２円	８８４円	１,３２６円
	１,７９８単位	１８,２３１円/１月 (月４回以上)	１,８２３円	３,６４６円	５,４６９円
事業対象者 要支援２	４４７単位	４,５３２円/１回 (月１～７回まで)	４５３円	９０６円	１,３５９円
	３,６２１単位	３６,７１６円/１月 (月８回以上)	３,６７１円	７,３４２円	１１,０１３円

（注１）上記の基本利用料は、新潟市が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注２）上記本文にも記載のとおり、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は超えた額の全額をご負担いただくことになりますのでご注意ください。

【加算】以下の要件を満たす場合、基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額	自己負担額		
			１割 負担	２割 負担	３割 負担
生活機能向上 連携加算（Ⅰ）	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（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。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、利用者の状態を把握した上で助言を行った場合に算定されます。	１,０００円 /１月	１００円	２００円	３００円
生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	訪問・通所リハビリテーション事業所の理学療法士・作業療法士・言語療法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（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・言語療法士・医師が訪問して行う場合に算定されます。	２,０００円 /１月	２００円	４００円	６００円

口腔・栄養 スクリーニング 加算（Ⅰ）	介護サービス事業所の従業者が利用開始及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の状態及び栄養の状態について確認を行い、当該情報を利用者の介護支援専門員に提供している場合に算定されます。	200円/1回	20円	40円	60円
口腔・栄養 スクリーニング 加算（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、口腔の状態と栄養の状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者の介護支援専門員に提供している場合に算定されます。	50円/1回	5円	10円	15円
科学的介護 推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能認知症の状況その他の基本的な情報を厚生労働省に提出していること。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り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。	400円/1月	40円	80円	120円
生活向上 グループ 活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として、複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合に算定されます。	1,000円 /1月	100円	200円	300円
若年性認知症 利用者 受入加算	若年性認知症利用者に対して指定認知症対応型通所介護を行った場合に算定されます。	2,400円 /1月	240円	480円	720円
栄養アセス メント加算	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。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、当該利用者又はその家族に対しその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。 ※口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ及び栄養改善加算との併算定は不可	500円/1月	50円	100円	150円
栄養改善加算	管理栄養士等が共同して利用者ごとの摂取・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行った場合に3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定されます。	2,000円 /1月	200円	400円	600円
口腔機能向上 加算（Ⅰ）	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、利用者ごとの口腔機能向上サービスを行った場合に3月以内の期間に限り1月2回を限度として算定されます。	1,500円 /1月	150円	300円	450円
口腔機能向上 加算（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場合に算定されます。	1,600円 /1月	160円	320円	480円

一体的 サービス 提供加算	・運動器機能向上及び栄養改善 ・運動器機能向上及び口腔機能向上 ・栄養改善及び口腔機能向上 運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	4,800円 /1月	480円	960円	1,440円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅰ)	当該事業所の介護職員のうち ① 介護福祉士が70%以上 ② 勤続10年以上の介護福祉士が 25%以上のいずれかの場合に算定されます	880円/1月 【事業/要支援1】	88円	176円	264円
		1,760円 /1月 【事業/要支援2】	176円	352円	528円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ)	当該事業所の介護職員のうち ① 介護福祉士が50%以上の場合に算定 されます。	720円/1月 【事業/要支援1】	72円	144円	216円
		1,440円 /1月 【事業/要支援2】	144円	288円	432円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅲ)	当該事業所の介護職員のうち ① 介護福祉士が40%以上 直接サービス提供を行う職員のうち、 ② 勤続7年以上の介護福祉士が 30%以上のいずれかの場合に算定されます	240円/1月 【事業/要支援1】	24円	48円	72円
		480円/1月 【事業/要支援2】	48円	72円	144円
中山間地域等 提供加算	別に厚生労働大臣が定める地域（豪雪地帯及び特別豪雪地帯・過疎地域）に居住する利用者に対し、 通常の事業実施地域を超えてサービス提供をおこなった場合、 所定単位数の5%を加算				
介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	当該加算の算定要件を満たす場合に1ヶ月の総単位数（基本部分+各種加算・減算）の 9.2%が加算されます。 （注1）				
介護職員等 処遇改善加算（Ⅱ）	当該加算の算定要件を満たす場合に1ヶ月の総単位数（基本部分+各種加算・減算）の 9.0%が加算されます。 （注1）				
介護職員等 処遇改善加算（Ⅲ）	当該加算の算定要件を満たす場合に1ヶ月の総単位数（基本部分+各種加算・減算）の 8.0%が加算されます。 （注1）				
介護職員等 処遇改善加算（Ⅳ）	当該加算の算定要件を満たす場合に1か月の総単位数（基本部分+各種加算・減算）の 6.4%が加算されます。 （注1）				

（注1）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】以下の要件を満たす場合、基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）	基本利用料	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
送迎減算	利用者に対してその居宅と指定事業所との間の送迎を行わない場合に基本料金から減算されます。（片道）	－４７０円	－４７円	－９４円	－１４１円
業務継続計画未実施減算	・感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス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）を策定すること。 ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。 上記の措置が講じられていない場合、 所定単位数の１．０％を減算。				
高齢者虐待防止措置未実施減算	・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 ・虐待の防止のための指針を整備すること。 ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。 ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。 上記の虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合、 所定単位数の１．０％を減算。				

（２） その他の費用【サービス共通】

飲料代	飲み物等を提供した場合	１００円/回
その他費用	①上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する生活上必要な身の回り品など）についての費用 ②行事の提供を行ったことに伴い必要となる費用	実費負担

（４） キャンセル料

基本ご利用料金は、発生致しません。利用当日の朝８時３０分までにご連絡をお願いします。予定が早目にわかるようであればわかり次第お知らせください。

（５） 支払い方法

上記（１）から（３）での利用料（利用者負担分の金額）は、サービスを利用された月の２か月後の１５日を目安に、１か月毎にまとめてご利用料金を請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、口座引落の場合、引き落とし手数料（￥１００＋税）はご利用者様負担となりますので、ご了承願います。利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の２か月後に請求書をお渡しします。ご利用時に持参にて徴収させていただきます。
口座振替	各銀行の場合、サービスを利用した月の３か月後の５日（金融機関が休業日の場合は、翌営業日）に、各引落金融機関より引落を致します。
	ゆうちょ銀行の場合、サービスを利用した月の２か月後の２７日（金融機関が休業日の場合は、翌営業日）に、各引落金融機関より引落致します。

8. 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容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治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	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

9. 事故発生時の対応

- (1) 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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は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記録を行います。
- (3) 賠償すべき事故の場合は損害賠償を速やかに行います。

10. 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。

事業所相談窓口	電話番号 025-384-5015 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。

苦情受付機関	新潟県福祉保健部 高齢福祉保健課	電話番号 025-280-5193
	新潟市介護保険課 指定係	電話番号 025-226-1273
	新潟市江南区健康福祉課 高齢介護係	電話番号 025-382-4383
	新潟市東区健康福祉課 高齢介護係	電話番号 025-250-2320
	新潟市北区健康福祉課 高齢介護係	電話番号 025-387-1323
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

1 1. 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、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

事業所相談窓口	電話番号 025-384-5015 担当： 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防止を啓発・普及するために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。

1 2. 身体拘束の禁止

原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に契約者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の契約書の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 3. 秘密保持の厳守及び個人情報の保護

(1) 秘密保持の厳守

施設及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びご家族様等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は雇用契約終了後も同様と致します。

(2) 個人情報の保護

事業所は、自ら作成または取得し、保存している利用者等の個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び事業者の諸規則に則り、適正な取扱いを行います。

- ・事業者は、法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの、及び緊急の場合の医療機関等への利用者の心身等に関する情報提供、その他、利用者が「個人情報の同意書」にて予め同意しているもの以外に利用者及び保証人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。

(3) 個人情報の開示

- ・事業所で作成し保存している利用者の個人情報、記録については、利用者及び保証人から開示の申し出があったときは、身分証明書等により本人であることを確認の上、開示します。ただし、開示することにより次号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことができます。

①本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合

②事業所の事業の適正な実地に著しい支障を及ぼすおそれがある場合

③他の法令に違反することとなる場合

- ・開示は書面により行います。ただし、開示の申し出をした者の同意があるときは、書面以外

の方法により開示することができます。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者及び保証人の負担となります。）

- ・事業所が保有個人データを開示しない旨を決定したときには遅滞なくその旨を通知します。

14. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

① 災害時の対応	避難場所：すみれ保育園
② 防災設備	誘導灯・火災報知器・消火器・火災感知器
③ 防災訓練	年2回実施
④ 防火管理者	小野 冬馬

※災害対応の訓練実施に当たっては、地域住民の参加が得られるように連携に努めます。

15. 第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	あり なし
	なし		

16. ハラスメントの防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当事業所職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、委員会の開催及び再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的な委員会の開催、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

17. 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) 感染症及び体調不良の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容の変更または中止することがあります。それ以外にも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。
- (3) 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。

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、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 〒950-0843 新潟市東区栗山2丁目1番22号
事業者（法人）名 有限会社 オフィス中條
代表者職・氏名 取締役 中條 貴之
事業所名 リハデイなかじょう豊栄
説明者職・氏名

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。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住 所 _____
氏 名 _____

署名代行者（又は法定代理人）
住 所 _____
氏 名 _____
本人との続柄

立 会 人 住 所 _____
氏 名 _____
本人との続柄