

至誠アウリンコ デイホーム

(介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス)

重要事項説明書

1 事業の目的

立川市指定の介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス（以下、「通所型サービス」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援状態または介護予防ケアマネジメントにより通所型サービスが必要と判断される高齢者（以下「居宅要支援高齢者等」という）に対し、適正な通所型サービスを提供することを目的とします。

2 運営の方針

通所型サービス従業者は、居宅要支援高齢者等の介護予防等を目的として、日常生活上の支援又は機能訓練を行います。

事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3 至誠アウリンコデイホームの概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	社会福祉法人 至誠学舎立川 至誠アウリンコデイホーム
所在地	東京都立川市錦町六丁目28番15号
立川市指定番号	通所型サービス： 1373000411
サービス提供地域	立川市

(2) 当デイホームの職員体制

	資 格
管 理 者	社会福祉士など
生活相談員	介護福祉士など
機能訓練指導員	看護師
	准看護師
介護看護職員	看護師
	准看護師
	介護福祉士など

(3) 利用定員・営業時間

利用定員	25名（通所介護との一体型）
営業日	月曜日から金曜日 （12月31日から翌1月3日までを除く。）
サービス提供時間	月曜日～金曜日 午前10時15分～午後3時45分
営業時間	月曜日～金曜日の午前9時～午後5時

(4) 当デイホームの設備概要

活動室	90.38㎡	相談室	1室
		静養ベッド	3床
		送迎車	4台

4 サービス内容

サービス開始前に利用者及びご家族等、ケアマネジャー等とよく話し合い内容を決定します。「ケアの三原則（自己決定・能力の活用・生活の継続性）」を守り、利用者の自立した生活に向け援助します。

- ① 送迎：送迎を必要とする利用者に対し、送迎サービス、移動、移乗介助等を行います。
- ② 食事：昼食を希望する利用者は、管理栄養士が作成する献立を調理し、口腔・嚥下機能に合せた食事形態で提供します。治療食はご相談下さい。
- ③ 機能訓練：機能訓練指導員等が個別サービス計画を作成し、それに基づき日常生活を営むのに必要な機能の低下を防ぐためのサービスを提供します。
- ④ レクリエーション・アクティビティ：利用者の希望に添って諸活動を行います。
- ⑤ 生活相談：利用者及び家族等の日常生活における介護予防、環境整備、手続き等に関する相談、助言を行います。

5 利用料金

(1) 利用料

利用料は所得に応じて給付費の1割、2割または3割の負担となります。それぞれの利用料は重要事項説明書別紙のとおりです。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

(2) 食事キャンセル料

利用者の都合で食事をキャンセルする場合、下記の食事キャンセル料をいただく場合があります。

- ① ご利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合：無料
 - ② ①以外の場合：500円
- なお、利用者が入院等特別な状態になった場合は、当日のキャンセルであっても料金の請求はいたしません。

(3) 料金に関する補足事項

料金のお支払方法は、原則的に口座振替となっております。振替の期日は毎月22日（休日の場合は翌営業日）です。

6 サービスの申込方法

すでに契約している介護予防支援事業所等のケアマネジャーがいる場合は、当事業所と契約をする前にケアマネジャーとご相談ください。ケアマネジャーがいない場合は、直接お電話等でご相談ください。

サービス提供が決まりましたら、契約を結び、個別サービス計画を作成して、サービスの提供を開始します。

利用内容の変更や終了についても同様にご相談下さい。

7 当デイホームの特徴等

(1) サービス提供の方針

事業の実施にあっては、利用者の意思および人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また、利用者の有する能力に応じた、自立した生活ができるように、当法人の持つ様々な機能を活かして援助します。

職員を対象にした研修会、学習会等を実施し、サービスの質の向上に努めます。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

- ① 送迎時間につきましては、あらかじめ利用者と相談し連絡いたします。行事等を実施する時は通常の見送時間と異なる場合がありますのでご注意ください。
- ② 食事のみのキャンセルはあらかじめご相談ください。
- ③ ケアプラン等に基づいた時間でのご利用になりますが、変更を希望される方は、ご相談ください。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合、事前の打ち合わせに沿って、主治医、救急隊、家族等、介護予防支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

9 事故発生の防止及び発生時の対応

当デイホームは、事故の発生またはその再発を防止するため、以下の項目に取り組みます。

- ① 事故が発生した場合の対応、報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備します。
- ② 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。
- ③ 事故発生防止のための委員会（オンライン等活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に（年2回以上）行います。
- ④ 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに区市町村、利用者の家族等に対して連絡を行う等、必要な措置を講じます。
- ⑤ 事故が発生した場合には、事故の状況及び事故に際してとった措置を記録します。
- ⑥ サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、利用者に対してその損害を賠償します。

10 守秘義務への対応

事業者およびサービス従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族等に関する個人情報を、利用者の地域での生活支援、相談援助等の目的のために使用します。また、利用者及び家族等に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らすことはしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

11 苦情処理の体制

(1) 当デイホームの窓口

電 話： 042-529-3822

受付時間： 午前10時から午後4時（月曜日～金曜日）

担 当： 岡安 翔子 高山 裕将

(2) 苦情処理の体制及び手順

- ① 利用者及びその家族等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。
- ② 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。

* 苦情の把握について

電話・FAX・Eメール・手紙・投書箱・ボランティア等により幅広く行います。

* 検討会の開催

苦情申立て人より要望があった場合は、当法人が設置する利用者相談委員会（第三者機関）を召集し、原因分析・改善策等を協議します。

* 改善の実施

申立人に対し、苦情解決責任者、該当施設の施設長から改善策等について文書で回答し同意を得た後、苦情内容と回答を、法人内に設置する掲示板に掲示するとともに、ホームだよりに掲載をします。

* 解決困難な場合

保険者及び東京都国民健康保険団体連合会等に相談します。

* 再発防止

同様の苦情・事故等が発生しないよう、受け付けた苦情について、研修会で再発防止に努めます。

(3) 当事者段階

至誠ホーム利用者相談委員会

電 話：042-527-0374 FAX 042-527-2646

受付時間：午前10時から午後4時（月曜日～金曜日）

担 当：白澤 征爾

(4) 区市町村段階

立川市福祉保健部高齢福祉課／介護保険課

電話 042-523-2111(代表)

(5) 東京都段階

東京都社会福祉協議会内第三者機関
運営適正化委員会
電話 03-5283-7020

(6) 東京都段階

東京都国民健康保険団体連合会
電話 03-6238-0177

1.2 福祉サービス第三者評価

福祉サービス第三者評価事業の評価については、以下の通りです。

直近の実施日：無し

評価機関名：無し

評価結果公表：無し

1.3 非常災害対策

- ① 防災時には消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ② 防火管理者を選任するとともに、消火設備、非常放送設備等、必要な設備を常に良好に保ちます。
- ③ 消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業者及び利用者が参加する消火・通報、非難訓練を年間計画で実施します。

1.4 感染症対策

当デイホームは、利用者と施設の衛生管理に努めるとともに、感染症が発生、またはまん延しないように、以下の項目に取り組みます。

- ① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）を設置し、定期的に（おおむね6か月に1回以上）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ります。
- ② 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指針を整備します。
- 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に（年2回以上）実施します。

1.5 業務継続計画

当デイホームは、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及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

なお、業務継続計画は定期的に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

また、従業者に対し、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（年1回以上）実施します。

1.6 高齢者虐待防止の推進

当デイホームでは、利用者の人権擁護、虐待防止等のため、以下の項目に取り組みます。

- ① 高齢者虐待防止の指針を整備します。
- ② 高齢者虐待防止の対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
- ③ 従業者に対して、人権擁護、虐待防止等の研修を定期的（年2回以上）に実施するとともに、新規採用時にも研修を実施します。
- ④ 上記の取り組みを適切に実施するために、高齢者虐待防止の担当者を置きます。

1.7 身体拘束廃止等

当デイホームでは、「虐待」として位置づけられる身体拘束に当たる行為については原則的に行いません。ただし、厚生労働省で定めた「切迫性」「非代替性」「一時性」について吟味をして、やむを得ず身体拘束を行う場合があります。身体拘束廃止に向け、以下の項目に取り組みます。

- ① 身体拘束廃止に関する指針を整備します。
- ② 身体拘束廃止に向けて検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知します。
- ③ 従業者に対して、身体拘束廃止に取り組むにあたり、研修を定期的に（年2回以上）実施するとともに、新規採用時にも研修を実施します。

1.8 ハラスメント対策の強化

当デイホームは、適切なサービス支援環境を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、サービス従業者の就業環境が害されることを防止するための方針を明確化する等、必要な措置を講じます。

1.9 至誠ホームのケアサービス提供ポリシー

～利用者スタッフの信頼のルール「絆」～

至誠ホームでは、利用者の人格を尊重し、利用者が安心してサービスを利用できることを目指します。そのためにスタッフ、利用者、ご家族の信頼のルールを定め、お互いを結ぶ「絆」を大切にします。

<利用者の立場から>

1. 専門的で思いやりがあり、丁寧なケアを利用できる
2. 常に自分自身の可能性と自律が大切にされるケアを利用できる
3. スタッフとご家族、ボランティアさんの協力による心温かいケアを受けられる

<スタッフの立場から>

1. 一生懸命取り組む福祉の仕事と、心を尽くした働きが尊重される
2. 温かい雰囲気の中で、ケアの仕事に就ける事が保障される
3. 働く者の尊厳と良心を傷つける言動や行為に対しては、自らを護ることが認められる

信頼の絆は、利用者・ご家族、スタッフの「笑顔」と「ありがとう」という相手に敬意を示す態度と言葉から育まれます。お互いの立場を尊重し、お互いを大切に思う心で、共に絆を作り上げる努力を続けます。
(2010年制定)

20 法人の概要

法人名称	社会福祉法人 至誠学舎立川
代表者	理事長 稲永 勝行 常務理事・至誠ホーム長 旭 博之
法人本部所在地	東京都立川市錦町六丁目28番15号
電話番号	042-527-7734
事業開始	明治45年
法人設立	昭和17年

年 月 日

通所型サービス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な事項を説明し、交付しました。

事業者

所在地 東京都立川市錦町六丁目28番15号
名称 社会福祉法人 至誠学舎立川
常務理事・至誠ホーム長 旭 博之 印

事業所

所在地 東京都立川市錦町六丁目28番15号
事業者名 至誠アウリンコ デイホーム
管理者 岡安 翔子 印
事業所番号 1373000411

説明者名 印

同意書

年 月 日

私は、本書面により事業所から通所型サービスについて重要事項の説明を受け同意しました。

利用者

住所

氏名 印

家族・代理人・成年後見人等

住所

氏名 (続柄：) 印

【重要事項説明書 別紙】

利用料は所得に応じて給付費の1割、2割または3割の負担となります。但し、介護保険給付限度額の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

<1日の場合>

1 割負担の方

料金種別	項目	月単位料金	備考
基本料金	要支援1	1895円/月	原則週1回利用
	要支援2	3817円/月	原則週2回利用
加算料金	口腔機能向上加算Ⅰ	159円/月	実施した場合
	口腔機能向上加算Ⅱ	169円/月	実施した場合
	運動器機能向上加算	238円/月	実施した場合
	栄養改善加算	211円/月	実施した場合
	生活機能向上グループ活動加算	106円/月	実施した場合
	若年性認知症利用者受入加算	253円/月	若年性認知症の方
	科学的介護推進体制加算	43円/月	実施した場合
	事業所評価加算	127円/月	一律加算
	*サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1の方: 93円/月 要支援2の方: 186円/月	下記※1の要件を満たす場合、一律加算
	*サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1の方: 76円/月 要支援2の方: 152円/月	下記※2の要件を満たす場合、一律加算
	*サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援1の方: 26円/月 要支援2の方: 51円/月	下記※3の要件を満たす場合、一律加算
介護職員等処遇改善加算	*介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位×92/1000に10.54を乗じた金額の1割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位×90/1000に10.54を乗じた金額の1割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位×80/1000に10.54を乗じた金額の1割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 所定単位×64/1000に10.54を乗じた金額の1割/月		
減算料金	同一建物減算	要支援1の方: -397円/月 要支援2の方: -793円/月	事業所と同一建物に居住する方
上記項目に対する説明	①本利用料はサービス提供時間を原則午前10時15分～午後3時45分としています。 ②送迎代は基本料金に含まれます。 ③サービス提供体制強化加算は職員の資格や経験年数に応じた加算項目です。 サービス提供体制強化加算Ⅰの要件: 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。または勤続10年以上の介護福祉士が100分の25以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅱの要件: 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅲの要件: 指定通所介護を利用者に直接提供する職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が100の40以上であること。または勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。		

*印の加算項目は、支給限度額管理の対象外の算定項目

2 割負担の方

料金種別	項目	月単位料金	備考
基本料金	要支援1	3790円/月	原則週1回利用
	要支援2	7633円/月	原則週2回利用
加算料金	口腔機能向上加算Ⅰ	317円/月	実施した場合
	口腔機能向上加算Ⅱ	338円/月	実施した場合
	運動器機能向上加算	475円/月	実施した場合
	栄養改善加算	422円/月	実施した場合
	生活機能向上グループ活動加算	211円/月	実施した場合
	若年性認知症利用者受入加算	506円/月	若年性認知症の方
	科学的介護推進体制加算	85円/月	実施した場合
	事業所評価加算	253円/月	一律加算
	*サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1の方:186円/月 要支援2の方:371円/月	下記※1の要件を満たす場合、一律加算
	*サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1の方:152円/月 要支援2の方:304円/月	下記※2の要件を満たす場合、一律加算
*サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援1の方:51円/月 要支援2の方:101円/月	下記※3の要件を満たす場合、一律加算	
介護職員等処遇改善加算	*介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位×92/1000に10.54を乗じた金額の2割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位×90/1000に10.54を乗じた金額の2割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位×80/1000に10.54を乗じた金額の2割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 所定単位×64/1000に10.54を乗じた金額の2割/月		
減算料金	同一建物減算	要支援1の方:-793円/月	事業所と同一建物に居住する方
		要支援2の方:-1586円/月	
上記項目に対する説明	<p>①本利用料はサービス提供時間を原則午前10時15分～午後3時45分としています。</p> <p>②送迎代は基本料金に含まれます。</p> <p>③サービス提供体制強化加算は職員の資格や経験年数に応じた加算項目です。 サービス提供体制強化加算Ⅰの要件:介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。または勤続10年以上の介護福祉士が100分の25以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅱの要件:介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅲの要件:指定通所介護を利用者に直接提供する職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が100の40以上であること。または勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。</p> <p>④小数点以下切捨てのため、1割負担の2倍とにならない料金があります。</p>		

*印の加算項目は、支給限度額管理の対象外の算定項目

3 割負担の方

料金種別	項目	月単位料金	備考
基本料金	要支援1	5685円/月	原則週1回利用
	要支援2	11450円/月	原則週2回利用
加算料金	口腔機能向上加算Ⅰ	475円/月	実施した場合
	口腔機能向上加算Ⅱ	506円/月	実施した場合
	運動器機能向上加算	712円/月	実施した場合
	栄養改善加算	633円/月	実施した場合
	生活機能向上グループ活動加算	317円/月	実施した場合
	若年性認知症利用者受入加算	759円/月	若年性認知症の方
	科学的介護推進体制加算	127円/月	実施した場合
	事業所評価加算	380円/月	一律加算
	*サービス提供 体制強化加算Ⅰ	要支援1の方: 279円/月 要支援2の方: 557円/月	下記※1の要件を満たす場合、一律加算
	*サービス提供 体制強化加算Ⅱ	要支援1の方: 228円/月 要支援2の方: 456円/月	下記※2の要件を満たす場合、一律加算
*サービス提供 体制強化加算Ⅲ	要支援1の方: 76円/月 要支援2の方: 152円/月	下記※3の要件を満たす場合、一律加算	
介護職員等処遇改善加算	*介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位×92/1000に10.54を乗じた金額の3割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位×90/1000に10.54を乗じた金額の3割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位×80/1000に10.54を乗じた金額の3割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 所定単位×64/1000に10.54を乗じた金額の3割/月		
減算料金	同一建物減算	要支援1の方: -1189円/月 要支援2の方: -2378円/月	事業所と同一建物に居住する方
上記項目に対する説明	①本利用料はサービス提供時間を原則午前10時15分～午後3時45分としています。 ②送迎代は基本料金に含まれます。 ③サービス提供体制強化加算は職員の資格や経験年数に応じた加算項目です。 サービス提供体制強化加算Ⅰの要件: 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。または勤続10年以上の介護福祉士が100分の25以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅱの要件: 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅲの要件: 指定通所介護を利用者に直接提供する職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が100の40以上であること。または勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。 ④小数点以下切捨てのため、1割負担の3倍とまらない料金があります。		

*印の加算項目は、支給限度額管理の対象外の算定項目

< 半日の場合 >

1 割負担の方

料金種別	項目	月単位料金	備考
基本料金	要支援1	1706円/月	原則週1回利用
	要支援2	3435円/月	原則週2回利用
加算料金	口腔機能向上加算Ⅰ	159円/月	実施した場合
	口腔機能向上加算Ⅱ	169円/月	実施した場合
	運動器機能向上加算	238円/月	実施した場合
	栄養改善加算	211円/月	実施した場合
	生活機能向上グループ活動加算	106円/月	実施した場合
	若年性認知症利用者受入加算	253円/月	若年性認知症の方
	科学的介護推進体制加算	43円/月	実施した場合
	事業所評価加算	127円/月	一律加算
	*サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1の方: 93円/月 要支援2の方: 186円/月	下記※1の要件を満たす場合、一律加算
	*サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1の方: 76円/月 要支援2の方: 152円/月	下記※2の要件を満たす場合、一律加算
*サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援1の方: 26円/月 要支援2の方: 51円/月	下記※3の要件を満たす場合、一律加算	
介護職員等処遇改善加算	*介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×92/1000に10.54を乗じた金額の1割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数×90/1000に10.54を乗じた金額の1割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数×80/1000に10.54を乗じた金額の1割/月 *介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 所定単位数×64/1000に10.54を乗じた金額の1割/月		
減算料金	同一建物減算	要支援1の方: -397円/月 要支援2の方: -793円/月	事業所と同一建物に居住する方
上記項目に対する説明	①本利用料はサービス提供時間を原則午前10時15分～午後3時45分としています。 ②送迎代は基本料金に含まれます。 ③サービス提供体制強化加算は職員の資格や経験年数に応じた加算項目です。 サービス提供体制強化加算Ⅰの要件: 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。または勤続10年以上の介護福祉士が100分の25以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅱの要件: 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅲの要件: 指定通所介護を利用者に直接提供する職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が100の40以上であること。または勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。		

*印の加算項目は、支給限度額管理の対象外の算定項目

2 割負担の方

料金種別	項目	月単位料金	備考
基本料金	要支援1	3411円/月	原則週1回利用
	要支援2	6870円/月	原則週2回利用
加算料金	口腔機能向上加算Ⅰ	317円/月	実施した場合
	口腔機能向上加算Ⅱ	338円/月	実施した場合
	運動器機能向上加算	475円/月	実施した場合
	栄養改善加算	422円/月	実施した場合
	生活機能向上グループ活動加算	211円/月	実施した場合
	若年性認知症利用者受入加算	506円/月	若年性認知症の方
	科学的介護推進体制加算	85円/月	実施した場合
	事業所評価加算	253円/月	一律加算
	*サービス提供 体制強化加算Ⅰ	要支援1の方:186円/月 要支援2の方:371円/月	下記※1の要件を満たす場合、一律加算
	*サービス提供 体制強化加算Ⅱ	要支援1の方:152円/月 要支援2の方:304円/月	下記※2の要件を満たす場合、一律加算
*サービス提供 体制強化加算Ⅲ	要支援1の方:51円/月 要支援2の方:101円/月	下記※3の要件を満たす場合、一律加算	
介護職員等処遇改善加算	*介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×92/1000に10.54を乗じた金額の2割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数×90/1000に10.54を乗じた金額の2割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数×80/1000に10.54を乗じた金額の2割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 所定単位数×64/1000に10.54を乗じた金額の2割/月		
減算料金	同一建物減算	要支援1の方:-793円/月	事業所と同一建物に居住する方
		要支援2の方:-1586円/月	
上記項目に対する説明	<p>①本利用料はサービス提供時間を原則午前10時15分～午後3時45分としています。</p> <p>②送迎代は基本料金に含まれます。</p> <p>③サービス提供体制強化加算は職員の資格や経験年数に応じた加算項目です。 サービス提供体制強化加算Ⅰの要件:介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。または勤続10年以上の介護福祉士が100分の25以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅱの要件:介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅲの要件:指定通所介護を利用者に直接提供する職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が100の40以上であること。または勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。</p> <p>④小数点以下切捨のため、1割負担の2倍とならない料金があります。</p>		

*印の加算項目は、支給限度額管理の対象外の算定項目

3 割負担の方

料金種別	項目	月単位料金	備考
基本料金	要支援1	5 1 1 6 円/月	原則週1回利用
	要支援2	1 0 3 0 5 円/月	原則週2回利用
加算料金	口腔機能向上加算Ⅰ	4 7 5 円/月	実施した場合
	口腔機能向上加算Ⅱ	5 0 6 円/月	実施した場合
	運動器機能向上加算	7 1 2 円/月	実施した場合
	栄養改善加算	6 3 3 円/月	実施した場合
	生活機能向上グループ活動加算	3 1 7 円/月	実施した場合
	若年性認知症利用者受入加算	7 5 9 円/月	若年性認知症の方
	科学的介護推進体制加算	1 2 7 円/月	実施した場合
	事業所評価加算	3 8 0 円/月	一律加算
	*サービス提供 体制強化加算Ⅰ	要支援1の方: 2 7 9 円/月 要支援2の方: 5 5 7 円/月	下記※1の要件を満たす場合、一律加算
	*サービス提供 体制強化加算Ⅱ	要支援1の方: 2 2 8 円/月 要支援2の方: 4 5 6 円/月	下記※2の要件を満たす場合、一律加算
*サービス提供 体制強化加算Ⅲ	要支援1の方: 7 6 円/月 要支援2の方: 1 5 2 円/月	下記※3の要件を満たす場合、一律加算	
介護職員等処遇改善加算	*介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×92/1000に10.54を乗じた金額の3割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数×90/1000に10.54を乗じた金額の3割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数×80/1000に10.54を乗じた金額の3割/月		
	*介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 所定単位数×64/1000に10.54を乗じた金額の3割/月		
減算料金	同一建物減算	要支援1の方: -1189 円/月	事業所と同一建物に居住する方
		要支援2の方: -2378 円/月	
上記項目に対する説明	<p>①本利用料はサービス提供時間を原則午前10時15分～午後3時45分としています。</p> <p>②送迎代は基本料金に含まれます。</p> <p>③サービス提供体制強化加算は職員の資格や経験年数に応じた加算項目です。 サービス提供体制強化加算Ⅰの要件: 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。または勤続10年以上の介護福祉士が100分の25以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅱの要件: 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 サービス提供体制強化加算Ⅲの要件: 指定通所介護を利用者に直接提供する職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が100の40以上であること。または勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。</p> <p>④小数点以下切捨てのため、1割負担の3倍とまらない料金があります。</p>		

*印の加算項目は、支給限度額管理の対象外の算定項目

介護保険給付対象外サービスの利用料

昼食代	850円／回（おやつ代50円を含む）
おむつ代	・おむつ代、おむつカバー及びこれらに係る洗濯代、廃棄代等： 実費相当額
その他	・行事や活動に伴う材料費等：実費相当額 ・行事食など特別な食事に伴う食材費等：実費相当額 ・その他利用者の希望により購入する身の回り品：実費相当額

年 月 日

通所型サービス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な事項を説明し、交付しました。

事業者

所在地 東京都立川市錦町六丁目28番15号
名称 社会福祉法人 至誠学舎立川
常務理事・至誠ホーム長 旭 博之 印

事業所

所在地 東京都立川市錦町六丁目28番15号
事業者名 至誠アウリンコ デイホーム
管理者 岡安 翔子 印
事業所番号 1373000411

説明者名 印

同意書

年 月 日

私は、本書面により事業所から通所型サービスについて重要事項の説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名

印

<家族・代理人・成年後見人等>

住所

氏名

(続柄:) 印