

# 指定通所介護 日常生活支援総合事業第一号通所事業 運営規程 ALSOKデイサービス戸田笹目

## (事業の目的)

第1条 ALSOK介護株式会社が開設するALSOKデイサービス戸田笹目（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護または介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業[介護予防通所介護相当サービス]（以下「通所型サービス」という。）の各事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員および介護職員（以下「従業者」という。）が、要介護・要支援状態等にある高齢者または日常生活支援総合事業第一号通所事業にあつては事業対象者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。

## (運営の方針)

- 第2条 指定通所介護の提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話および機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。
- 2 通所型サービスの提供にあたっては、事業所の従業者は、要支援者および事業対象者の心身の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援および機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指すものとする。
  - 3 事業の実施に当たっては、関係市区町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、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るものとする。

## (事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称および所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名 称 ALSOKデイサービス戸田笹目
- (2) 所在地 埼玉県戸田市笹目1-13-24

## (職員の職種、員数および職務の内容)

第4条 事業所に勤務する職種、員数および職務の内容は次のとおりとする。

- (1) 管理者 1名（常勤兼務）  
管理者は、事業所の従業者の管理および業務の管理を一元的に行う。
- (2) 従業者
  - ①生活相談員 2名以上
  - ②看護職員 1名以上（機能訓練指導員兼務）
  - ③介護職員 6名以上
  - ④機能訓練指導員 1名以上（看護職員兼務）従業者は、指定通所介護、または通所型サービスの業務に当たる。

(営業日および営業時間)

第5条 事業所の営業日および営業時間は、次のとおりとする。

- (1) 営業日 月曜日から土曜日（祝祭日を含む）とする。  
ただし、12月31日から1月2日までを除く。
- (2) 営業時間 8時30分から17時30分とする。
- (3) サービス提供時間 9時15分から16時30分とする。

(事業の実施における利用定員)

第6条 指定通所介護、または通所型サービスの利用定員は次のとおりとする。

1単位 40名（通常規模）

(事業の内容および利用料等)

第7条 指定通所介護、または通所型サービスの実施内容は次のとおりとし、各事業によるサービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額および実施地域の各市町の介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業実施要項が定める基準とし、法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載の負担割合に応じた額とする。

- (1) 食事の提供
  - (2) 入浴（一般浴）
  - (3) 日常生活動作の機能訓練
  - (4) 健康チェック
  - (5) 送迎
- 2 食費は、1食当たり 815円（非課税）を徴収する。
- 3 おむつ代は、紙パンツ1枚につき100円（非課税）、尿取りパット1枚につき30円（非課税）を徴収する。
- 4 指定通所介護で利用者またはその家族の都合によりキャンセルが発生した場合に徴収するキャンセル料金は、次のとおりとする。
- (1) 利用日前日の17時30分までに連絡があった場合 無料
  - (2) 利用日前日の17時31分以降に連絡があった場合  
介護保険自己負担額相当分および食費分（1日あたり・非課税）とする
- 5 通所型サービスにおいてはキャンセル料はないが、第4項(2)に準じ食費相当額を徴収する。

(通常の事業の実施地域)

第8条 通常の事業の実施地域は、戸田市、蕨市、川口市原町、さいたま市南区辻の区域とする。ただし、通所型サービスの実施地域は、戸田市、蕨市とする。

(緊急時等における対応方法)

第9条 従業者は、事業を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医等に連絡する等の措置を講じ、管理者に報告しなければならない。

- 2 指定通所介護、通所型サービスを提供中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難等の措置を講ずるほか、管理者に連絡の上その指示に従うものとする。

(サービスの利用に当たっての留意事項)

第10条 従業者は、利用者に対して従業者の指示に従ってサービス提供を受けてもらうよう指示を行う。

- 2 従業者は、事前に利用者に対して次の点に留意するよう指示を行う。
- (1) 気分が悪くなったときはすみやかに申し出ること。

- (2) 共有の施設・設備は他の迷惑にならないよう利用すること。
- (3) 主治の医師から指示事項等有る場合には申し出ること。
- (4) 体調不良等によって通所介護に適さないと判断された場合には、サービスの提供を中止することがあること。
- (5) 時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があること。

#### (非常災害対策)

- 第11条 事業所は災害対策に関する担当者（防火管理者または防火責任者）を定め、非常災害対策に関する取り組みを行う。
- 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および連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知する。
  - 3 事業所は定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

#### (苦情処理)

- 第12条 指定通所介護、通所型サービスの提供に係る利用者からの苦情に関し、迅速かつ適切に対応するため、本社および事業所に苦情窓口を設置し、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じるものとする。
- 2 提供したサービス等に関し、保険者が行う調査等に協力するとともに保険者から指導または助言を受けた場合は、当該指導または助言に従って必要な改善を行う。
  - 3 提供したサービス等に関する苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導または助言を受けた場合は、当該指導または助言に従って必要な改善を行う。
  - 4 提供したサービス等に関する利用者からの苦情に関して、保険者等が派遣する者が相談および援助を行う事業その他の保険者が実施する事業に協力するよう努める。
  - 5 事業所は、社会福祉法に規定する運営適正化委員会が規程により行う調査または斡旋に協力するよう努める。

#### (事故発生の防止策および事故発生時の対応方法)

- 第13条 利用者に対するサービス等の提供により事故が発生した場合は、速やかに区市町、利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
- 2 前項の事故の状況および事故に際して採った処置を記録する。
  - 3 利用者に、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。

#### (個人情報の保護)

- 第14条 事業者は、利用者および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」および厚生労働省が作成した「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」を遵守し適切な取扱いに努めるものとする。
- 2 事業所が得た利用者およびその家族の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、第三者への情報提供についてはあらかじめ利用者およびその家族の了解を得るものとする。
  - 3 従業者は、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持する。
  - 4 従業者であった者に、業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとする。

(衛生管理および従業者等の健康管理等)

- 第15条 事業所に使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとする。
- 2 事業所において感染症が発生し、またはまん延しないよう必要な措置を講じるとともに、従業者は年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

(高齢者虐待防止の推進)

- 第16条 事業者は、利用者の人権の擁護、高齢者虐待の防止および早期発見のための取り組みとして、以下の措置を講じるものとする。
- (1) 高齢者虐待防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。
- (2) 高齢者虐待防止委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知します。
- (3) 従業者に対し、高齢者虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。

(業務継続計画の策定等)

- 第17条 事業所は感染症や非常災害時の発生時において、事業の提供を継続的に実施するためのおよ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、業務継続計画に従い必要な措置を講じる。
- 2 事業所は、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実施する。
- 3 事業所は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うものとする。

(その他運営についての留意事項)

- 第18条 事業所は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講するために必要な措置を講じる。
- 2 事業所は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。
- (1) 採用時研修 採用後1カ月以内
- (2) 継続研修 年1回
- 3 事業所は適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動また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、従業者の就業環境を害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。
- 4 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項はALSOK介護株式会社代表取締役と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

## 附 則

この規程は、2008年1月1日から施行する。  
この規程は、2008年11月1日から施行する。  
この規程は、2009年1月1日から施行する。  
この規程は、2009年4月17日から施行する。  
この規程は、2010年4月1日から施行する。  
この規程は、2010年12月1日から施行する。  
この規程は、2011年1月1日から施行する。  
この規程は、2011年6月1日から施行する。  
この規程は、2011年10月1日から施行する。  
この規程は、2012年4月1日から施行する。  
この規程は、2014年4月1日から施行する。  
この規程は、2014年12月31日から施行する。  
この規程は、2015年8月1日から施行する。  
この規程は、2017年4月1日から施行する。  
この規程は、2017年12月1日から施行する。  
この規程は、2018年4月1日から施行する。  
この規程は、2018年10月1日から施行する。  
この規程は、2019年5月1日から施行する。  
この規程は、2020年6月18日から施行する。  
この規程は、2021年4月1日から施行する。  
この規定は、2021年10月1日から施行する。  
この規程は、2024年1月1日から施行する。  
この規程は、2024年4月1日から施行する。  
この規程は、2025年10月1日から施行する。  
この規程は、2026年7月1日から施行する。

# 通 所 介 護 重 要 事 項 説 明 書

## 1. 指定通所介護サービスを提供する事業者について

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 事業主体名       | A L S O K 介護株式会社                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
| 法人の種類       | 営利法人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |
| 代表者名        | 代表取締役 小黒 康伸                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |
| 所在地         | 埼玉県さいたま市大宮区三橋二丁目795番地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |
| 連絡先         | 電話番号：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 048-631-3690                                                      |
|             | F A X 番号：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 048-631-2110                                                      |
|             | ホームページアドレス：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="https://kaigo.alsok.co.jp">https://kaigo.alsok.co.jp</a> |
| 法人設立年月日     | 1998 年 1 月 14 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |
| 他の介護保険関連の事業 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅介護支援事業</li> <li>・ 居宅サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問介護 日常生活支援総合事業第1号訪問事業</li> <li>通所介護 日常生活支援総合事業第1号通所事業</li> <li>短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護</li> <li>特定施設入所者生活介護 介護予防特定施設入所者生活介護</li> <li>訪問看護 介護予防訪問看護</li> </ul> </li> <li>・ 地域密着型サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> <li>小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護</li> <li>地域密着型通所介護</li> </ul> </li> </ul> |                                                                   |
| 他の介護保険以外の事業 | 志木市地域包括支援センター受託事業<br>志木市介護予防事業<br>住宅型有料老人ホームの運営<br>サービス付き高齢者向け住宅の運営                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |

## 2. サービス提供を実施する事業所について

### (1) 事業所の所在地等

|             |                                                            |
|-------------|------------------------------------------------------------|
| 事業所名称       | ALSOKデイサービス戸田笹目                                            |
| 介護保険指定事業所番号 | 指定通所介護 第 1171900770号                                       |
| 事業所所在地      | 埼玉県戸田市笹目1-13-24                                            |
| 電話番号        | 048-449-7326                                               |
| FAX番号       | 048-449-7327                                               |
| 通常の事業の実施地域  | 戸田市、蕨市、川口市原町、さいたま市南区辻                                      |
| アクセス        | JR埼京線「戸田」駅より 徒歩15分（約1200m）<br>首都高速5号池袋線「戸田南」IC出口7分（約2.3km） |
| 併設事業所       | ALSOK福祉用具・埼玉南センター（福祉用具貸与、特定福祉用具販売）                         |

### (2) 事業の目的および運営の方針

|       |                                                                                                                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 事業の適正な運営を確保するために、人員および運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員および介護職員（以下サービス従業者）が要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。                                                    |
| 運営の方針 | 事業の実施にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、生活機能の維持または向上を目指し必要な日常生活上の世話および機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持ならびに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。 |

### (3) 事業所窓口の営業日および営業時間

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| 営業日  | 月 ～ 土 （祝祭日含む） ただし12月31日～1月2日までを除く |
| 営業時間 | 8時30分から17時30分                     |

### (4) サービス提供日時

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| サービス提供日  | 月 ～ 土 （祝祭日含む） ただし12月31日～1月2日までを除く |
| サービス提供時間 | 9時15分から16時30分まで                   |

## (5) 事業所の職員体制

| 管理者氏名                                                                                                                                                                                                            |                   | 黒須 星冴 |     | (2024年9月1日現在) |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|-----|---------------|------------|
| 職員の職種                                                                                                                                                                                                            | 資格                | 常勤    | 非常勤 | 計             | 兼任の有無      |
| 管理者                                                                                                                                                                                                              | 介護福祉士             | 1     |     | 1             | 有（生活相談員）   |
| 従業者および、業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、サービスの実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。<br>利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、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生活相談員等と協力して作成します。また、サービス実施状況の把握および通所介護計画の変更を行います。 |                   |       |     |               |            |
| 生活相談員                                                                                                                                                                                                            | 介護福祉士<br>社会福祉主事任用 | 3     | 1   | 4             | 有（介護職員）    |
| 利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導および介護に関する相談および援助などを行います。各利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況および目標の達成状況の記録を行います。                                                                                                   |                   |       |     |               |            |
| 看護職員                                                                                                                                                                                                             | 看護師               | 1     | 2   | 3             | 有（機能訓練指導員） |
|                                                                                                                                                                                                                  | 准看護師              |       | 1   | 1             | 有（機能訓練指導員） |
| サービス提供の前後および提供中の利用者の心身の状況等の把握を行い、利用者の静養のための必要な措置を行います。また、利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。                                                                                                             |                   |       |     |               |            |
| 介護職員                                                                                                                                                                                                             | 介護福祉士             | 4     | 1   | 5             | 有（生活相談員）   |
|                                                                                                                                                                                                                  | 研修課程修了者           |       | 1   | 1             |            |
|                                                                                                                                                                                                                  | その他               |       |     |               |            |
| 通所介護計画に基づき、必要な日常生活の世話および介護を行います。                                                                                                                                                                                 |                   |       |     |               |            |
| 機能訓練指導員                                                                                                                                                                                                          | 理学療法士             |       |     |               |            |
|                                                                                                                                                                                                                  | 作業療法士             |       |     |               |            |
|                                                                                                                                                                                                                  | 言語聴覚士             |       |     |               |            |
|                                                                                                                                                                                                                  | 看護職員              | 1     | 1   | 2             | 有（看護職員）    |
|                                                                                                                                                                                                                  | その他               |       |     |               |            |
| 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。                                                                                                                                          |                   |       |     |               |            |

## (6) 施設の設備の概要

|                  |     |     |    |
|------------------|-----|-----|----|
| 利用定員             | 40名 | 浴室  | 4室 |
| 食堂<br>兼<br>機能訓練室 | 1室  | 相談室 | 1室 |
|                  |     | 静養室 | 1室 |

### 3. 提供するサービスの内容および費用について

#### (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                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通所介護計画の作成<br>(すべての利用者について作成します。) |                 | 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計画を作成します。<br>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またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。<br>通所介護計画の内容について、利用者の同意を得た時は、通所介護計画書を利用者に交付します。<br>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およ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。<br>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、車いすまた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                         | 食事の提供および介助      | ①食事の提供および介助が必要な利用者に対して、介助を行います。<br>②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。                                                                                                                                                                                                      |
|                                  | 入浴の提供および介助      | 入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪等を行います。                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                  | 排せつ介助           | 介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。                                                                                                                                                                                                                             |
|                                  | 更衣介助<br>移動・移乗介助 | 上着、下着の更衣の介助を行います。<br>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、配列された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。                                                                                                                                                                                                                            |
| 機能訓練                             |                 | 利用者の状態や能力、希望等に応じて機能訓練指導員が専門的知識に基づき、<br>・食事、入浴、排せつ、更衣等の日常生活動作を通じた訓練<br>・器械・器具等を使用した訓練<br>・集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操<br>などを行います。                                                                                                                                            |
| その他<br>(創作活動等)                   |                 | 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。                                                                                                                                                                                                                                   |

#### (2) サービスおよび利用料金等

##### ①《介護保険給付対象サービス》

食事・入浴の介助、生活についての相談、助言、健康状態の確認などの日常生活上の世話等のサービスを提供します。要介護度に応じて定められた介護報酬告示上の額（省令により変動あり）に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額が自己負担額となります（別紙1および別紙2参照）。

※利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきますが、要介護認定を受けた後、自己負担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、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要な「サービス提供証明書」を交付します。

②《その他の費用について》

|                                                                             |                                               |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 送迎費                                                                         | 無料<br>(利用者の居宅が実施地域以外にある場合、サービスの提供はいたしておりません。) |                                                     |
| 食事の提供に要する費用                                                                 | 1食あたり 815円(非課税)                               |                                                     |
| おむつ代                                                                        | 紙パンツ 100円(非課税)/枚<br>尿とりパット 30円(非課税)/枚         |                                                     |
| 日常生活費                                                                       | 実費                                            | 利用者またはその家族の自由な選択に基づき、事業者がサービスの提供の一環として提供する日常生活に係る費用 |
| キャンセル料<br><br>※サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、右記によりキャンセル料を請求いたします。 | 利用日の前日午後5時30分までにご連絡をいただいた場合                   | 無料                                                  |
|                                                                             | 利用日の前日午後5時31分以後にご連絡いただいた場合、または連絡なくキャンセルされた場合  | 介護保険自己負担額相当分<br>および<br>食費分(1日あたり・非課税)               |

※食事の提供、事業所の計画する行事等については、介護保険の給付対象とならず、上記の料金がかかります。その他の給付対象とならないサービスについてはご相談の上、決めさせていただきます。

(3) 利用料、利用者負担額について

|                  |                                                                                             |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料金その他の費用の請求方法等 | 利用料、利用者負担額およびその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日前後に利用者宛に郵送します。       |
| お支払方法等           | 請求月の27日までに口座からの振替によるお支払いとさせていただきます。ご要望によりコンビニエンスストアおよび銀行からの振込も可能です。なお振込手数料は利用者負担とさせていただきます。 |

※利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)およびその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払の催促から10日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

#### （４）サービスの提供にあたって

- ①サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。住所などに変更があった場合は速やかにお知らせください。
- ②要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する３０日前には、なされるよう、必要な援助を行います。
- ③利用者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者および家族の意向を踏まえて、指定通所介護の目標、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」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者または家族にその内容の説明を行い、同意を得たうえで交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- ④サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- ⑤通所介護サービスの利用の変更、または新たなサービスの追加につきましては担当の介護支援専門員とご相談ください。サービス利用の変更・追加の申出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用日時を利用者に提示して協議します。

#### （５）サービス利用にあたっての留意事項

- ①主治医からの指示事項等がある場合には申し出てください。
- ②気分が悪くなった時は、速やかに申し出てください。
- ③体調不良等によって通所介護に適さないと判断される場合には、サービスの提供を中止することがあります。
- ④共有の施設・設備は他の利用者等の迷惑にならないよう利用してください。
- ⑤時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があります。
- ⑥利用契約書第10条に基づきこの契約が解除される場合があります。

#### 4. 緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続きについて

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下身体的拘束といいます。）を行いません。ただし、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事業者と利用者および身元引受人の合意のもと、以下の手続きにより行うこととします。

- ①身体拘束廃止委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業員に周知徹底を図ります。
- ②身体拘束廃止委員会において、身体拘束を行わない方法を十分に検討した上で、利用者個々の心身の状況を勘案し、なお状態が切迫性、非代替性、一時性の全てを満たす場合でやむを得ないと判断した場合において、身体拘束の内容、目的・理由、時間、期間等を議事録に残し、身体的拘束の手続きを行います。
- ③緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、本人または身元引受人に身体拘束の内容、目的・理由、拘束の時間帯、期間等の詳細を説明し、理解を得られるよう努めるとともに「緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書」（以下、説明書といいます。）に記載します。また、利用者および身元引受人より「説明書」に署名または記名押印をいただきます。
- ④緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、「身体拘束の解除に向けての経過観察記録」にその態様および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。また、具体的な記録情報を基に、職員間、家族等関係者間で直近の情報を共有し「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、１ヶ月に１回以上は身体拘束の解除に向けて検討するとともに、要件を満たさない場合は、ただちに解除します。
- ⑤身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、かつ介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年に２回以上実施します。

## 5. 緊急時の対応方法

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の必要な場合は、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、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

| 緊 急 連 絡 先       |    |     |  |
|-----------------|----|-----|--|
| 家族氏名            | 続柄 | 連絡先 |  |
| 家族氏名            | 続柄 | 連絡先 |  |
| 医 療 機 関・診 療 所 名 |    |     |  |
| 医 療 機 関・診 療 所 名 |    | 連絡先 |  |

※契約締結後に追加記入いたします。

## 6. 事故発生時の対応方法について

- ①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。
- ②前項の事故の状況および事故に際して採った処置を記録します。
- ③利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |              |
|-------|--------------|
| 保険会社名 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| 保険名   | 介護賠償責任保険     |

## 7. 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また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。

## 8. 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および保険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うえ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に送付します。

## 9. サービス提供の記録

- ①指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスの完結の日から5年間保存します。
- ②利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。

## 10. 非常災害対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者または防火責任者）を定め、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- 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およ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。

## 1 1. 業務継続計画

(1) 事業者は、感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施および非常時での体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、必要な措置を講じます。

(2) 事業者は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施するものとします。

(3) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

## 1 2. 感染症対策

(1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

(2) 感染症の発生を防止する措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めるものとする。

(3) 感染症の発生又はまん延しないための取り組みとして以下の措置を講じるものとする。

① 感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備し、従業者に周知する。

② 感染症の予防およびまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回実施し、結果を従業者に周知する。

③ 従業者について感染症の予防およびまん延防止のための研修および研修および訓練を定期的実施します。

## 1 3. 身元引受人について

利用者は、身元引受人を定めるものとします。

① 本契約書に身元引受人として署名または記名押印した者は、利用者が本契約に基づいて負う債務を、極度額を限度として利用者と連帯して履行する責任を負います。本契約が更新された場合も同様とします。なお、身元引受人が負担する債務の元本は、利用者または身元引受人が死亡したときに確定するものとします。

※連帯保証極度額 4 8 万円

② 身元引受人の請求があったときは、事業者は身元引受人に対し遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額・損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。

③ 利用者は、身元引受人を代理人として本契約を締結させ、本契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

④ 身元引受人は、事業者と協議し、必要なときは利用者の身柄を引き取るものとします。また、利用者が死亡した場合の遺体および遺留金品の引き受けを行うものとします。

## 1 4. 高齢者虐待防止の推進

事業者は、利用者の人権の擁護、高齢者虐待の防止および早期発見のための取り組みとして、以下の措置を講じるものとします。

① 高齢者虐待防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。

② 高齢者虐待防止委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知します。

③ 従業者に対し、高齢者虐待防止のための研修を定期的実施します。

④ 上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。

## 1 5. 秘密の保持と個人情報の保護について

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者およびその家族に関する秘密の保持について | <p>① 事業者は、利用者および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」および厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り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。</p> <p>② 事業者およ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および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。</p> <p>③ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間およ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。</p>                                                                                 |
| 個人情報の保護について             | <p>① 事業者は、利用者からあらかじ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、あらかじ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。</p> <p>② 事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもののほか、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えいを防止するものとします。</p> <p>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。）</p> |

## 《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》

## 《苦情処理の体制、手順》

- ①利用者またはその家族からの相談および苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- ②苦情や相談があった場合、苦情相談担当者は状況の把握や事実確認に努めます。
- ③苦情相談担当者（対応者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、利用者またはその家族の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- ④検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ず利用者またはその家族へ報告します。
- ⑤苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業員全員で検討します。

|            |                                            |       |                 |
|------------|--------------------------------------------|-------|-----------------|
| 当施設苦情相談窓口  | 担当者：管理者                                    |       | 048-449-7326    |
|            | 月 ～ 土 曜日 午前8：30～午後5：30まで 受付（12/31から1/2を除く） |       |                 |
| 介護サービスの苦情等 | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係                 | 電話番号： | 048-824-2568    |
| 介護保険制度一般相談 | 戸田市 健康福祉部 健康長寿課                            | 電話番号： | 048-441-1800(代) |
|            | 蕨市 介護保険室                                   | 電話番号： | 048-433-7835    |
|            | 川口市 介護保険課                                  | 電話番号： | 048-258-1110(代) |
|            | さいたま市 介護保険課                                | 電話番号： | 048-829-1264    |
|            | さいたま市 南区 高齢介護課 介護保険係                       | 電話番号： | 048-844-7178    |

事業者は、従業員の質的向上を図るため、年1回継続研修を実施します。

説明年月日 年 月 日

通所介護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ました。

事業所 所在地

埼玉県戸田市笹目1-13-24

名称

A L S O K デイサービス戸田笹目

説明者

㊞

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護のサービスの提供開始およびサービスの利用料（介護給付サービス基本料金および加算、その他の料金）について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

年 月 日

利用者 (住所)

(氏名)

㊞

身元引受人 (住所)

(氏名)

㊞ 続柄

## ～基本料金～

通所介護

(地域別単価)

戸田市

5級地

10.45

円

## &lt;基本料金&gt;

|           | 区分             | 要介護度 | 単位    | 介護報酬<br>総額 | 利用者負担額 |        |        |
|-----------|----------------|------|-------|------------|--------|--------|--------|
|           |                |      |       |            | 【1割】   | 【2割】   | 【3割】   |
| 通常規模型通所介護 | 3時間以上<br>4時間未満 | 要介護1 | 370   | 3,866円     | 387円   | 774円   | 1,160円 |
|           |                | 要介護2 | 423   | 4,420円     | 442円   | 884円   | 1,326円 |
|           |                | 要介護3 | 479   | 5,005円     | 501円   | 1,001円 | 1,502円 |
|           |                | 要介護4 | 533   | 5,569円     | 557円   | 1,114円 | 1,671円 |
|           |                | 要介護5 | 588   | 6,144円     | 615円   | 1,229円 | 1,844円 |
|           | 4時間以上<br>5時間未満 | 要介護1 | 388   | 4,054円     | 406円   | 811円   | 1,217円 |
|           |                | 要介護2 | 444   | 4,639円     | 464円   | 928円   | 1,392円 |
|           |                | 要介護3 | 502   | 5,245円     | 525円   | 1,049円 | 1,574円 |
|           |                | 要介護4 | 560   | 5,852円     | 586円   | 1,171円 | 1,756円 |
|           |                | 要介護5 | 617   | 6,447円     | 645円   | 1,290円 | 1,935円 |
|           | 5時間以上<br>6時間未満 | 要介護1 | 570   | 5,956円     | 596円   | 1,192円 | 1,787円 |
|           |                | 要介護2 | 673   | 7,032円     | 704円   | 1,407円 | 2,110円 |
|           |                | 要介護3 | 777   | 8,119円     | 812円   | 1,624円 | 2,436円 |
|           |                | 要介護4 | 880   | 9,196円     | 920円   | 1,840円 | 2,759円 |
|           |                | 要介護5 | 984   | 10,282円    | 1,029円 | 2,057円 | 3,085円 |
|           | 6時間以上<br>7時間未満 | 要介護1 | 584   | 6,102円     | 611円   | 1,221円 | 1,831円 |
|           |                | 要介護2 | 689   | 7,200円     | 720円   | 1,440円 | 2,160円 |
|           |                | 要介護3 | 796   | 8,318円     | 832円   | 1,664円 | 2,496円 |
|           |                | 要介護4 | 901   | 9,415円     | 942円   | 1,883円 | 2,825円 |
|           |                | 要介護5 | 1,008 | 10,533円    | 1,054円 | 2,107円 | 3,160円 |
|           | 7時間以上<br>8時間未満 | 要介護1 | 658   | 6,876円     | 688円   | 1,376円 | 2,063円 |
|           |                | 要介護2 | 777   | 8,119円     | 812円   | 1,624円 | 2,436円 |
|           |                | 要介護3 | 900   | 9,405円     | 941円   | 1,881円 | 2,822円 |
|           |                | 要介護4 | 1,023 | 10,690円    | 1,069円 | 2,138円 | 3,207円 |
|           |                | 要介護5 | 1,148 | 11,996円    | 1,200円 | 2,400円 | 3,599円 |
|           | 8時間以上<br>9時間未満 | 要介護1 | 669   | 6,991円     | 700円   | 1,399円 | 2,098円 |
|           |                | 要介護2 | 791   | 8,265円     | 827円   | 1,653円 | 2,480円 |
|           |                | 要介護3 | 915   | 9,561円     | 957円   | 1,913円 | 2,869円 |
|           |                | 要介護4 | 1,041 | 10,878円    | 1,088円 | 2,176円 | 3,264円 |
|           |                | 要介護5 | 1,168 | 12,205円    | 1,221円 | 2,441円 | 3,662円 |

<加算> (現在算定できる加算に ☒ を付けています)

| 加算                                  | 加算名称                           |                       | 算定単位           |             | 介護報酬<br>総額 | 利用者負担額 |      |      |
|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------|-------------|------------|--------|------|------|
|                                     |                                |                       |                |             |            | 【1割】   | 【2割】 | 【3割】 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 入浴介助加算                         | (Ⅰ)                   | 1日につき          | 40          | 418円       | 42円    | 84円  | 126円 |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅱ)                   | 1日につき          | 55          | 574円       | 58円    | 115円 | 173円 |
| <input type="checkbox"/>            | 中重度者ケア体制加算                     |                       | 1日につき          | 45          | 470円       | 47円    | 94円  | 141円 |
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上連携加算Ⅰ                    |                       | 1月につき          | 100         | 1,045円     | 105円   | 209円 | 314円 |
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上連携加算Ⅱ 1                  |                       | 1月につき          | 200         | 2,090円     | 209円   | 418円 | 627円 |
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上連携加算Ⅱ 2                  | 個別機能訓練加算<br>を算定している場合 | 1月につき          | 100         | 1,045円     | 105円   | 209円 | 314円 |
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上連携加算                     | (Ⅰ)                   | 1月につき          | 100         | 1,045円     | 105円   | 209円 | 314円 |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅱ)                   | 1月につき          | 200         | 2,090円     | 209円   | 418円 | 627円 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 個別機能訓練加算                       | (Ⅰ) イ                 | 1日につき          | 56          | 585円       | 59円    | 117円 | 176円 |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅰ) ロ                 | 1日につき          | 76          | 794円       | 80円    | 159円 | 239円 |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅱ)                   | 1月につき          | 20          | 209円       | 21円    | 42円  | 63円  |
| <input type="checkbox"/>            | A D L 維持等加算                    | (Ⅰ)                   | 1月につき          | 30          | 313円       | 32円    | 63円  | 94円  |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅱ)                   | 1月につき          | 60          | 627円       | 63円    | 126円 | 189円 |
| <input type="checkbox"/>            | 認知症加算                          |                       | 1日につき          | 60          | 627円       | 63円    | 126円 | 189円 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 若年性認知症利用者受入加算                  |                       | 1日につき          | 60          | 627円       | 63円    | 126円 | 189円 |
| <input type="checkbox"/>            | 栄養アセスメント加算                     |                       | 1月につき          | 50          | 522円       | 53円    | 105円 | 157円 |
| <input type="checkbox"/>            | 栄養改善加算                         |                       | 1回につき          | 200         | 2,090円     | 209円   | 418円 | 627円 |
| <input type="checkbox"/>            | 口腔・栄養<br>スクリーニング加算             | (Ⅰ)                   | 1回につき          | 20          | 209円       | 21円    | 42円  | 63円  |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅱ)                   | 1回につき          | 5           | 52円        | 6円     | 11円  | 16円  |
| <input type="checkbox"/>            | 口腔機能向上加算                       | (Ⅰ)                   | 1回につき          | 150         | 1,567円     | 157円   | 314円 | 471円 |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅱ)                   | 1回につき          | 160         | 1,672円     | 168円   | 335円 | 502円 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算                    |                       | 1月につき          | 40          | 418円       | 42円    | 84円  | 126円 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | サービス提供体制<br>強化加算               | (Ⅰ)                   | 1回につき          | 22          | 229円       | 23円    | 46円  | 69円  |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅱ)                   | 1回につき          | 18          | 188円       | 19円    | 38円  | 57円  |
| <input type="checkbox"/>            |                                | (Ⅲ)                   | 1回につき          | 6           | 62円        | 7円     | 13円  | 19円  |
| <input type="checkbox"/>            | 感染症又は災害発生により利用者が一定<br>以上減少した場合 |                       | 1回につき          | 所定単位数の3%を加算 |            |        |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) イ              |                       | 所定単位数の11.1%を加算 |             |            |        |      |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) ロ              |                       | 所定単位数の12.0%を加算 |             |            |        |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) イ              |                       | 所定単位数の10.9%を加算 |             |            |        |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) ロ              |                       | 所定単位数の11.8%を加算 |             |            |        |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)                |                       | 所定単位数の9.9%を加算  |             |            |        |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)                |                       | 所定単位数の8.3%を加算  |             |            |        |      |      |

※新たに加算を算定する場合及びご利用者様の状況に応じて算定される加算については、算定を開始する際に別途加算同意書に署名捺印をいただきます。

※新たに加算を算定する場合及びご利用者様の状況に応じて算定される加算については、算定を開始する際に別途加算同意書に署名捺印をいただきます。

| 減算                       |                                       |                            |     |       |      |             |
|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----|-------|------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 時間以上 3 時間未満の通所介護を行う場合               | 4 時間以上 5 時間未満の所定単位数の70%で算定 |     |       |      |             |
| <input type="checkbox"/> | 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通所介護を行う場合 | 1 日につき                     | -94 | -982円 | -99円 | -197円 -295円 |
| <input type="checkbox"/> | 事業所が送迎を行わない場合                         | 片道につき                      | -47 | -491円 | -50円 | -99円 -148円  |
| <input type="checkbox"/> | 定員超過の場合                               | 所定単位数の70%で算定               |     |       |      |             |
| <input type="checkbox"/> | 看護・介護職員が欠員の場合                         | 所定単位数の70%で算定               |     |       |      |             |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者虐待防止措置未実施減算                        | 所定単位数の1%を減算                |     |       |      |             |
| <input type="checkbox"/> | 業務継続計画未策定減算                           | 所定単位数の1%を減算                |     |       |      |             |

【指定通所介護・地域密着型通所介護 加算算定要件】

| ◆入浴介助加算                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①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行うこと。<br>②入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (Ⅱ)                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①(Ⅰ)に加えて、医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該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こと。<br>②当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、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の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。<br>※ 個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることも可<br>③上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。                                                                                                              |
| ◆中重度者ケア体制加算                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ①人員基準を満たす看護職員又は介護職員の配置のほかに、看護職員又は介護職員を常勤換算法で2以上追加で配置していること。<br>②3月を除く前年度又は、算定日が属する月の前3ヵ月の実利用者数又は延べ利用者数のうち、要介護3以上の利用者が30%以上の割合を占めていること。<br>③1日の通所介護のサービス提供時間を通して、他の職務を兼務していない専従の看護職員を1名以上配置していること。<br>④中重度の者であっても、社会性の維持を図り、在宅生活の維持に必要なケアやリハビリを計画的に実施するプログラムを作成していること。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ◆生活機能向上連携加算                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①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。<br>②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の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状況を把握した上で、助言を行うこと。                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| (Ⅱ)                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ◆個別機能訓練加算                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                                                   | イ ①通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、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していること。<br>②機能訓練指導員の専従1名以上配置していること。（配置時間の定めなし）<br>③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していること。<br>④利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定していること。訓練項目は複数種類準備し、その選択に当たっては利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助すること。<br>⑤対象者は5人程度以下の小集団又は個別であること。<br>⑥機能訓練指導員が直接実施すること。※介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない<br>⑦3ヶ月に1回以上実施し、利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又は家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行うこと。                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | ロ ①通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、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していること。<br>②機能訓練指導員の専従1名以上配置していること。（配置時間の定めなし）※ロはイに加えて専従で1名以上配置すること。<br>③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していること。<br>④利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定していること。訓練項目は複数種類準備し、その選択に当たっては利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助すること。<br>⑤対象者は5人程度以下の小集団又は個別であること。<br>⑥機能訓練指導員が直接実施すること。※介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない<br>⑦3ヶ月に1回以上実施し、利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又は家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行うこと。 |
| (Ⅱ)                                                                                                                                                                                                                                                                   | 加算(Ⅰ)に加えて、個別機能訓練計画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こと。（「LIFE」へのデータ提出とフィードバックの活用）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ◆ADL維持等加算                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①利用者等（当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること。<br>②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（6月目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、BarthelIndexを適切に評価できるものが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。<br>③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等とし、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。                                                                                                                              |
| (Ⅱ)                                                                                                                                                                                                                                                                   | ①利用者等（当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること。<br>②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（6月目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、BarthelIndexを適切に評価できるものが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。<br>③評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上であること。                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ◆認知症加算                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ①通常の人員基準に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算で2名以上確保していること。<br>②サービス提供時間を通じて専ら通所介護の提供にあたる認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践者研修等）を修了した者を1名以上配置していること。<br>③前年度又は前3ヶ月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（日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者）の利用者の割合が15%以上であること。                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ◆若年性認知症利用者受入加算                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ①若年性認知症利用者毎に担当者を定めていること。<br>②若年性認知症利用者の特性やニーズに応じてサービス提供を行っていること。                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>◆栄養アセスメント加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |
| ①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。<br>②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すること。<br>③利用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ていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>◆栄養改善加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |
| ①管理栄養士を1名以上配置すること。（自事業所だけでなく、外部の事業所や医療機関、栄養ケアステーションのスタッフでも可）<br>②利用者ごとの摂食・嚥下機能および食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、それに従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行い、その状態を定期的に記録していること。<br>③利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。<br>④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。<br>⑤別に厚生労働大臣の定める基準に適合している単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所であること。<br>⑥栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問すること。                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>◆口腔・栄養スクリーニング加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                            |
| (Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。（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）                                                                                                                |
| (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、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。（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加算（Ⅰ）を算定できない場合のみに算定可能）                                                                                             |
| <b>◆口腔機能向上加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                            |
| (Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。<br>②言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種の者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し、それに従って言語聴覚士、歯科衛生士、または看護職員が口腔機能向上サービスを行うとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録すること。<br>③利用者ごとの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。<br>④定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 |
| (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ていること。                                                                                                                                 |
| <b>◆科学的介護推進体制加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| ①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に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。<br>②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ていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>◆サービス提供体制強化加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |
| (Ⅰ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士が70%以上、又は勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上であること。                                                                                                                                                                                    |
| (Ⅱ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上であること。                                                                                                                                                                                                            |
| (Ⅲ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士が40%以上、又は直接介護を提供する職員の総数のうち勤続7年以上の者が30%以上であること。                                                                                                                                                                          |
| <b>◆介護職員等処遇改善加算</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| ①月給による賃金改善を実施していること。<br>②旧ベースアップ等加算相当の賃金改善を実施していること。<br>③介護職員の職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件、賃金体系について明確な根拠規程を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。<br>④介護職員の資質向上の目標及び研修機会の提供または技術指導等の実施、資格取得のための支援について全ての介護職員に周知していること。<br>⑤介護職員について経験、資格等または一定の基準に基づき、昇給する仕組みを設けていること。<br>⑥経験、技能のある介護職員のうち1人以上は賃金改善後の賃金見込みが年額440万円以上であること。<br>⑦サービス提供体制強化加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定していること。<br>⑧職場環境等要件を満たしていること。<br>⑨ケアフロンティア連携システムを利用していること。<br>(Ⅰ) イ ①～⑧の全てを満たすこと。<br>(Ⅰ) ロ ①～⑨の全てを満たすこと。<br>(Ⅱ) イ ①～⑥、⑧を満たすこと。<br>(Ⅱ) ロ ①～⑥、⑧、⑨を満たすこと。<br>(Ⅲ) ①～⑤、⑧を満たすこと。<br>(Ⅳ) ①～④、⑧を満たすこと。 |                                                                                                                                                                                                                                            |

# 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

【戸田市】

ALSOKデイサービス戸田笹目

ALSOK介護株式会社

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所介護）実施要綱の規定に基づき、当事業者が利用者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  | AL SOK介護株式会社                                                                                                                                                                                                         |
| 主たる事務所の所在地  | 〒330-0856 埼玉県さいたま市大宮区三橋2-795                                                                                                                                                                                         |
| 代表者（職名・氏名）  | 代表取締役 小黒 康伸                                                                                                                                                                                                          |
| 設立年月日       | 1998年 1月14日                                                                                                                                                                                                          |
| 電話番号        | 048-631-3690                                                                                                                                                                                                         |
| 他の介護保険関連の事業 | 居宅介護支援事業<br>居宅サービス事業<br>訪問介護 日常生活支援総合事業<br>通所介護<br>短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護<br>特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護<br>訪問看護 介護予防訪問看護<br>地域密着型サービス事業<br>認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護<br>小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護<br>地域密着型通所介護 |
| 他の介護保険以外の事業 | 志木市地域包括支援センター受託事業<br>志木市介護予防事業<br>住宅型有料老人ホームの運営<br>サービス付き高齢者向け住宅の運営                                                                                                                                                  |

## 2. ご利用事業所の概要

|             |                                         |              |
|-------------|-----------------------------------------|--------------|
| ご利用事業所の名称   | AL SOKデイサービス戸田笹目                        |              |
| サービスの種類     | 通所介護<br>日常生活支援総合事業第1号通所事業               |              |
| 事業所の所在地     | 埼玉県戸田市笹目1-13-24                         |              |
| 電話番号        | 048-449-7326                            |              |
| 指定年月日・事業所番号 | 2018年4月1日指定                             | 第1171900770号 |
| 実施単位・利用定員   | 1単位                                     | 定員 40名       |
| 通常の事業の実施地域  | 戸田市、蕨市                                  |              |
| 併設事業所       | AL SOK福祉用具・埼玉南センター<br>(福祉用具貸与・特定福祉用具販売) |              |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要支援状態等にある利用者が、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、生活機能の維持または向上を目指し、生活の質の確保およ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、介護予防・日常総合事業による通所型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、介護保険法および関係法令その他の諸規定並びに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、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

介護予防・日常生活支援総合事業による通所型サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談および助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持・向上を図るサービスです。

### 5. 営業日時

|              |                                                |
|--------------|------------------------------------------------|
| 営業日          | 月曜日から土曜日と祝祭日（日曜日は休み）<br>ただし、12月31日から1月2日を除きます。 |
| 営業時間         | 午前8時30分から午後5時30分まで                             |
| サービス<br>提供時間 | 午前9時15分から午後4時30分まで（左記以外はお相談ください。）              |

### 6. 事業所の職員体制

（2024年9月1日現在）

| 従業者の職種  | 勤務の形態・人数 |     |     |    |
|---------|----------|-----|-----|----|
| 管理者     | 常勤       | 1人、 | 非常勤 | 人  |
| 生活相談員   | 常勤       | 3人、 | 非常勤 | 1人 |
| 看護職員    | 常勤       | 1人、 | 非常勤 | 3人 |
| 介護職員    | 常勤       | 4人、 | 非常勤 | 2人 |
| 機能訓練指導員 | 常勤       | 1人、 | 非常勤 | 1人 |

## 7. サービス提供の担当者

利用者へのサービス提供の担当職員（生活相談員）およびその管理責任者（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。

|          |                                  |
|----------|----------------------------------|
| 担当職員の氏名  | 生活相談員                            |
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者                      黒須 星牙 |

## 8. 利用料

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は《別紙》のとおりであり、利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載の割合に応じた額です。ただし、区分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。

上記の基本利用料は、実施地域の各区市町の介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業実施要項が定める基準とし、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。

### （１） 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者または基本チェックリストにより事業対象者とされたとき、上記 4.提供するサービスの内容のサービスを提供します。

### （２） その他の費用

|      |                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 費  | 食事の提供を受けた場合、１日につき８１５円（非課税）の食費をいただきます。                                                        |
| おむつ代 | 紙パンツ            １００円（非課税）/枚<br>尿とりパット      ３０円（非課税）/枚                                        |
| その他  | 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日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

### （３） 食費相当額について（急遽ご利用なしとなった場合）

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| 利用日の前日午後５時３０分までにご利用されない旨の連絡をいただいた場合          | 無 料                  |
| 利用日の前日午後５時３１分以後にご連絡いただいた場合、または連絡なくご利用がなかった場合 | 食費相当額<br>（１日あたり・非課税） |

### （４） 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて毎月２０日前後に請求しますので、その月の２７日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。お支払い方法は、口座からの振替によるお支払いとさせていただきます。ご要望によりコンビニエンスストアおよび銀行からの振込も可能です。なお、振込手数料は利用者負担とさせていただきます。

## 9. 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およ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<br>(家族等) | 氏名（利用者との続柄） | ( ) |
|                | 電話番号        |     |

## 10. 緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続き

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下身体的拘束といいます。）を行いません。ただし、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事業者と利用者および身元引受人の合意のもと、以下の手続きにより行うこととします。

- ①身体拘束廃止委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- ②身体拘束廃止委員会において、身体拘束を行わない方法を十分に検討した上で、利用者個々の心身の状況を勘案し、なお状態が切迫性、非代替性、一時性の全てを満たす場合でやむを得ないと判断した場合において、身体拘束の内容、目的・理由、時間、期間等を議事録に残し、身体的拘束の手続きを行います。
- ③緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、本人または身元引受人に身体拘束の内容、目的・理由、拘束の時間帯、期間等の詳細を説明し、理解を得られるよう努めるとともに「緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書」（以下、説明書といいます。）に記載します。また利用者および身元引受人より「説明書」に署名または記名押印をいただきます。
- ④緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、「身体拘束の解除に向けての経過観察記録」にその態様および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。また、具体的な記録情報を基に、職員間、家族等関係者間で直近の情報を共有し「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、1ヶ月に1回以上は身体拘束の解除に向けて検討するとともに、要件を満たさない場合はただちに解除します。
- ⑤身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、かつ介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年に2回以上実施します。

## 1 1. 高齢者虐待防止の推進

事業所は、利用者の人権の擁護、高齢者虐待の防止および早期発見のための取り組みとして以下の措置を講じるものとします。

- ①高齢者虐待防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。
- ②高齢者虐待防止委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知します。
- ③従業者に対し、高齢者虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。

## 1 2. 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、主治の医師、担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター（高齢者あんしんセンター））および市区町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ②前項の事故の状況および事故に際して採った処置を記録します。
- ③利用者に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います。

## 1 3. 非常災害対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者または防火責任者）を定め、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- 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およ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。

## 1 4. 業務継続計画

- ①事業者は、感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施および非常時での体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、必要な措置を講じます。
- ②事業者は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施するものとします。
- ③事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

## 1 5. 感染症対策

- ①利用者の使用する施設、食器その他の設備について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- ②感染症の発生を防止する措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めるものとする。
- ③感染症の発生又はまん延しないための取り組みとして以下の措置を講じるものとする。
  - イ 感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備し、従業者に周知する。
  - ロ 感染症の予防およびまん延防止の対策を検討する委員会を概ね 6 月に 1 回実施し、結果を従業者に周知する。
  - ハ 従業者について感染症の予防およびまん延防止のための研修および訓練を定期的実施する。

## 16. 身元引受人について

利用者は、身元引受人を定めるものとします。

- ①本契約書に身元引受人として署名または記名押印した者は、利用者が本契約に基づいて負う債務を、極度額を限度として利用者と連帯して履行する責任を負います。本契約が更新された場合も同様とします。なお、身元引受人が負担する債務の元本は、利用者または身元引受人が死亡したときに確定するものとします。 ※連帯保証極度額48万円
- ②身元引受人の請求があったときは、事業者は身元引受人に対し遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額・損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。
- ③利用者は、身元引受人を代理人として本契約を締結させ、本契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。
- ④身元引受人は、事業者と協議し、必要なときは利用者の身柄を引き取るものとします。また、利用者が死亡した場合の遺体および遺留金品の引き受けを行うものとします。

## 17. サービス提供に関する相談、苦情について

《苦情処理の体制、手順》

- ①利用者またはその家族からの相談および苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- ②苦情や相談があった場合、苦情相談担当者は状況の把握や事実確認に努めます。
- ③苦情相談担当者（対応者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、利用者またはその家族の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- ④検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ず利用者またはその家族へ報告します。
- ⑤苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業員全員で検討します。

《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》

|                            |    |       |    |
|----------------------------|----|-------|----|
| アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組 | なし | 結果の公表 | なし |
| 福祉サービス第三者評価の実施             | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施           | なし | 結果の公表 | なし |

《苦情相談窓口》



お客様相談室

フリーコール

0120-294-774

(月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分まで)

(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 048-449-7326 担当者：管理者 黒須 星冴 |
|---------|---------------------------------|

(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 | 戸田市 健康長寿課                     | 電話番号 048-441-1800<br>(代) |
|        | 埼玉県国民健康保険団体連合会<br>介護福祉課 苦情対応係 | 電話番号 048-824-2568        |

## 18. 秘密の保持と個人情報の保護について

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>利用者およびその家族に関する<br/>秘密の保持について</p> | <p>①事業者は、利用者および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」および厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り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。</p> <p>②事業者およ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および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。</p> <p>③事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間およ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。</p>                                                                                |
| <p>個人情報の保護について</p>                  | <p>①事業者は、利用者からあらかじ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、あらかじ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。</p> <p>②事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもののほか、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えいを防止するものとします。</p> <p>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。）</p> |

## 19. 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、すぐに職員にお申し出ください。
- ②共有の施設・設備は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。
- ③主事の医師から指示事項等有る場合には申し出てください。
- ④体調不良等によって通所介護に適さないと判断された場合には、サービスの提供を中止することがあります。
- ⑤時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があります。
- ⑥体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター（高齢者あんしんセンター））または当事業所の担当者へご連絡ください。
- ⑦利用契約書第10条に基づきこの契約が解除される場合があります。

## 20. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境およ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。

## 21. サービスの質の向上に向けた取組

事業者は、従業員の質的向上を図るため、年1回継続研修を実施します。

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。

年 月 日

事業者 法人名 AL SOK介護株式会社

所在地 埼玉県さいたま市大宮区三橋２－７９５

説明者 事業所名 AL SOKデイサービス戸田笹目

所在地 埼玉県戸田市笹目１－１３－２４

氏名

印

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活総合事業第１号通所介護のサービスの提供開始およびサービスの利用料（サービス基本料金および加算、その他の料金）について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 住所

氏名

印

身元引受人

住所

本人との続柄

氏名

印

# 戸田市総合事業（通所） 料金表

事業所名 A L S O K デイサービス戸田笹目

通所型サービス（戸田市）

地域別単価：5級地

10.45 円

## <基本料金>

| 区分          |               |       | 単位    | 介護報酬<br>総額 | 利用者負担額 |        |         |
|-------------|---------------|-------|-------|------------|--------|--------|---------|
|             |               |       |       |            | 【1割】   | 【2割】   | 【3割】    |
| 通所型独自サービス11 | 事業対象者<br>要支援1 | 1月につき | 1,798 | 18,789円    | 1,879円 | 3,758円 | 5,637円  |
|             |               | 1日につき | 59    | 616円       | 62円    | 124円   | 185円    |
| 通所型独自サービス12 | 要支援2          | 1月につき | 3,621 | 37,839円    | 3,784円 | 7,568円 | 11,352円 |
|             |               | 1日につき | 119   | 1,243円     | 125円   | 249円   | 373円    |

## <加算>（現在算定できる加算に☑を付けています）

| 加算                                  | 加算名称              |                          | 算定単位  |     | 介護報酬<br>総額 | 利用者負担額 |        |        |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------|-----|------------|--------|--------|--------|
|                                     |                   |                          |       |     |            | 【1割】   | 【2割】   | 【3割】   |
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上グループ活動加算    |                          | 1月につき | 100 | 1,045円     | 105円   | 209円   | 314円   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 若年性認知症利用者受入加算     |                          | 1月につき | 240 | 2,508円     | 251円   | 502円   | 753円   |
| <input type="checkbox"/>            | 栄養アセスメント加算        |                          | 1月につき | 50  | 522円       | 53円    | 105円   | 157円   |
| <input type="checkbox"/>            | 栄養改善加算            |                          | 1月につき | 200 | 2,090円     | 209円   | 418円   | 627円   |
| <input type="checkbox"/>            | 口腔機能向上加算          | (Ⅰ)                      | 1回につき | 150 | 1,567円     | 157円   | 314円   | 471円   |
| <input type="checkbox"/>            |                   | (Ⅱ)                      | 1回につき | 160 | 1,672円     | 168円   | 335円   | 502円   |
| <input type="checkbox"/>            | 一体的サービス複数実施加算     |                          | 1月につき | 480 | 5,016円     | 502円   | 1,004円 | 1,505円 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | サービス提供体制<br>強化加算Ⅰ | 事業対象者<br>要支援1<br>(週1回程度) | 1月につき | 88  | 919円       | 92円    | 184円   | 276円   |
| <input checked="" type="checkbox"/> |                   | 要支援2<br>(週2回程度)          | 1月につき | 176 | 1,839円     | 184円   | 368円   | 552円   |
| <input type="checkbox"/>            | サービス提供体制<br>強化加算Ⅱ | 事業対象者<br>要支援1<br>(週1回程度) | 1月につき | 72  | 752円       | 76円    | 151円   | 226円   |
| <input type="checkbox"/>            |                   | 要支援2<br>(週2回程度)          | 1月につき | 144 | 1,504円     | 151円   | 301円   | 452円   |
| <input type="checkbox"/>            | サービス提供体制<br>強化加算Ⅲ | 事業対象者<br>要支援1<br>(週1回程度) | 1月につき | 24  | 250円       | 25円    | 50円    | 75円    |
| <input type="checkbox"/>            |                   | 要支援2<br>(週2回程度)          | 1月につき | 48  | 501円       | 51円    | 101円   | 151円   |

|                                     |                    |     |                |     |        |      |      |      |
|-------------------------------------|--------------------|-----|----------------|-----|--------|------|------|------|
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上連携加算         | (Ⅰ) | 1月につき          | 100 | 1,045円 | 105円 | 209円 | 314円 |
| <input type="checkbox"/>            |                    | (Ⅱ) | 1月につき          | 200 | 2,090円 | 209円 | 418円 | 627円 |
| <input type="checkbox"/>            | 口腔・栄養<br>スクリーニング加算 | (Ⅰ) | 1回につき          | 20  | 209円   | 21円  | 42円  | 63円  |
| <input type="checkbox"/>            |                    | (Ⅱ) | 1回につき          | 5   | 52円    | 6円   | 11円  | 16円  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算        |     | 1月につき          | 40  | 418円   | 42円  | 84円  | 126円 |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ    |     | 所定単位数の11.1%を加算 |     |        |      |      |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ    |     | 所定単位数の12.0%を加算 |     |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ    |     | 所定単位数の10.9%を加算 |     |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ    |     | 所定単位数の11.8%を加算 |     |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)     |     | 所定単位数の9.9%を加算  |     |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)     |     | 所定単位数の8.3%を加算  |     |        |      |      |      |

※新たに加算を算定する場合及びご利用者の状況に応じて算定される加算については、算定を開始する際に別途加算同意書に署名をいただきます。

## 減算

|                          |                |                           |              |      |         |       |         |         |
|--------------------------|----------------|---------------------------|--------------|------|---------|-------|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 定員超過の場合        |                           | 所定単位数の70%で算定 |      |         |       |         |         |
| <input type="checkbox"/> | 看護・介護職員が欠員の場合  |                           | 所定単位数の70%で算定 |      |         |       |         |         |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者虐待防止措置未実施減算 |                           | 所定単位数の1%を減算  |      |         |       |         |         |
| <input type="checkbox"/> | 業務継続計画未策定減算    |                           | 所定単位数の1%を減算  |      |         |       |         |         |
| <input type="checkbox"/> | 同一建物減算 1       | 事業対象者<br>要支援 1<br>(週1回程度) | 1月につき        | -376 | -3,929円 | -393円 | -786円   | -1,179円 |
| <input type="checkbox"/> | 同一建物減算 2       | 要支援 2<br>(週2回程度)          | 1月につき        | -752 | -7,858円 | -786円 | -1,572円 | -2,358円 |
| <input type="checkbox"/> | 送迎減算           | 事業対象者<br>要支援 1<br>要支援 2   | 片道につき        | -47  | -491円   | -50円  | -99円    | -148円   |

# 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

【蕨市】

ALSOKデイサービス戸田笹目

ALSOK介護株式会社

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所介護）実施要綱の規定に基づき、当事業者が利用者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  | AL SOK介護株式会社                                                                                                                                                                                                         |
| 主たる事務所の所在地  | 〒330-0856 埼玉県さいたま市大宮区三橋2-795                                                                                                                                                                                         |
| 代表者（職名・氏名）  | 代表取締役 小黒 康伸                                                                                                                                                                                                          |
| 設立年月日       | 1998年 1月14日                                                                                                                                                                                                          |
| 電話番号        | 048-631-3690                                                                                                                                                                                                         |
| 他の介護保険関連の事業 | 居宅介護支援事業<br>居宅サービス事業<br>訪問介護 日常生活支援総合事業<br>通所介護<br>短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護<br>特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護<br>訪問看護 介護予防訪問看護<br>地域密着型サービス事業<br>認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護<br>小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護<br>地域密着型通所介護 |
| 他の介護保険以外の事業 | 志木市地域包括支援センター受託事業<br>志木市介護予防事業<br>住宅型有料老人ホームの運営<br>サービス付き高齢者向け住宅の運営                                                                                                                                                  |

## 2. ご利用事業所の概要

|             |                                         |              |
|-------------|-----------------------------------------|--------------|
| ご利用事業所の名称   | AL SOKデイサービス戸田笹目                        |              |
| サービスの種類     | 通所介護<br>日常生活支援総合事業第1号通所事業               |              |
| 事業所の所在地     | 埼玉県戸田市笹目1-13-24                         |              |
| 電話番号        | 048-449-7326                            |              |
| 指定年月日・事業所番号 | 2018年4月1日指定                             | 第1171900770号 |
| 実施単位・利用定員   | 1単位                                     | 定員 40名       |
| 通常の事業の実施地域  | 戸田市、蕨市                                  |              |
| 併設事業所       | AL SOK福祉用具・埼玉南センター<br>(福祉用具貸与・特定福祉用具販売) |              |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要支援状態等にある利用者が、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、生活機能の維持または向上を目指し、生活の質の確保およ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、介護予防・日常総合事業による通所型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、介護保険法および関係法令その他の諸規定並びに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、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

介護予防・日常生活支援総合事業による通所型サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談および助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持・向上を図るサービスです。

### 5. 営業日時

|              |                                                |
|--------------|------------------------------------------------|
| 営業日          | 月曜日から土曜日と祝祭日（日曜日は休み）<br>ただし、12月31日から1月2日を除きます。 |
| 営業時間         | 午前8時30分から午後5時30分まで                             |
| サービス<br>提供時間 | 午前9時15分から午後4時30分まで（左記以外はお相談ください。）              |

### 6. 事業所の職員体制

（2024年9月1日現在）

| 従業者の職種  | 勤務の形態・人数 |     |     |    |
|---------|----------|-----|-----|----|
| 管理者     | 常勤       | 1人、 | 非常勤 | 人  |
| 生活相談員   | 常勤       | 3人、 | 非常勤 | 1人 |
| 看護職員    | 常勤       | 1人、 | 非常勤 | 3人 |
| 介護職員    | 常勤       | 4人、 | 非常勤 | 2人 |
| 機能訓練指導員 | 常勤       | 1人、 | 非常勤 | 1人 |

## 7. サービス提供の担当者

利用者へのサービス提供の担当職員（生活相談員）およびその管理責任者（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。

|          |                        |
|----------|------------------------|
| 担当職員の氏名  | 生活相談員                  |
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者            黒須 星牙 |

## 8. 利用料

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は《別紙》のとおりであり、利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載の割合に応じた額です。ただし、区分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。

上記の基本利用料は、実施地域の各区市町の介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業実施要項が定める基準とし、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。

### （１） 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者または基本チェックリストにより事業対象者とされたとき、上記 4.提供するサービスの内容のサービスを提供します。

### （２） その他の費用

|      |                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 費  | 食事の提供を受けた場合、１日につき８１５円（非課税）の食費をいただきます。                                                        |
| おむつ代 | 紙パンツ            １００円（非課税）/枚<br>尿とりパット      ３０円（非課税）/枚                                        |
| その他  | 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日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

### （３） 食費相当額について(急遽ご利用なしとなった場合)

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| 利用日の前日午後５時３０分までにご利用されない旨の連絡をいただいた場合          | 無 料                  |
| 利用日の前日午後５時３１分以後にご連絡いただいた場合、または連絡なくご利用がなかった場合 | 食費相当額<br>（１日あたり・非課税） |

### （４） 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて毎月２０日前後に請求しますので、その月の２７日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。お支払い方法は、口座からの振替によるお支払いとさせていただきます。ご要望によりコンビニエンスストアおよび銀行からの振込も可能です。なお、振込手数料は利用者負担とさせていただきます。

## 9. 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およ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<br>(家族等) | 氏名(利用者との続柄) | ( ) |
|                | 電話番号        |     |

## 10. 緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続き

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下身体的拘束といいます。）を行いません。ただし、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事業者と利用者および身元引受人の合意のもと、以下の手続きにより行うこととします。

- ①身体拘束廃止委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- ②身体拘束廃止委員会において、身体拘束を行わない方法を十分に検討した上で、利用者個々の心身の状況を勘案し、なお状態が切迫性、非代替性、一時性の全てを満たす場合でやむを得ないと判断した場合において、身体拘束の内容、目的・理由、時間、期間等を議事録に残し、身体的拘束の手続きを行います。
- ③緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、本人または身元引受人に身体拘束の内容、目的・理由、拘束の時間帯、期間等の詳細を説明し、理解を得られるよう努めるとともに「緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書」（以下、説明書といいます。）に記載します。また利用者および身元引受人より「説明書」に署名または記名押印をいただきます。
- ④緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、「身体拘束の解除に向けての経過観察記録」にその態様および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。また、具体的な記録情報を基に、職員間、家族等関係者間で直近の情報を共有し「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、1ヶ月に1回以上は身体拘束の解除に向けて検討するとともに、要件を満たさない場合はただちに解除します。
- ⑤身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、かつ介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年に2回以上実施します。

## 11. 高齢者虐待防止の推進

事業所は、利用者の人権の擁護、高齢者虐待の防止および早期発見のための取り組みとして以下の措置を講じるものとします。

- ①高齢者虐待防止のための指針を整備し、これを従業者に周知します。
- ②高齢者虐待防止委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知します。
- ③従業員に対し、高齢者虐待防止のための研修を定期的を実施します。
- ④上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。

## 1 2. 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、主治の医師、担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター（高齢者あんしんセンター））および市区町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ②前項の事故の状況および事故に際して採った処置を記録します。
- ③利用者に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います。

## 1 3. 非常災害対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者または防火責任者）を定め、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- 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およ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。

## 1 4. 業務継続計画

- ①事業者は、感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施および非常時での体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、必要な措置を講じます。
- ②事業者は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施するものとします。
- ③事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

## 1 5. 感染症対策

- ①利用者の使用する施設、食器その他の設備について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- ②感染症の発生を防止する措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めるものとする。
- ③感染症の発生又はまん延しないための取り組みとして以下の措置を講じるものとする。
  - イ 感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備し、従業員に周知する。
  - ロ 感染症の予防およびまん延防止の対策を検討する委員会を概ね6月に1回実施し、結果を従業員に周知する。
  - ハ 従業員について感染症の予防およびまん延防止のための研修および訓練を定期的実施する。

## 1 6. 身元引受人について

利用者は、身元引受人を定めるものとします。

- ①本契約書に身元引受人として署名または記名押印した者は、利用者が本契約に基づいて負う債務を、極度額を限度として利用者と連帯して履行する責任を負います。本契約が更新された場合も同様とします。なお、身元引受人が負担する債務の元本は、利用者または身元引受人が死亡したときに確定するものとします。 ※連帯保証極度額48万円
- ②身元引受人の請求があったときは、事業者は身元引受人に対し遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額・損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。
- ③利用者は、身元引受人を代理人として本契約を締結させ、本契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

- ④身元引受人は、事業者と協議し、必要なときは利用者の身柄を引き取るものとします。  
また、利用者が死亡した場合の遺体および遺留金品の引き受けを行うものとします。

## 17. サービス提供に関する相談、苦情について

### 《苦情処理の体制、手順》

- ①利用者またはその家族からの相談および苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- ②苦情や相談があった場合、苦情相談担当者は状況の把握や事実確認に努めます。
- ③苦情相談担当者（応対者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、利用者またはその家族の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- ④検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ず利用者またはその家族へ報告します。
- ⑤苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業員全員で検討します。

### 《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》

|                            |    |       |    |
|----------------------------|----|-------|----|
| アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組 | なし | 結果の公表 | なし |
| 福祉サービス第三者評価の実施             | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施           | なし | 結果の公表 | なし |

### 《苦情相談窓口》



お客様相談室

（月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分まで）



0120-294-774

- （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 048-449-7326 担当者：管理者 黒須 星牙 |
|---------|---------------------------------|

- （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 | 蕨市 介護保険室                      | 電話番号 048-433-7835（代） |
|        | 埼玉県国民健康保険団体連合会<br>介護福祉課 苦情対応係 | 電話番号 048-824-2568    |

## 18. 秘密の保持と個人情報の保護について

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>利用者およびその家族に関する<br/>秘密の保持について</p> | <p>①事業者は、利用者および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」および厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り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。</p> <p>②事業者およ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および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。</p> <p>③事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間およ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。</p>                                                                                 |
| <p>個人情報の保護について</p>                  | <p>①事業者は、利用者からあらかじ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、あらかじ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。</p> <p>②事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもののほか、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えいを防止するものとします。</p> <p>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。）</p> |

## 19. 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、すぐに職員にお申し出ください。
- ②共有の施設・設備は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。
- ③主事の医師から指示事項等有る場合には申し出てください。
- ④体調不良等によって通所介護に適さないと判断された場合には、サービスの提供を中止することがあります。
- ⑤時間に遅れた場合は、送迎サービスが受けられない場合があります。
- ⑥体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター（高齢者あんしんセンター））または当事業所の担当者へご連絡ください。
- ⑦利用契約書第10条に基づきこの契約が解除される場合があります。

## 20. サービスの質の向上に向けた取組

事業者は、従業員の質的向上を図るため、年1回継続研修を実施します。

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。

年 月 日

事業者 法人名 ALSOK介護株式会社

所在地 埼玉県さいたま市大宮区三橋2-795

説明者 事業所名 ALSOKデイサービス戸田笹目

所在地 埼玉県戸田市笹目1-13-24

氏名

印

私は、本書面により事業者から重要事項の説明を受け、介護予防・日常生活総合事業第1号通所介護のサービスの提供開始およびサービスの利用料（サービス基本料金および加算、その他の料金）について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 住所

氏名

印

身元引受人

住所

本人との続柄

氏名

印

# 蕨市総合事業（通所） 料金表

事業所名 A L S O K デイサービス戸田笹目

通所型サービス（蕨市）

地域別単価：6級地

10.27 円

## <基本料金>

| 区分         |               |       | 単位    | 介護報酬<br>総額 | 利用者負担額 |        |         |
|------------|---------------|-------|-------|------------|--------|--------|---------|
|            |               |       |       |            | 【1割】   | 【2割】   | 【3割】    |
| 通所型独自サービス1 | 事業対象者<br>要支援1 | 1月につき | 1,798 | 18,465円    | 1,847円 | 3,693円 | 5,540円  |
|            |               | 1日につき | 59    | 605円       | 61円    | 121円   | 182円    |
| 通所型独自サービス2 | 事業対象者<br>要支援2 | 1月につき | 3,621 | 37,187円    | 3,719円 | 7,438円 | 11,157円 |
|            |               | 1日につき | 119   | 1,222円     | 123円   | 245円   | 367円    |

## <加算>（現在算定できる加算に☑を付けています）

| 加算                                  | 加算名称              | 算定単位                    | 介護報酬<br>総額 | 利用者負担額 |      |        |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------|------------|--------|------|--------|
|                                     |                   |                         |            | 【1割】   | 【2割】 | 【3割】   |
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上グループ活動加算    | 1月につき 100               | 1,027円     | 103円   | 206円 | 309円   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 若年性認知症利用者受入加算     | 1月につき 240               | 2,464円     | 247円   | 493円 | 740円   |
| <input type="checkbox"/>            | 栄養アセスメント加算        | 1月につき 50                | 513円       | 52円    | 103円 | 154円   |
| <input type="checkbox"/>            | 栄養改善加算            | 1月につき 200               | 2,054円     | 206円   | 411円 | 617円   |
| <input type="checkbox"/>            | 口腔機能向上加算          | (Ⅰ) 1回につき 150           | 1,540円     | 154円   | 308円 | 462円   |
| <input type="checkbox"/>            |                   | (Ⅱ) 1回につき 160           | 1,643円     | 165円   | 329円 | 493円   |
| <input type="checkbox"/>            | 一体的サービス提供加算       | 1月につき 480               | 4,929円     | 493円   | 986円 | 1,479円 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | サービス提供体制<br>強化加算Ⅰ | 事業対象者<br>要支援1 1月につき 88  | 903円       | 91円    | 181円 | 271円   |
| <input checked="" type="checkbox"/> |                   | 事業対象者<br>要支援2 1月につき 176 | 1,807円     | 181円   | 362円 | 543円   |
| <input type="checkbox"/>            | サービス提供体制<br>強化加算Ⅱ | 事業対象者<br>要支援1 1月につき 72  | 739円       | 74円    | 148円 | 222円   |
| <input type="checkbox"/>            |                   | 事業対象者<br>要支援2 1月につき 144 | 1,478円     | 148円   | 296円 | 444円   |
| <input type="checkbox"/>            | サービス提供体制<br>強化加算Ⅲ | 事業対象者<br>要支援1 1月につき 24  | 246円       | 25円    | 50円  | 74円    |
| <input type="checkbox"/>            |                   | 事業対象者<br>要支援2 1月につき 48  | 492円       | 50円    | 99円  | 148円   |

|                                     |                 |                |       |     |        |      |      |      |
|-------------------------------------|-----------------|----------------|-------|-----|--------|------|------|------|
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上連携加算      | (Ⅰ)            | 1月につき | 100 | 1,027円 | 103円 | 206円 | 309円 |
| <input type="checkbox"/>            |                 | (Ⅱ)            | 1月につき | 200 | 2,054円 | 206円 | 411円 | 617円 |
| <input type="checkbox"/>            | 口腔・栄養           | (Ⅰ)            | 1回につき | 20  | 205円   | 21円  | 41円  | 62円  |
| <input type="checkbox"/>            | スクリーニング加算       | (Ⅱ)            | 1回につき | 5   | 51円    | 6円   | 11円  | 16円  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算     |                | 1月につき | 40  | 410円   | 41円  | 82円  | 123円 |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ | 所定単位数の11.1%を加算 |       |     |        |      |      |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ | 所定単位数の12.0%を加算 |       |     |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ | 所定単位数の10.9%を加算 |       |     |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ | 所定単位数の11.8%を加算 |       |     |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)  | 所定単位数の9.9%を加算  |       |     |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)  | 所定単位数の8.3%を加算  |       |     |        |      |      |      |

※新たに加算を算定する場合及びご利用者様の状況に応じて算定される加算については、算定を開始する際に別途加算同意書に署名をいただきます。

| 減算                       |                |                         |       |      |         |       |         |         |
|--------------------------|----------------|-------------------------|-------|------|---------|-------|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 定員超過の場合        | 所定単位数の70%で算定            |       |      |         |       |         |         |
| <input type="checkbox"/> | 看護・介護職員が欠員の場合  | 所定単位数の70%で算定            |       |      |         |       |         |         |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定単位数の1%を減算             |       |      |         |       |         |         |
| <input type="checkbox"/> | 業務継続計画未策定減算    | 所定単位数の1%を減算             |       |      |         |       |         |         |
| <input type="checkbox"/> | 同一建物減算 1       | 事業対象者<br>要支援 1          | 1月につき | -376 | -3,861円 | -387円 | -773円   | -1,159円 |
| <input type="checkbox"/> | 同一建物減算 2       | 事業対象者<br>要支援 2          | 1月につき | -752 | -7,723円 | -773円 | -1,545円 | -2,317円 |
| <input type="checkbox"/> | 送迎減算           | 事業対象者<br>要支援 1<br>要支援 2 | 片道につき | -47  | -482円   | -49円  | -97円    | -145円   |