

【横須賀愛光園 デイサービスセンター 通所介護 運営規程・重要事項説明書 別紙】  
通所介護サービス説明書

1 サービスの内容

- (1) 「通所介護サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- (2) 事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3) サービス提供にあたっては、別添の「通所介護計画書」に沿って計画的に提供します。

	曜日	時間帯	内容(概要)
1	木曜日	09:30 ~ 16:30	食事・体操・入浴・レクリエーション
2	曜日	: ~ :	
3	曜日	: ~ :	
4	曜日	: ~ :	
5	曜日	~	
6	曜日	~	

(曜日が特定しない場合)

	利用日	時間帯	内容(概要)
1	第 週 曜日	: ~ :	
2	第 週 曜日	: ~ :	
3	第 週 曜日	: ~ :	
4	第 週 曜日	: ~ :	
5	第 週 曜日	: ~ :	
6	第 週 曜日	: ~ :	

2 サービス提供責任者等

サービス提供の責任者は、次のとおりです。サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名： 水落 直明      連絡先（電話）： 046-857-6600

3 利用料金

- (1) 利用者の方にお支払いいただく利用料金は、次表のとおりです。

この金額は、介護保険の法定利用料に基づくものです（なお、②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点があれば、お尋ねください。）

## ①介護報酬に係る利用者負担金

区分	金額(単位)	内容の説明				
基本	サービス提供に対する 1回あたりの負担額	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	3時間以上4時間未満(単位)	370	423	479	533	588
	4時間以上5時間未満(単位)	388	444	502	560	617
	5時間以上6時間未満(単位)	570	673	777	880	984
	6時間以上7時間未満(単位)	584	689	796	901	1,008
	7時間以上8時間未満(単位)	658	777	900	1,023	1,148
	8時間以上9時間未満(単位)	669	791	915	1,041	1,168
加算						
サービス提供体制強化加算 I				22	単位/回	
介護職員等処遇改善加算 I				92/1,000	単位/月	
1回の料金目安(7時間以上8時間未満利用、1割負担の場合)						
1. サービス利用料金	7,831円	9,201円	10,613円	12,026円	13,470円	
2. 介護保険から給付される金額	7,047円	8,280円	9,551円	10,823円	12,123円	
3. 自己負担額	784円	921円	1,062円	1,203円	1,347円	

※1 横須賀市は4級地となります。(1単位=10.54円)

※2 介護保険負担割合証に記載された割合に応じた料金となります。確認のため負担割合証をご提示ください。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の単位が加算されます

加算の種類		加算の要件	単位数
▲	入浴介助加算	(I) 利用者の入浴介助を行った場合	40/1日
▲		(II) …加算(I)に加えて、介護福祉士又は機能訓練指導員が利用者宅を訪問し、浴室での利用者の動作及び浴室の環境を評価している場合。等	55/1日
▲	個別機能訓練加算	I (イ) …専従の機能訓練指導員(※)を1名以上配置している。 心身機能の状況に応じて、身体機能及び生活機能向上を目的とする機能訓練を5人程度以下の小集団又は個別において機能訓練指導員が直接実施している場合。等	56/1回
		I (ロ) …加算 I (イ)の人員に加えて専従の機能訓練指導員(※)を1名以上配置している。 その他内容は加算 I (イ)同様。	76/日
▲		(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場合。	20/月

●	サービス提供体制強化加算	I…介護福祉士資格取得者が70%以上。または、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上配置されている。	22/回
		II…介護福祉士資格取得者が50%以上配置されている。	18/回
		III…介護福祉士資格取得者が40%以上。または、勤続7年以上の職員の割合が30%以上配置されている。	6/回
	介護職員等処遇改善加算 (I) イ	介護職員等処遇改善加算IIイに加え、下記の要件を満たしている場合 ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること	11.1%
●	介護職員等処遇改善加算 (I) ロ	介護職員等処遇改善加算Iイに加え、下記の要件を満たしている場合 ・生産性向上や協働化の取り組み	12.0%
	介護職員等処遇改善加算 (II) イ	介護職員等処遇改善加算IIIに加え、下記の要件を満たしている場合 ・改善後の賃金年額が一定賃金以上が1人以上 ・職場環境の更なる改善・見える化	10.9%
	介護職員等処遇改善加算 (II) ロ	介護職員等処遇改善加算IIイに加え、下記の要件を満たしている場合 ・生産性向上や協働化の取り組み	11.8%
	介護職員等処遇改善加算 (III)	介護職員等処遇改善加算IVに加え、下記の要件を満たしている場合 ・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備	9.9%
	介護職員等処遇改善加算 (IV)	介護職員等処遇改善加算IVの1/2以上の月額賃金の配分 ・職場環境の改善 ・賃金体系等の整備及び研修の実施等	8.3%
●	ADL維持等加算	(I)…評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員等がBarthel Indexを測定しており、その結果を厚生労働省に提出している場合。 評価対象者のADLの数値（ADL利得）の平均が1以上の場合。等	30/月
	ADL維持等加算	(II)…加算(I)に加えて、ADL利得の平均が3以上の場合。等 ※(I)(II)は各月でいずれか一方のみ	60/月
●	科学的介護推進体制加算	利用者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合。等	40/月
	中重度者ケア体制加算	介護職員又は看護職員の員数に加え、介護または看護職員を常勤換算方法で2名以上確保している。 通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。等	45単位/日
	認知症加算	通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる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。等	60単位/日
	口腔機能向上加算	(I)…利用者の口腔機能低下に対し、専門職（言語聴覚士及び歯科衛生士及び看護職員）が連携して計画作成・訓練・記録・評価を行い、介護支援専門員及び主治医へ情報提供を行う場合	150単位/回 (上限:2回/月)
	口腔機能向上加算	(II)…(I)の要件に加え、口腔機能に関する情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合	160単位/回 (上限:2回/月)

口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)…口腔及び栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に口腔及び栄養状態に係る情報を提出した場合。等	20/回 (1回/半年)
口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅱ)…口腔又は栄養スクリーニングのいずれかを行い、介護支援専門員に口腔又は栄養状態に係る情報を提出した場合。等	5/回 (1回/半年)

【減算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の単位が減算されます

▲	送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合	47/片道
▲	事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合	94/1回
	業務継続計画未策定減算	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための業務継続計画の策定及び必要な措置を講じていない場合	所定単位数の 1/100減
	高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生またはその再発を防止するための要件に係る、必要な措置を講じていない場合	所定単位数の 1/100減

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※●は全員に加算されます。

※▲は該当する場合に個人に加算されます。

※印のない部分は体制が整い次第個人に加算されます。

## ②介護保険の給付対象とならないサービス（全額自己負担）

区分	金額	税区分	内容の説明
1) 食事	1日 760円	非課税	食材費と調理費等の金額です
2) おやつ代	おやつ 110円	内税	おやつは希望者のみ
3) おむつ代	おむつパンツ型 165円 おむつ（その他） 132円 尿とりパッド（1枚） 55円	内税	利用者の希望によって提供した場合（持参の場合は無料）
4) 日用品費	実費	内税	利用者の希望によって提供した場合（持参の場合は無料）
5) 行事代	実費	内税	利用者の希望によって提供した場合
6) 圏外送迎費	50円／1kmごとに	内税	通常の実施地域を超えて送迎した場合

※介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。

※居宅介護サービス計画を作成しないで当事業所のサービスを利用する場合は、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（個別に定められた負担割合以外）の額を請求できます。※償還払いの扱いになります。

※利用者負担金は、サービスを提供した翌月に、ご指定の金融機関口座から引き落としとなりますので、あらかじめ残高のご確認をお願いします。

#### 4 サービスの中止

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス責任者連絡先）までご連絡ください。

・連絡先（電話）：046-857-6600

・連絡時間：午前8:30～午後5:30

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。

(3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無 料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

#### 5 その他

(1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。