

あいあいデイサービスセンター
重要事項説明書
(令和7年2月1日現在)

重要事項説明書

(通所介護及び介護予防通所サービス)

1. 事業所の概要

法人の名称	医療法人信愛会
所在地	愛知県豊川市国府町流霞 1 0 3 番地
電話番号	0 5 3 3 - 8 8 - 2 2 3 5
代表者	理事長 大石 明宣
事業所の名称	あいあいデイサービスセンター
事業所の所在地	愛知県豊川市赤坂町丁田 5 5 番地 1
事業所の電話番号	0 5 3 3 - 6 5 - 7 7 1 1
管理者	中村 尚美
介護保険事業者番号	2 3 7 2 6 0 1 3 5 7
指定年月日	平成 2 1 年 4 月 1 日

2. 職員体制

	常 勤	非常勤	
管理者	1 名		介護職員と兼務
生活相談員	4 名		専従 1 名 介護職員と兼務 3 名
介護職員	6 名	7 名	専従 9 名 生活相談員と兼務 3 名 管理者と兼務 1 名
看護職員	2 名	2 名	機能訓練指導員と兼務 4 名
機能訓練指導員	2 名	4 名	看護職員と兼務 4 名 専従 2 名
運転手		3 名	

3. サービスの営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月・火・水・木・金・土曜日とする。
ただし、12月30日～1月3日までを除く。
- (2) 営業時間 午前8時30分から午後6時30分までとする
- (3) サービス提供時間 午前9時45分から午後5時までとする。

4. 運営方針

(1) 事業所は利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画及び介護予防通所サービス計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。

5. 利用料金(利用者負担)

(1) 保険給付の自己負担額

1単位＝10.14円とし、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合の額とします。また、利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載(保険料を滞納しているため、償還払いになる旨の記載)がある場合は、一旦費用の全額を支払い、居住地の介護保険担当窓口にて申請のうえ、介護保険適用分の払い戻しを受けていただくことになります。尚、社会情勢の変化や介護保険法などの法改正に伴い、保険給付の単位数並びに利用料等の改定があった場合、今後は別紙にてその内容を明記し説明のうえで同意を得るものです。

【通所介護】

*通所介護費／1日 (通常規模事業所)

【5時間以上6時間未満】

○要介護1	570単位
○要介護2	673単位
○要介護3	777単位
○要介護4	880単位
○要介護5	984単位

【6時間以上7時間未満】

○要介護1	584単位
○要介護2	689単位
○要介護3	796単位
○要介護4	901単位
○要介護5	1008単位

【7時間以上8時間未満】

○要介護1	658単位
○要介護2	777単位
○要介護3	900単位
○要介護4	1023単位
○要介護5	1148単位

*入浴介助加算Ⅰ

40単位／回

通所介護計画上入浴介助を行うこととなっている場合に加算されます。介護職員又は看護職員は、入浴介助に関する研修等に参加します。

***入浴介助加算Ⅱ**

55単位／回

ご自宅での入浴に向け、居宅の状況に近い環境で入浴介助を行う場合に加算されます。

***科学的介護推進体制加算**

40単位／月

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況等に係る基本的な情報のデータ提出、フィードバック情報を活用した場合に加算されます。

***個別機能訓練加算（Ⅰ）イ**

56単位／日

機能訓練指導員、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、個別の心身の状態を重視した、個別機能訓練計画を作成し、その計画に基づき、機能訓練指導員が計画的に機能訓練を行っており、利用者の状態を定期的に記録し、必要に応じて見直しを行った場合に加算されます。

***個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ**

76単位／日

機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員が共同して、個別の心身の状況を重視した、個別機能訓練計画を作成し、その計画に基づき、機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っており、利用者の状態を定期的に記録し、必要に応じて見直しを行った場合に加算されます。（専従職員1名以上配置した場合に加算されます）

***個別機能訓練加算（Ⅱ）**

20単位／月

個別機能訓練（Ⅰ）に加えて、個別機能訓練計画などの内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けた場合に加算されます。

個別機能訓練加算（Ⅰ）イ・ロ、（Ⅱ）ともに、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3か月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で利用者又はその家族に対して、その内容と進捗状況を説明し、訓練内容の見直し等を行います。

***中重度者ケア体制加算**

45単位／日

- 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保している場合。
- 前年度又は算定日が属する月の3月前の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が30%以上の場合。
- 指定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以上確保している場合。

***生活機能向上連携加算（Ⅰ）**

100単位／月

- 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を受ける事ができる体制を構築し、助言を受け、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した場合。
- 理学療法士等や医師から、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で助言を受け

た場合

※3月に1回を限度

*生活機能向上連携加算(Ⅱ)

200単位/月

○訪問・通所リハビリテーションの理学療法士等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等や医師が訪問して行う場合。

*ADL維持等加算(Ⅰ)

30単位/月

○評価期間に連続して6月以上利用した期間のある利用者(要件を満たす)の総数が10名以上である場合。

*ADL維持等加算(Ⅱ)

60単位/月

○ADL維持等加算(Ⅰ)の要件を満たし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。

*認知症加算

60単位/日

○指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保している場合。

○前年度又は算定日が属する月の前3月前の利用者の総数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が15%以上の場合。

○指定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指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等を終了した者又、認知症ケアに関する専門性の高い看護師を1以上確保している場合。

*栄養アセスメント加算

50単位/月

○管理栄養士を外部との連携も含め1名以上配置している場合。

*栄養改善加算

200単位/回

○管理栄養士が居宅訪問を行う

*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)

20単位/回

○6か月毎に栄養状態について確認を行い、口腔・栄養状態にかかる情報を介護支援専門員に文書で共有した場合。

*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)

5単位/回

○6か月毎に栄養状態について確認を行い、口腔又は栄養状態にかかる情報を介護支援専門員に文書で共有した場合。

*口腔機能向上加算Ⅰ

150単位/回

*口腔機能向上加算Ⅱ

160単位/回

口腔機能改善管理指導計画などの情報を提出しフィードバック情報を活用した場合に算定されます。

※原則3月以内、月2回限度

*サービス提供体制強化加算

介護職員の総数が、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合に加算され

ます。

(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位/回

事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士が70%以上配置されている場合、又は介護職員の総数のうち、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場合。

(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位/回

事業所の、介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合。

(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位/回

事業所の、直接サービスを提供する介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40%以上、又は勤続年数7年以上の者が30%以上配置されている場合。

※令和6年4月及び5月

(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数の59/1000に相当する単位数

(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

所定単位数の43/1000に相当する単位数

(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

所定単位数の23/1000に相当する単位数

※保険給付の自己負担額の算出方法(1単位=10,14円) ※1割負担の場合
利用サービス単位数合計×59/1000に相当する単位=A(介護職員処遇改善算)

利用サービス単位数合計+A=B(単位数合計)

$B \times 10.14 = C$ (費用総額)円未満の端数がある場合は切り捨て

$C \times 0.9 = D$ (保険請求額)円未満の端数がある場合は切り捨て

$C - D = E$ (利用者自己負担額)

*介護職員等特定処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算されます。

(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数の12/1000に相当する単位数

(2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)

所定単位数の10/1000に相当する単位数

*介護職員等ベースアップ等支援加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数に加算されます。

介護職員等ベースアップ等支援加算

所定単位数の11/1000に相当する単位数

※令和6年6月より

＊介護職員処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た事業所が指定通所介護を行った場合に加算されます。

(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数の92／1000に相当する単位数

(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

所定単位数の80／1000に相当する単位数

(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

所定単位数の64／1000に相当する単位数

※保険給付の自己負担額の算出方法(1単位=10.14円) ※1割負担の場合
利用サービス単位数合計×92／1000に相当する単位=A(介護職員処遇改善算)

利用サービス単位数合計+A=B(単位数合計)

$B \times 10.14 = C$ (費用総額)円未満の端数がある場合は切り捨て

$C \times 0.9 = D$ (保険請求額)円未満の端数がある場合は切り捨て

$C - D = E$ (利用者自己負担額)

【介護予防通所サービス】

＊介護予防通所サービスの基本料金

○ 要支援1 1,798単位／月

○ 要支援2 3,621単位／月

＊サービス提供体制強化加算

介護職員の総数が、厚生労働大臣が定める基準を満たしている場合に加算されます。

(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

事業所の、介護職員の総数のうち、介護福祉士が70%以上配置されている場合、又は介護職員の総数のうち、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場合。

○要支援1 88単位／月

○要支援2 176単位／月

(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

事業所の、介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合。

○要支援1 72単位／月

○要支援2 144単位／月

(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

事業所の、直接サービスを提供する介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上、勤続年数7年以上の者が30%以上配置されている場合。

○要支援1 24単位／月

○要支援2 48単位／月

※科学的介護推進体制加算

40単位／月

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況等に係る基本的な情報のデータ提出、フィードバック情報を活用した場合に加算されます。

※生活機能向上グループ活動加算

100単位／月

機能訓練指導員等の介護予防通所サービス従事者が共同して、利用者に対し生活機能の改善等の目的を設定した介護予防通所サービス計画を作成し、その計画に基づき、複数の種類の生活機能向上グループ活動を準備し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動を1週間に1回以上実施した場合に加算されます。

※令和6年4月及び5月

(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数の59／1000に相当する単位数

(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

所定単位数の43／1000に相当する単位数

(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

所定単位数の23／1000に相当する単位数

※保険給付の自己負担額の算出方法(1単位=10,14円) ※1割負担の場合
利用サービス単位数合計×59／1000に相当する単位=A(介護職員処遇改善算)

利用サービス単位数合計+A=B(単位数合計)

$B \times 10,14 = C$ (費用総額)円未満の端数がある場合は切り捨て

$C \times 0,9 = D$ (保険請求額)円未満の端数がある場合は切り捨て

$C - D = E$ (利用者自己負担額)

※介護職員等特定処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算されます。

(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数の12／1000に相当する単位数

(2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)

所定単位数の10／1000に相当する単位数

※介護職員等ベースアップ等支援加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数に加算されます。

介護職員等ベースアップ等支援加算

所定単位数の11／1000に相当する単位数

※令和6年6月より

＊介護職員処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た事業所が指定通所介護を行った場合に加算されます。

(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

所定単位数の $92 / 1000$ に相当する単位数

(2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

所定単位数の $80 / 1000$ に相当する単位数

(3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

所定単位数の $64 / 1000$ に相当する単位数

※保険給付の自己負担額の算出方法(1単位=10.14円) ※1割負担の場合
利用サービス単位数合計 $\times 92 / 1000$ に相当する単位=A(介護職員処遇改善加算)

利用サービス単位数合計 + A = B(単位数合計)

$B \times 10.14 = C$ (費用総額)円未満の端数がある場合は切り捨て

$C \times 0.9 = D$ (保険請求額)円未満の端数がある場合は切り捨て

$C - D = E$ (利用者自己負担額)

(2) 実費料金

① 食費 710円／1食

事業所で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

② おやつ代 160円／1食

事業所で提供するおやつをお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

③ グループ活動費 150円／1回

④ 文書料(医療費控除証明書) 550円/1通

お支払いいただいた後に利用料領収書を発行しますが、利用料領収書の再発行はしませんので大切に保管をお願いします。尚、利用料を領収したことを証明する書類として上記の証明書を発行することができます。証明書は医療費控除申請に使用できます。

⑤ キャンセル料 食費・おやつ代相当額

利用のキャンセルの場合は、準備の都合上利用予定日の前日の17時までには連絡をお願いいたします。上記の時間までに連絡がない場合はキャンセル料として食費・おやつ代相当額をお支払いいただきます。

(3) 料金の支払方法

ご利用いただいたサービス利用料は、毎月末締とし翌月の15日頃に請求書を発行します。お支払は、口座振替にて指定日に振り替えさせていただきます。口座振替を利用されない方につきましては、請求書発行後月末までに医療法人信愛会の指定の銀行口座にお振込みいただくか、利用日にお持ちください。

(4) その他

ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けたあと、自己負担額を除く全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。自立と認定された場合、全額自己負担となり以後のご利用はできません。

利用者の被保険者証に支払い方法の変更の記載（保険料の滞納のため、償還払いになる旨の記載）があるときは、費用の全額をお支払いいただきます。この場合も、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口に提出して差額の払い戻しを受けてください。

6. サービスの内容

事業所が利用者に対するサービスは、以下のとおりです。

介護、看護、機能訓練、食事、入浴（一般浴・特殊浴）、排泄介助、レクリエーション、毎月の行事、送迎、生活相談、その他。

7. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、豊川市、岡崎市（本宿町、山綱町、鉢地町、上衣文町、大代町、東河原町、雨山町）、豊橋市（東小田原町）とする。

8. サービス利用に当たっての留意点

- (1) 利用中は、管理者、看護師、その他の職員の指示に従ってください。
- (2) 事業者の設備、器具の利用の際は、本来の用途によってご利用ください。
故意による破損、欠損、故障については、相当の代金の支払いをお願いします。
- (3) 現金及び貴重品の持ち込みはご遠慮ください。当事業所では、一切責任を負いかねます。
- (4) 利用者の急変時など、緊急に家族に連絡させていただいた際は、速やかな対応をお願い致します。また、緊急時連絡先に変更があった際は、必ずお申し出てください。
- (5) 当日の朝、7時30分の時点で暴風警報が発令されていた場合、デイサービスの営業を中止させていただくこともあります。なお、営業時間内に暴風警報が発令された場合は、その時点で営業を中止させて頂くこともあります。その際には、速やかにご自宅へお送り致します。
- (6) 当日の朝、大雪や路面凍結・その他特別な交通事情で送迎の安全確保が難しいと判断した場合、デイサービスの営業を中止させていただくこともあります。
- (7) 利用者同士の物品（お菓子や衣類等）の受け渡しはトラブルの元となりますので、ご遠慮下さい。
- (8) 各種保険証等が変更になった場合は、確認が必要となりますので、必ずお持ち下さい。

- (9) ご自宅において、利用者にインフルエンザ等の感染症状が見られた場合は、症状がなくなり、2日以上経過してからのご利用再開とさせていただきます。また、体調が回復されていない場合のご利用はお受けできません。
- (10) 利用者の同居の家族がインフルエンザ等の感染症と診断された場合のご利用はお受けできません。

9. 事故発生時の対応等

事業所は利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は、保険者担当課、当該利用者の家族等、当該利用者に係る居宅介護事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。また、この事故の状況及び事故に際してとった処置については記録するものとし、記録は5年間保存します。

なお、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、事業所に故意損失がない場合はこの限りではありません。また、利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

10. 緊急時の対応方法

通所介護(介護予防通所サービス)の提供中に利用者の容体の変化等があった場合には、速やかに緊急連絡先、主治医等に連絡します。

11. 非常災害対策

非常時の対応	非常通報装置で通報、自衛消防の活動、緊急連絡網の徹底
協力体制	地元自治会及び消防団との連携、消防署への協力
防火訓練	年2回 通報訓練・初期消火訓練・避難訓練を行う
消防設備	消火器・非常通報装置
消 防 計 画	消防署への届出：平成30年7月12日 防火管理者： 中村 尚美 内 容： 予防管理組織、消防設備、自衛消防活動 対策、震災対策、教育及び訓練

12. 虐待の防止の措置に関する事項

事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的を開催するとともに、その

結果について、生活相談員等に周知徹底を図ります。

- ② 事業者における虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 事業所において、生活相談員等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に(年1回以上)実施します。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

13. 苦情処理

利用者もしくはご家族は、当事業所の指定通所介護及び指定介護予防通所介護サービスの提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。

苦情窓口

あいあいデイサービスセンター 担当 管理者 中村 尚美	(0533) 65-7711
東三河広域連合介護保険課	(0532) 26-8471
愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉部 苦情相談室	(052) 971-4165
豊川市役所 福祉部 介護高齢課	(0533) 89-2173

13. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日(直近年月日)	平成23年1月20日
		実施評価機関名称	特定非営利活動法人 HEART TO HEART
		評価結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

あいあいデイサービスセンター

重要事項説明同意書

当事業所は、令和 7 年 2 月 1 日現在の重要事項説明書に基づいて、デイサービスの内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 住 所 愛知県豊川市赤坂町丁田 5 5 番地 1

事業所名 あいあいデイサービスセンター

管 理 者 _____

説 明 者 _____

私は、令和 7 年 2 月 1 日現在の重要事項説明書に基づいて、デイサービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者 氏 名 _____

署名代行者 _____

続 柄 : _____

家族（代理人）氏 名 _____

続 柄 : _____