通所介護サービス利用契約書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様（以下「利用者」という。）と「デイサービスセンター星の里」「デイサービスセンター星の里・サテライトあおぬまの家」（以下「事業者」という。）は、事業者が利用者に提供する通所介護サービスについて、次のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第１条　事業者は、介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように通所介護サービスを提供し、利用者は事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

（契約期間）

第２条　本契約の有効期間は、契約締結の日から利用者要介護認定の有効期間満了日までとします。但し、契約期間満了の７日前までに利用者から契約終了の意思表示がない場合には、本契約は同じ内容で更新されるものとし、その後も同様とします。

（利用者代理人）

第３条　利用者は、利用者代理人を定めて本契約を締結させることができ、また、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。

２　利用者代理人は利用者本人の意思を代理するものとし、本契約に基づく利用者の事業者に対する債務について連帯債務者となるものとします。

３　利用者代理人が交替したときは、本契約を再締結するものとします。

（通所介護計画書の作成、交付）

第４条　事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて解決すべき課題の把握を行うとともに、利用者の「居宅サービス計画」に沿って「通所介護計画書」を作成します。

２　事業者は通所介護計画書を作成・変更した場合は、利用者又は利用者代理人に説明し同意を得た上で、通所介護計画書を交付します。

（利用料の支払方法）
第５条　通所介護に対する利用料の基準は、別紙「重要事項説明書」に記載するとおりとします。契約期間中に関係法令が変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額を適用します。
２　利用料の支払は、原則として、利用者又は利用者代理人が指定したＪＡ貯金口座又は三菱UFJニコス口座振替決済代行可能の金融機関口座からの振替（口座振替依頼書に基づく）とします。

（サービスの中止・変更及びキャンセル料）
第６条　利用者又は利用者代理人は、通所介護の利用を中止又は変更することができます。この場合は、速やかに事業者に連絡するものとします。
２　利用の中止にあたっては、別紙「重要事項説明書」に定める所定のキャンセル料をお支払いいただく場合があります。

（通所介護サービス提供の記録等）
第７条　事業者は、通所介護を提供した際には、提供日、通所介護の内容等必要な事項についての記録を行い、この契約終了後２年間保管します。
２　利用者又は利用者代理人は、いつでも前項の記録の閲覧・複写を求めることができます。

（守秘義務等）
第８条　事業者は、通所介護を提供する上で知り得た利用者又はその家族に関する個人情報については、利用者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後も第三者に漏らしません。
２　前項にかかわらず、あらかじめ文書により利用者又は利用者代理人の同意を得た場合は、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。
３　事業者が事業者でなくなった後及び従業員が従業員でなくなった後においても、業務上知り得た個人情報は第三者に漏らしません。

（苦情対応）
第９条　利用者又は利用者代理人は提供された通所介護に苦情がある場合には、事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会又は地域包括支援センターに対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2　事業者は、苦情対応の窓口担当者及び責任者が、その連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立てがあった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
3　事業者は、利用者又は利用者代理人が苦情申し立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。

（契約の終了）
第10条　次のいずれかの事由が発生した場合、この契約は自動的に終了するものとします。
（1）利用者が死亡した場合
（2）利用者が介護保険施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護に入所、及び小規模多機能居宅介護を利用した場合
（3）第2条の規定により契約終了の意思表示がされた場合
（4）事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
（5）施設の滅失や重大な毀損により通所介護等の提供が不可能になった場合

（利用者の解約権・解除権）
第11条　利用者又は利用者代理人は、事業者に対しいつでも7日間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。
2　利用者は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。
（1）事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
（2）事業者が守秘義務に違反した場合
（3）事業者が利用者又はその家族に対し身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

（事業者の契約解除）
第12条　事業者は、利用者又は利用者代理人が以下の事項に該当する場合には、1ヶ月以上の予告期間をおいて文書で通知することにより本契約を解除することができます。
（1）利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
（2）通所介護の利用料金の支払いが3か月以上滞納し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、その期間内に支払いがない場合

（３）利用者が正当な理由なく通所介護の中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により３ヶ月以上にわたって通所介護等が利用できない状態であることが明らかになった場合

（４）利用者やその家族、関係者が事業者や職員、他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は、本契約を継続しがたいほどの重大な背信行為を行った場合

[本項目に該当する具体例]

セクシャルハラスメント行為、暴力行為、脅迫行為、侮辱行為、誹謗中傷、感情的・理不尽な要求、威圧的・攻撃的な言動、悪意・敵意ある言動、悪質な流言飛語、虚言等により、職員、他の利用者を困惑・委縮させ、正常なサービス提供が困難となった場合

（損害賠償責任）

第13条　事業者は、サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者代理人又は利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じます。

２　前項において、事故により利用者又はその家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意・過失がない場合は、この限りではありません。

３　前項の場合、利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

（善管注意義務）

第14条　事業者は利用者より委託された業務を行うにあたっては、法令を遵守し、善良なる管理者の注意をもってその業務を遂行します。

（信義誠実の原則）

第15条　利用者又は利用者代理人と事業者は、信義誠実をもって本契約を履行するものとします。

２　本契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを遵守し、双方が誠意をもって協議します。

（裁判管轄）

第16条　利用者又は利用者代理人と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

上記の契約を証するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各１通を保有するものとします。

令和＿＿年＿＿月＿＿日

利用者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者代理人　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（本人との関係　　）

事業者

主たる事業所住所	長野県佐久市臼田785番地６
主たる事業所名称	デイサービスセンター星の里
サテライト事業所住所	長野県佐久市入澤265番地２
サテライト事業所名称	デイサービスセンター星の里 ・サテライトあおぬまの家
管理者	町田　武士　　印

通所介護重要事項説明書

１．開設者

社会福祉法人ジェイエー長野会
（住所）長野県長野市大字南長野北石堂町 1177-3

２．事業の基本方針

要介護者の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、さらに利用者の社会的孤立感の解消及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ために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。

事業の実施に当たっては、関係市町村、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・福祉サービスを提供する者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。

３．ご利用事業所

事業所名	デイサービスセンター星の里	
介護保険事業所番号	第　2071701664　号 （平成 30 年 4 月 1 日指定）	
住　　所	佐久市臼田 785 番地 6	
サテライト事業所名	デイサービスセンター星の里・サテライトあおぬまの家	
サテライト事業所住所	佐久市入澤 265 番地 2	
事業所長・連絡電話番号	町田武士	TEL　0267-81-5677
サービス提供地域	佐久市、佐久穂町	

４．ご利用事業所の職員体制

職種	人　　員
事業所長	１名（兼務）
生活相談員	２名（常勤２名）
看護師	４名（非常勤３名、管理者兼務１名）
機能訓練指導員	４名（看護師兼務４名）
歯科衛生士	１名（常勤兼務１名）
介護職員	３名（常勤１名、非常勤２名）

（2026.6.1 現在）

5．営業日・サービス提供時間及び営業時間 ・休業日

営業日	サービス提供時間・営業時間	休業日
月曜日 から 土曜日	通常　午前９時から午後４時３０分 延長　対応可能（ご相談ください） 営業時間 午前８時から午後５時30分	日曜日及び12月31日から１月３日、その他管理者が認めた場合は休業となる場合があります。

6．主たる事業所の設備の概要

定員	35名	機能訓練室	174.78㎡
構造	鉄骨造平屋建	相談室	１室　8.29㎡
延床面積	898.35㎡	送迎車	６台
静養室２室	１室　32.81㎡ １室　37.21㎡	浴室	一般浴室と特殊浴室を完備

6-2．サテライト事業所の設備の概要

定員	５名	機能訓練室	49.4㎡
構造	鉄骨造	相談室	１室　9.99㎡
延床面積	262.75㎡	送迎車	２台
静養室	１室	浴室	一般浴室と特殊浴室を完備

7．サービスの内容（選択的サービス含む）

① 介護サービス（移動や排泄の介助、見守り等）
② 給食サービス（食事介助等）
③ 入浴サービス（一般入浴、特別入浴）
④ 生活リハビリ体操（個別機能訓練）
⑤ 健康状態の確認（血圧測定等）
⑥ 栄養改善
⑦ 口腔機能向上サービス
⑧ レクリエーション・趣味・創作活動
⑨ 生活指導（相談援助等）
⑩ 送迎（指定場所からデイサービス）
⑪ 提供時間延長サービス

・早朝・夜間の延長サービスをご利用の場合は、サービス利用日の７日前までに担当の介護支援専門員へ申し込んでください。
・早朝・夜間の延長サービス時間帯は、ご利用者の送迎ができません。ご家族等で、ご利用者の送迎をお願い致します。

8．サービス利用基本料金および利用者負担

サービス利用料金につきましては、重要事項説明書（別紙）となります。

また利用者負担金は、負担割合証に基づき介護保険関係法令で定める介護給付費を負担していただきます。

①介護保険適用外

内容	単位	金額
昼食費（おやつ代含む）	１回あたり	700 円
その他の日常生活費		実費
サービス提供地域外の交通費	0 km～5 km	250 円
	5 km～10 km	500 円
	10 km～15 km	750 円
おむつ代		実費

※その他の日常生活費は、利用者の希望によって、レクリエーション・趣味・創作活動及び行事等として提供する費用です。

②介護保険給付限度額超過の場合

要介護度別に定められている介護保険給付限度額を超過する通所介護提供分については、超過分につき全額自己負担となります。

※介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦介護保険適用外の料金（基本料金の全額）をいただき、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日住民票の有する市町村窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

9．利用料の支払

月末に締切り、翌月10日以降に請求書を送付します。原則として、利用者又は利用者代理人の指定したＪＡ貯金口座又は三菱UFJニコス口座振替決済代行可能の金融機関口座からの振替（口座振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。やむをえず認定前にサービスを受けた場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の全額を事業者に支払い、利用者はその後市町村から保険給付分（９割または８割または7割）を受けとることになります。

・口座振替日

JA貯金口座

利用月の翌月21日（ただし、21日が金融休業の場合は翌営業日となります。）

JA以外の金融機関口座

利用月の翌々月12日（ただし、12日が金融休業の場合は翌営業日となります。）

・三菱UFJニコス口座振替決済代行可能の金融機関

郵便局、都市銀行の全行、地方銀行の全行、信用金庫、労働金庫、信用組合（一部取扱不可）、信託銀行（一部取扱不可）

10．キャンセルについて

①キャンセル料は次の通りといたします。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。

時　　期	キャンセル料
サービス利用日の前日	無料
サービス利用日の当日午前８時30分まで	基本料金の5%
サービス利用日の 当日午前８時30分を過ぎた場合	基本料金の10%
ご連絡がなかった場合	基本料金の50%

②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までご連絡ください。

キャンセル連絡先	デイサービスセンター 星の里	ＴＥＬ　0267-81-5677

11．その他留意事項

①　持ち物　　必要な方はご自宅よりお持ちください。

□　おむつ（事業所から提供した場合は実費をいただきます。）

□　薬

□　その他、健康管理及び医療上ご利用者ご自身で必要とされるもの。

12．苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

担当部署	連絡	担当者
デイサービスセンター星の里	TEL　0267-81-5677 FAX　0267-81-5678	町田　武士
デイサービスセンター星の里 ・サテライトあおぬまの家	TEL　0267-82-2662 FAX　0267-82-9641	
さく地域事業本部	TEL　0267-82-1122	
佐久市役所　高齢者福祉課	TEL　0267-62-3157	
臼田支所　高齢者児童福祉係	TEL　0267-82-3124	
佐久平・浅間地域包括支援センター	TEL　0267-88-6281	
岩村田・東地域包括支援センター	TEL　0267-67-6910	
野沢地域包括支援センター	TEL　0267-63-8430	
中込地域包括支援センター	TEL　0267-64-1751	
臼田地域包括支援センター	TEL　0267-81-5100	
佐久穂町八千穂庁舎　保健福祉課	TEL　0267-88-2525	
佐久穂町地域包括支援センター	TEL　0267-88-2951	
国民健康保険団体連合会	TEL　026-238-1580	

13. 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は、救急、家族、利用者代理人、居宅介護支援事業者（介護支援専門員）へ連絡をいたします。

施設において感染症の疑いのある利用者を発見した場合は、利用者の同意を得て速やかに受診していただきます。原則として受診料は自己負担となります。

利用者に感染症が判明した場合は、当事業所の利用は、主治医の許可がおりるまで中止させていただきます。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

現在実施しておりません。

15. 送迎（送迎場所の確認）

別紙1

令和＿＿年＿＿月＿＿日

私は、重要事項説明書及びサービス内容についての説明を受け、同意しました。

○利用者

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

○利用者代理人

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（本人との関係　　）

事業者

主たる事業所住所	長野県佐久市臼田785番地6
主たる事業所名称	デイサービスセンター星の里
サテライト事業所住所	長野県佐久市入澤265番地2
サテライト事業所名称	デイサービスセンター星の里 ・サテライトあおぬまの家

管理者　　町田　武士　　印

説明者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別紙１

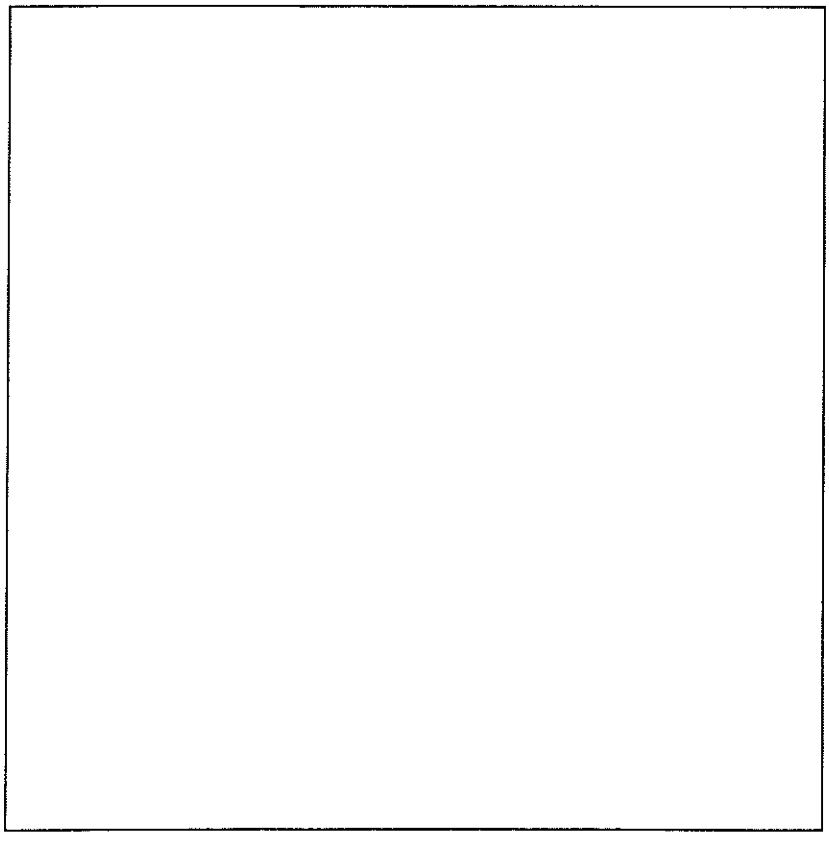
お迎えは　　*玄関　　*縁側　　*居間　　*寝室　　*木戸
*その他（　　）までさせていただきます。

※お迎え時の家族の確認（　在　・　不在　）
※お迎え時の鍵の確認　（　有　・　無　）
※その他

お送りは　　*玄関　　*縁側　　*居間　　*寝室　　*木戸
*その他（　　）までさせていただきます。

※お送り時の家族の確認（　在　・　不在　）
※お送り時の鍵の確認　（　有　・　無　）
※その他

送迎場所　見取り図



送　迎　方　法

送迎車への乗り降り
１　自立
２　要介助
３　車イス
以上の方法でさせていただきます。

重要事項説明書(別紙)
指定通所介護

【指定通所介護】＜事業所規模区分：通常規模型事業所＞

(1)基本報酬

①3時間以上4時間未満

要介護状態区分		単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	/日	10.00	370	3,700円	370円	740円	1,110円
要介護2	/日		423	4,230円	423円	846円	1,269円
要介護3	/日		479	4,790円	479円	958円	1,437円
要介護4	/日		533	5,330円	533円	1,066円	1,599円
要介護5	/日		588	5,880円	588円	1,176円	1,764円

②4時間以上5時間未満

要介護状態区分		単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	/日	10.00	388	3,880円	388円	776円	1,164円
要介護2	/日		444	4,440円	444円	888円	1,332円
要介護3	/日		502	5,020円	502円	1,004円	1,506円
要介護4	/日		560	5,600円	560円	1,120円	1,680円
要介護5	/日		617	6,170円	617円	1,234円	1,851円

※2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合、上記の単位数の70/100にあたる単位数が算定されます。

③5時間以上6時間未満

要介護状態区分		単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	/日	10.00	570	5,700円	570円	1,140円	1,710円
要介護2	/日		673	6,730円	673円	1,346円	2,019円
要介護3	/日		777	7,770円	777円	1,554円	2,331円
要介護4	/日		880	8,800円	880円	1,760円	2,640円
要介護5	/日		984	9,840円	984円	1,968円	2,952円

④6時間以上7時間未満

要介護状態区分		単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	/日	10.00	584	5,840円	584円	1,168円	1,752円
要介護2	/日		689	6,890円	689円	1,378円	2,067円
要介護3	/日		796	7,960円	796円	1,592円	2,388円
要介護4	/日		901	9,010円	901円	1,802円	2,703円
要介護5	/日		1,008	10,080円	1,008円	2,016円	3,024円

⑤7時間以上8時間未満

要介護状態区分		単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	/日	10.00	658	6,580円	658円	1,316円	1,974円
要介護2	/日		777	7,770円	777円	1,554円	2,331円
要介護3	/日		900	9,000円	900円	1,800円	2,700円
要介護4	/日		1,023	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
要介護5	/日		1,148	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

⑥8時間以上9時間未満

要介護状態区分		単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	/日	10.00	669	6,690円	669円	1,338円	2,007円
要介護2	/日		791	7,910円	791円	1,582円	2,373円
要介護3	/日		915	9,150円	915円	1,830円	2,745円
要介護4	/日		1,041	10,410円	1,041円	2,082円	3,123円
要介護5	/日		1,168	11,680円	1,168円	2,336円	3,504円

重要事項説明書(別紙)
指定通所介護

【指定通所介護】＜事業所規模区分:通常規模型事業所＞

(2)加算　　○のついた項目は、全てのご利用者に加算されます。

算定	項目		単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
○	ADL維持等加算(Ⅰ)	/月	10.00	30	300	30円	60円	90円
	ADL維持等加算(Ⅱ)	/月		60	600	60円	120円	180円
○	中重度者ケア体制加算	/日		45	450	45円	90円	135円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	/回		22	220	22円	44円	66円
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	/回		18	180	18円	36円	54円
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	/回		6	60	6円	12円	18円
	科学的介護推進体制加算	/月		40	400	40円	80円	120円
○	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	/月		一月の総利用単位数の11.8%		1割	2割	3割

(4)減算　　○のついた項目は、ご利用者ごとに提供するサービス内容に応じて減算されます。

算定	項目	単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
	同一建物減算 /日	10.00	-94	-940円	-94円	-188円	-564円
○	事業所が送迎を行わない場合 /片道		-47	-470円	-47円	-94円	-282円
	事業継続計画未実施減算		所定単位数の1.0%		1割	2割	3割
	高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の1.0%		1割	2割	3割

(3)加算　　○のついた項目は、ご利用者ごとに提供するサービス内容に応じて加算されます。

算定	項目		単価	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	/月	10.00	100	1,000円	100円	200円	300円
○	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	/月		200	2,000円	200円	400円	600円
○	入浴介助加算(Ⅰ)	/日		40	400円	40円	80円	120円
	入浴介助加算(Ⅱ)	/日		55	550円	55円	110円	165円
○	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	/日		56	560円	56円	112円	168円
○	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	/日		76	760円	76円	152円	228円
○	個別機能訓練加算(Ⅱ)	/月		20	200円	20円	40円	60円
○	認知症加算	/日		60	600円	60円	120円	180円
	若年性認知症利用者受入加算	/日		60	600円	60円	120円	180円
	栄養改善加算 ※	/月		200	2,000円	200円	400円	600円
	栄養アセスメント加算	/月		50	500円	50円	100円	150円
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	/回		20	200円	20円	40円	60円
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	/回		5	50円	5円	10円	15円
○	口腔機能向上加算(Ⅰ)※	/回		150	1,500円	150円	300円	450円
	口腔機能向上加算(Ⅱ)※	/回		160	1,600円	160円	320円	480円
○	延長加算＜9時間以上10時間未満＞	/日		50	500円	50円	100円	150円
	延長加算＜10時間以上11時間未満＞	/日		100	1,000円	100円	200円	300円
	延長加算＜11時間以上12時間未満＞	/日		150	1,500円	150円	300円	450円

※がある項目は、月2回を限度とします。

加算	算定要件
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200未満のもの又は当該病院を中心とした半径キロメートル以内に診療所が存在しないもに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言の受けた上で、機能訓練指導員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で加算されます。 ・理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTが活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことで加算されます。
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	訪問リハビリテーション若しくは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（原則として許可病床数200床未満のもの又当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成し、リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に 応じて計画・訓練内容等の見直しを行っている場合に加算されます。 ※個別機能訓練加算を算定している場合は1，000円（利用者負担額：100円）／月
入浴介助加算（Ⅰ）	入浴介助（入浴中の利用者の観察を含む。）を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。 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。
入浴介助加算（Ⅱ）	上記要件に加え、医師等が利用者宅の居宅を訪問し、浴室における動作及び浴室の環境を評価し、当該浴室に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関わる助言をすること。また、機能訓練指導員等が共同して、居宅を訪問した医師等と連携し、訪問した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、その計画に基づき、個浴、または当該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で加算されます。
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	サービスを行う時間帯に、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置している事業所において、利用者の心身状況に応じて、機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、利用者の選択に基づき多職種共同で個別機能訓練計画を作成し、その後3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、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明及び訓練内容の見直し等を行い、当該計画に基づきグループ（5人程度以下又は個別）に分けて計画的に機能訓練を行っている場合に加算されます。
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を2名以上配置している事業所において、利用者の心身状況に応じて、機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、利用者の選択に基づき多職種共同で個別機能訓練計画を作成し、その後3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、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明及び訓練内容の見直し等を行い、当該計画に基づきグループ（5人程度以下又は個別）に分けて計画的に機能訓練を行っている場合に加算されます。
個別機能訓練加算（Ⅱ）	利用者の状態に応じて個別機能訓練計画書の作成、計画に基づいた訓練の実施、評価、評価の結果を踏まえた計画の見直しや改善の一連のサイクルによりサービスの質の管理を行うため、個別機能訓練計画書等の内容を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けている事により加算されます。
認知症加算	次のいずれにも適合する事業所において、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMの利用者に加算さ れます。 ・介護職員又は看護職員を、指定基準上必要な員数に加えて、常勤換算方法で2以上確保していること。 ・サービス提供時間を通じて、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修了した者を1 以上確保していること。 ・前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する 利用者が占める割合が100分の15以上であること。 ・事業所の従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。
若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症の利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に加算されます。ただし、認知症加算を算定している場合は、算定しない。

加算	算定要件
栄養改善加算	当該事業所の職員として、又は外部(他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション)との連携により管理栄養士を1名以上配置している事業所において、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合、及び、栄養改善サービスの提供にあたり、必要に応じて居宅を訪問することで1月に2回を限度として加算されます。
栄養アセスメント加算	当該事業所の職員として、又は外部(※他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」)との連携により管理栄養士を1名以上配置しており、利用者毎に、管理栄養士等と共同して、栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じて対応する。また、利用者毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、当該情報を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ととして加算されます。
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	利用開始時及び利用中6月毎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することとして加算されます。(※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弊算定不可)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかに確認を行い、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した場合、6月に1回を限度として加算されます。
口腔機能向上加算(Ⅰ)	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1 名以上配置している事業所において、口腔機能が低下している利用者又は そのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指 導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向 上に資すると認められるものを行った場合、1 月に2回を限度として加算されます。
口腔機能向上加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅰ)の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービス実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合、原則3月以内、月2回を限度として加算されます。
延長加算	所要時間7時間以上9時間未満の通所介護の前後に連続して日常生活上の世話を行った場合、5時間を限度として加算 されます。
ADL維持等加算(Ⅰ)	○ 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間(前々年度の1月から12月までの1年間) 終了後の4月から3月までの1年間、加算が認められます。 ○ 評価期間に連続して6月以上利用した期間(注1)(以下、評価対象利用期間)のある要介護者(注2)の集団 について、以下の要件を満たすこと。 イ 総数が10名以上であること。 ロ ①について、以下の要件を満たすこと。 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がBarthel Index(注3)を測定しており、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。 ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定した各々のBI利得が評価対象者等を平均して得た値が1以上であること 。 注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。 注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るもの に限る。 注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替 え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価 するもの。 注4 最初の月のBarthel Indexを「事前BI」、6月目のBarthel Indexを「事後BI」、事後BIから事前BIを控除した ものを「BI利得」という。 注5 端数切り上げ
ADL維持等加算(Ⅱ)	また上記の要件イとロの要件を満たしており、評価対象利用者等のBI利得を平均して得た値が3以上であること。

加算	算定要件
中重度者ケア体制加算	次のいずれにも適合する事業所において加算されます。 ・介護職員又は看護職員を、指定基準上必要な員数に加えて、常勤換算方法で2以上確保していること。 ・利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3～5である者の占める割合が100分の30以上であること。 ・サービス提供時間を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1 以上確保していること。
科学的介護推進体制加算	全国の施設から「科学的介護情報システム」を通じてデータを集め分析。集積されたデータから現場で計画の見直し等に役立つフィードバックを行い、介護計画等の見直しを行う。また、データの提出頻度について少なくとも「3月に1回」とします。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	次のいずれかに適合する事業所において加算されます。 ①勤続10年以上の介護福祉士が占める割合が100分の25以上 ②事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士が占める割合が100分の70以上である場合に加算されます。
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占める割合が100分の50以上である場合に加算されます。
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	次のいずれかに適合する事業所において加算されます。 ①勤続7年以上の介護福祉士が占める割合が100分の30以上 ②事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士が占める割合が100分の40以上である場合に加算されます。
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員のキャリアアップ要件、月額賃金改善、職場環境等を実施している場合に加算されます。

減算	減算要件
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者について減算されます。
事業所が送迎を行わない場合	利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合に減算されます。
事業継続計画未実施減算	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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること。及び、事業継続計画に従い必要な措置を講じていない場合に減算されます。
高齢者虐待防止措置未実施減	虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合に減算されます。 ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。 ・虐待防止のための指針を整備すること。 ・従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施すること。 ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

【通所時リスク説明書】

当事業所では利用者さんが快適な通所介護サービスを利用できるように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者さんの身体状況や病気に伴う様々な症状が原因によりサービス提供中にも、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》（ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。）

□ 原則的に身体拘束を行なわないことから、歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷の恐れがあります。

□ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。

□ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩耗で表皮剥離ができやすい状態にあります。

□ 高齢者の血管はもろく、また抗凝固剤などの内服により軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。

□ 加齢や既往（脳疾患、認知症など）の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・異食のおそれがあります。

□ 高齢者は血圧の変動により、意識がもうろうとしたり、意識が消失したりする事があります。

上記のことは、ご自宅でも起こりうる事ですので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

社会福祉法人ジェイエー長野会

福祉サービス利用者の個人情報使用に関する同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、以下に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

（利用者個人情報の利用目的及び利用範囲）

第１条　利用者個人情報の利用目的及び利用範囲は、以下の通りとします。

１　当該事業所内部での利用

①当該事業所が介護保険サービス、障害福祉サービス（以下「福祉サービス」という。）の利用者に提供する福祉サービス

②福祉サービスに関わる事務

③利用者に係る当該事業所の管理運営業務のうち

ア．通所・退所、入所・退所の管理

イ．会計・経理

ウ．事故等の報告

エ．当該利用者の福祉サービスの向上

２　他介護保険関係事業者、行政等への情報提供

①介護保険及び障害福祉サービスのうち

ア．利用者に提供する他のサービス事業者や居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

イ．家族等への心身の状況説明

ウ．利用者の診療等における医療機関への心身の状況説明

エ．給食、栄養管理その他の業務委託（秘密保持契約委託先に限る）

②介護保険サービス事務のうち

ア．審査支払機関へのレセプトの提出

イ．審査支払機関又は保険者からの照会等への回答

ウ．地域包括支援センターへの介護予防支援業務実績報告

③障害福祉サービスのうち

ア．行政への利用実績報告

イ．行政からの照会等への回答

④損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届け出等

３　介護保険法で義務として明記されているもの

①サービス提供困難時のサービス事業者間の連絡、紹介等

②居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等との連携

③利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

④福祉サービス第三者評価制度に基づく指定調査機関への情報提供

4　行政機関等への対応として義務付けられているもの
①市町村による実績報告、訪問状況報告、その他文書等提出等の要求への対応
②厚生労働大臣又は都道府県知事による報告命令、帳簿書類等の提示命令等への対応
③都道府県知事及び市町村長による実地指導及び立ち入り検査等への対応
④市町村が行う利用者からの苦情に関する調査への協力等
⑤事故発生時の市町村への連絡

5　上記以外の利用目的
①福祉サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
②福祉職員教育、及び福祉サービスの質の向上ための動画・写真の利用（施設内サービスに限る）
③研修生の実習への協力

6　写真・動画の撮影および使用について
当事業所では、活動の様子を記録・広報する目的で、利用者様の写真・動画を撮影に使用させていただく場合がございます。使用にあたっては、肖像権および個人情報の保護に十分配慮いたします。
使用媒体：事業所ホームページ、SNS等、広報誌、施設内掲示物など

□ 同意します
□ 同意しません

※同意は任意です。同意されない場合でも、サービス提供に影響はございません。

（利用者個人情報の使用期間）
第２条　利用者個人情報の使用期間は、令和　　年　　月　　日からサービス契約の終了時までとします。

（利用者個人情報の使用条件）
第３条　利用者個人情報の使用条件は、以下の通りとします。
①個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者にもれることのないよう細心の注意を払います。
②個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておきます。
③社会福祉法人ジェイエー長野会の個人情報保護規程等を遵守します。
④本人・利用者代理人・家族から拒否の申し出があった場合は直ちに応じます。

社会福祉法人ジェイエー長野会
さく地域事業本部　デイサービスセンター星の里
事業所長　　町田　武士　　殿

令和　　年　　月　　日

○利用者

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

○利用者代理人

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（本人との関係　　）

委　任　状

○利用者代理人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記の者を私の代理人と定め、次のサービス利用契約書の締結権限を委任します。

□介護保険サービス
□障害福祉サービス

委任日　令和　　年　　月　　日

○利用者本人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿＿

※利用者本人の自署が必要です。
※利用者が委任状へ署名することが困難な場合は、その理由を委任状の余白に明記する。
※朱肉を使う印鑑を押して下さい。

利用者代理人本人確認者印	