

「指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業」

重要事項説明書

令和7年4月

株式会社 タナカカナタ
リハビリデイサービス たんなか

当事業者は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第4072500798号)
リハビリデイサービス たんなか

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」及び各市町村より「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

当事業所はご利用者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 緊急時の対応
7. 苦情の受付について
8. 個人情報保護方針について
9. 重要事項説明書付属文章

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社 タナカカナタ |
| (2) 法人所在地 | 福岡県大川市大字上白垣112-2 |
| (3) 電話番号 | 0944-32-9078 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 田中 忠卓 |
| (5) 設立年月 | 令和4年3月 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 通所介護事業所・第1号通所事業（通所型サービス）

- ・令和4年11月1日指定 福岡県 第4072500798号（通所介護事業）
- ・令和4年11月1日指定 久留米市・大川市・福岡県介護保険広域連合（第1号通所事業）
- ・令和4年11月1日指定 福岡県介護保険広域連合（通所型サービスA）
- ・令和5年 2月1日指定 久留米市（通所型サービスA：元気向上通所サービス（元気デイ））

(2) 事業所の目的 要介護状態・要支援状態又は事業対象者（以下「要介護状態等」）である高齢者に対し、適正な指定通所介護や第1号通所事業を提供することを目的とする。

(3) 事業所の名称 リハビリデイサービス たんなか

(4) 事業所の所在地 福岡県大川市大字本木室408-5

(5) 電話番号 0944-85-8970

(6) 事業所長（管理者）氏名 田中 洋子

(7) 当事業所の運営方針 利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り安心のあるサービスを提供する。

(8) 開設年月 令和4年11月

(9) 利用定員

1.通所介護	月～金曜日	午前	25人	午後	25人
2.通所型サービスA・元気デイ			5人		5人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 大川市・久留米市(三潞町・城島町)・大木町・柳川市

*送迎距離、利用者の状況等を総合的に勘案して通常の送迎の実施地域以外でも送迎を行うことがあります。

(2) 営業日及び営業時間

1. 通所介護・第1号通所事業

営業日	月曜日～金曜日。 ※但し、お盆（8月13日～8月15日）、 年末年始（12月30日～1月3日）は除きます。
受付時間	8：30～17：30
サービス提供時間	8：30～12：30 13：30～17：30

*緊急一時的にサービス提供時間を超えてサービスを行う場合があります。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護と第1号通所事業および通所型サービスAを提供する

職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	指定基準
1. 管理者	1 名
2. 介護職員	3 名
3. 生活相談員	1 名
4. 看護職員	1 名
5. 機能訓練指導員	1 名

※管理者は生活相談員と兼務

※機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員の資格を有する者とする。）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の一部(9割～7割)が介護保険から給付されます。

職員配置等の施設体制、ご利用者の状況に応じて実施した場合に算定を行ないます。

①基本利用料

②個別機能訓練（要介護者）

機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施した場合に算定を行ないます。

③口腔機能向上

利用者の状況と必要性に応じ、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能改善のための口腔清掃・摂食・嚥下機能に関する訓練を実施した場合に算定を行ないます。

④運動器能向上(要支援者・事業対象者)

機能訓練指導員を中心に、看護職員・介護職員が共同し運動機能向上を目的とし、個別に実施した場合に算定を行ないます。

⑤サービス提供体制強化

I 介護職員の総数の70%以上の介護福祉士の人員配置を行います。

II 介護職員の総数の50%以上の介護福祉士の人員配置を行います。

⑥送迎（送迎料金は基本料金に含まれます）

利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、別途料金を負担いただきます。

⑦口腔・栄養スクリーニング

利用開始時及び利用中6か月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、口腔の状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供している時に加算を行います。

⑧科学的介護推進体制

(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

(2)必要に応じて通所介護サービス計画書（通所型サービス計画）を見直すなど、(1)に規定する情報その他指定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。

原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに（１）及び（２）にあげる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定を行います。

⑨ADL 維持等

評価対象期間（厚生労働省が定める期間）の満了日に属する月の翌月から 12 か月に限り、評価対象利用開始月と当該月の翌月から起算して 6 月目にとおいて ADL 値を測定して、平均値が 1 以上である時、算定を行います。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（利用料金の全額をご利用者にご負担いただくサービス）

①お茶・おやつ代

②オムツ・尿取りパット代（当事業者のオムツや尿取りパットをご利用になった場合）

③通常の事業の実施区域以外への送迎追加料金

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、翌月の 10 日頃にご請求しますので、翌月末日までに、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 集金袋での現金支払 （当事業所にご持参ください。）

イ. 下記指定口座への振込

大川信用金庫 木室支店 普通 No. 1571802

(株) タナカカナタ 代表取締役 田中 忠卓

（４）利用の中止、変更、追加

- ・利用予定日の前に、利用者の都合により通所介護サービス等の利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスを追加することができます。この場合にはサービス実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。
- ・利用予定日の前までに申し出なく、当日になって利用の中止の申し出の場合は、午前 8 時 30 分までになります。それ以降の申し出は、なるべく早期のご連絡をお願いいたします。
- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望のする期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. 緊急時の対応方法（契約書第 14 条 参照）

ご利用者の主治医または当事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

また、緊急連絡先に連絡いたします。

7. 苦情の受付について（契約書第 17 条参照）

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者 （株）タナカカナタ 代表取締役 田中 忠卓

○苦情受付窓口（担当者）リハビリデイサービスたんなか 管理者 田中 洋子

○受付時間 月曜日～金曜日 9：00～17：00

（２）行政機関その他苦情受付機関

受付機関	住所	電話番号
大川市健康課 介護保険係	大川市大字酒見 2 5 6 - 1	0 9 4 4 - 8 5 - 5 5 2 2
久留米市健康福祉部 介護保険課	久留米市城南町 1 5 - 3	0 9 4 2 - 3 0 - 9 2 4 7
三潞町総合支所市民福祉課	久留米市三潞町玉満 2 7 7 9 - 1	0 9 4 2 - 6 4 - 2 3 1 3
城島町総合支所 市民福祉課	久留米市城島町樽津 7 4 3 - 2	0 9 4 2 - 6 2 - 2 1 1 2
福岡県介護保険広域連合 (柳川・大木・広川支部)	柳川市三橋町正行 4 3 1	0 9 4 4 - 7 5 - 6 3 0 1
柳川市役所 福祉課 高齢者福祉係	柳川市三橋町正行 4 3 1	0 9 4 4 - 7 7 - 8 5 1 6
大木町役場 大木町健康福祉課	三潞郡大木町大字八町牟田 255-1	0 9 4 4 - 3 2 - 1 0 6 0
福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険相談窓口		0 9 2 - 6 4 2 - 7 8 5 9

8. 個人情報保護方針について （契約書第 12 条 参照）

株式会社タナカカナタは、運営及び高齢者福祉事業を実施する上で、個人情報を保護することが最も重要である事を認識するとともに本会の社会的責任・責務であると考えております。

そこで、以下の個人情報保護方針を策定し、全職員に周知徹底するとともに確実に履行します。

1. 個人情報の収集、利用及び提供について

(1) 収集の原則

個人情報の収集は、目的を明確にし、事前にご本人様・ご家族様の同意を得てから行ないます。

(2) 利用・提供の原則

個人情報の利用・提供を行なう場合は、事前に明確に目的の範囲内でのみ利用・提供いたします。

2. 権利の尊重

個人情報に関する個人の権利を尊重し、ご利用者または御家族様の個人情報について、ご本人様またはご家族様からの開示の要求があった場合は、合理的な期間・妥当な範囲内で対応します。

また、ご利用者またはご家族様の個人情報に誤り・変更があった場合は、ご本人またはご家族様であることが確認出来た場合に限り速やかに対応します。

3. 個人情報の適正管理について

収集した個人情報（利用者および家族）について、適切な安全対策を実施し、不正アクセス・改ざん・破壊・漏えい・紛失などを防止するために合理的な処置をいたします。

4. 法令及びその他の規範の遵守について

個人情報（利用者および家族）に関して運用される法令及びその他の規範を遵守します。

<別記>

（１）利用・提供の明確な範囲

- ① 介護保険法に関する法令によるご利用者の通所サービス計画等、各種計画書の作成
- ② 介護等サービス担当者会議に必要な場合
- ③ 公的機関・医療・介護専門機関等への利用に係る場合
- ④ ホームページ等への出稿（記事・写真）に必要な場合
- ⑤ 運営業務である、請求書・領収書の送付の場合
- ⑥ 利用者へのサービスの向上、サービスの向上を目的とした症例検討の場合
- ⑦ 外部監査機関への情報提供

（２）使用に当たっての条件

- ① に記載した目的の範囲内で、必要最小限に留めます。提供に際しては、関係者以外には決して洩れることの無いように細心の注意をはらいます。
- ② 情報の提供については、其の経緯一切を記録します。
- ③ ホームページ等への出稿・写真提供等については、ご本人またはご家族様の同意を取り付けた上でのものとします。
- ④ その他、法令に根拠がある場合。

（３）個人情報（利用者および家族）の内容

- ①氏名、住所、家庭状況、健康状態、病歴、その他一切のご利用者またはご家族様個人に関する情報（写真含む）
- ②その他の情報

以上

9.重要事項説明書付属文書

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 木造平屋建て
- (2) 建物の延べ床面積 168.03 m²
- (3) 事業所の周辺環境 田園地帯の比較的静かな場所に建つ、落ち着いた色調の施設です。

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

○介護職員

ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

○生活相談員

ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

○看護職員

主にご利用者の健康管理や機能訓練を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

○機能訓練指導員

ご利用者の機能訓練を担当します。

3. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
 - ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
 - ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
 - ④ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
 - ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)
- ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。
- また、ご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご利用者の同意を得ます。

4. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行う

ことはできません。

- ご利用者の所持金、その他貴重品は持ってこれないようにしてください。持ってこれた場合は、自ら管理をお願いします。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

5. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）（契約書第 10 条参照）

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護・要支援認定・事業対象者の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 3 日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護・要支援認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定され、事業対象者とも判断されなかった場合
- ③事業者が解散した場合、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
- ④施設の滅失重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業者が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 8 条参照）

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 14 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者の「居宅サービス計画等」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑦他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第9条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、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ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になった場合

(3) 契約の終了に伴う援助

上記④により契約を解除する場合、事業者は居宅介護支援事業所または保険者である区市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業者等の紹介その他の必要な措置を講じる。

7. 個人情報使用について

介護・看護記録、介護保険認定情報（認定調査票特記事項、主治医意見書を含む）、面接時の資料、その他介護医療関係機関からの提供資料について、下記の場合に利用される場合に限り、適正に管理され守秘義務(個人情報)が守られることを条件として、公開又は第三者へ譲渡されることについても同意します。

施設内部での利用	他の事業所等への情報提供
① 介護通所サービス計画立案の資料	① 居宅介護支援事業所・居宅サービス事業者・医療機関との連携、又は照会に対する回答
② 介護保険事務・会計事務	② 国民健康保険団体連合会へのレセプトの提出、又は照会に対する回答
③ 事故等の報告	③ 損害賠償保険に係る保険会社への届出その他の目的
	④ 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
	⑤ 学生等の介護実習等への協力

8. 送迎について

○原則として、玄関の中までのお迎え・玄関までのお送りをいたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご利用者・ご家族様と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。また、季節により、寒暖から身体に及ぼす影響もあるため、

自宅の中でお待ちください。

- お迎えの時間を、書面または電話にて連絡します。交通事情等で、10分以上到着時間が遅れる場合は、施設より電話連絡いたします。
- 乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用してください。
- 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。ご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。
- 自家用車で送迎される場合は、駐車スペースに限りがありますので、あらかじめご了承ください。また、自家用車の移動時は、自家用車運転者により運転をお願いいたします。

令和 年 月 日

指定通所介護、第1号通所事業の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定通所介護事業所

第1号通所事業 リハビリデイサービス たんなか

説明者 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項および個人情報（利用者及び御家族）の取り扱い、送迎についての説明を受け、通所介護サービス（第1号通所事業を含む）の提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

代筆者及び同意者 住所 _____

氏名 _____

（本人との続柄： ）

緊急連絡先及び、協力医療機関

主治医 1	所在地：		電話番号
	病院名：		
	診療科目：		
	担当医：		
主治医 2	所在地：		電話番号
	病院名：		
	診療科目：		
	担当医：		
緊急連絡先	氏名：	住所：	電話番号
	利用者様との続柄 ()		携帯番号
不在時	氏名：	住所：	電話番号
	利用者様との続柄 ()		携帯番号
協力医療機関	いちのせファミリークリニック	福岡県大川市中八院 1247	0944-86-2366
	宿里医院	福岡県大川市本木室 507-1	0944-86-4069
	溝田医院	福岡県大川市大橋 106	0944-86-3238
	ひさしたかし整形外科	大川市幡保 157	0944-87-5539
	みやざき鍼灸整骨院	福岡県大川市大橋 8	0944-86-8030

<サービス利用料金>（契約書第 6 条参照）

市区町村が発行する介護保険負担割合証の利用者負担割合によっては自己負担 2 割又は 3 割の請求が発生する場合があります。（通所介護・第 1 号通所介護・通所型サービス）

1.指定通所介護《介護給付対象サービス：1 回あたり》/円

所要時間	要介護度	基本料金 (円)	利用者 1 割 負担額 (円)	利用者 2 割 負担額 (円)	利用者 3 割 負担額 (円)
2 時間以上 3 時間未満	要介護度 1	2,720	272	544	816
	要介護度 2	3,110	311	622	933
	要介護度 3	3,510	351	702	1,053
	要介護度 4	3,920	392	784	1,176
	要介護度 5	4,320	432	864	1,296
3 時間以上 4 時間未満	要介護度 1	3,700	370	740	1,110
	要介護度 2	4,230	423	846	1,269
	要介護度 3	4,790	479	958	1,437
	要介護度 4	5,330	533	1,066	1,599
	要介護度 5	5,880	588	1,176	1,764
4 時間以上 5 時間未満	要介護度 1	3,880	388	776	1,164
	要介護度 2	4,440	444	888	1,332
	要介護度 3	5,020	502	1,004	1,506
	要介護度 4	5,600	560	1,120	1,680
	要介護度 5	6,170	617	1,234	1,851
5 時間以上 6 時間未満	要介護度 1	5,700	570	1,140	1,710
	要介護度 2	6,730	673	1,346	2,019
	要介護度 3	7,770	777	1,554	2,331
	要介護度 4	8,800	880	1,760	2,640
	要介護度 5	9,840	984	1,968	2,952

- ・ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた自己負担額をお支払い下さい。一日あたりの自己負担額[円]は（単位×1.0 円）にて計算を行ないます。

加 算 項 目	① サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（R 5.3 月～）	18 円
	② 個別機能訓練加算（Ⅰ）口	76 円
	③ 個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 円/月
	④ 口腔機能向上加算 （※該当される方のみ加算）	160 円/1 回 （月 2 回まで）
	⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6 か月に 1 回） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6 か月に 1 回）	20 円/月 5 円/月（④と併用時）

⑥ ADL 維持等加算（Ⅱ）	60 円/月
⑦ 科学的介護推進体制加算	40 円/月
⑧ 送迎減算（片道） ※1	△47 円
⑨ 介護職員処遇改善加算Ⅲ	※2
⑬ 高齢者虐待防止措置未実施減算 ※3	所定単位数の△ 1 /100
⑭ 業務継続計画未策定減算 ※4	所定単位数の△ 1 /100

※1 送迎減算について

事業所にて送迎を実施しなかった場合に基本単位数より減額を行ないます。

※2 介護職員処遇改善加算Ⅲについて

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、ご利用者様に対して加算算定を行うものです。一月のサービスご利用総単位数の 1 0 0 0 分の 80 に相当する額（円）となります。

※3 高齢者虐待防止措置未実施減算について

高齢者虐待防止措置を未実施時に所定単位数の 1/100 が減算されます。

※4 業務継続計画未策定減算

業務継続計画を未策定時に所定単位数の 1/100 が減算されます。

2. 第1号通所事業

ご利用者の要介護度	事業対象者・要支援 1	事業対象者・要支援 2
サービス利用料金 （自己負担額）	大川市・広域連合 1,798 円 （一月につき） 久留米市 436 円 （一回につき、月 4 回まで）	大川市・広域連合 3,621 円 （一月につき） 久留米市 447 円 （一回につき、月 8 回まで）

加 算 項 目	⑪ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（R 5.3 月から）	72 円/月（要支援 1）
	⑫ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（R 5.月から）	144 円/月（要支援 2）
	⑬ 口腔機能向上加算（※該当される方のみ加算）	160 円/月
	⑭ 科学的介護推進体制加算	40 円/月
	⑮ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6 か月に 1 回） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6 か月に 1 回）	20 円/月 5 円/月（⑬と併用時Ⅱ）
	⑧ 送迎減算（片道） ※1	△47 円
	⑨ 介護職員処遇改善加算Ⅲ	※2

⑮ 高齢者虐待防止措置未実施減算 ※3	事業対象者・要支援 1 △18 円/月 要支援 2 △36 円/月
⑯ 業務継続計画未策定減算 ※4	業対象者・要支援 1 △18 円/月 要支援 2 △36 円/月

3. 柳川市・大木町在住の方：通所型サービス A（1 月あたり：自己負担額）

通所型サービス A	事業対象者 要支援 1・2	1 割負担	1,259 円	利用回数 4 回/月
		2 割負担	2,518 円	
		3 割負担	3,777 円	

4. 久留米市在住の方：元気向上通所サービス（元気デイ/1 回あたり）

利用者状態区分	自己負担額（1 割負担の場合）		利用可能回数
	2 時間以上 3 時間未満	3 時間以上 5 時間未満	
事業対象者	193 円/回	210 円/回	8 回/月
要支援 1			
要支援 2	385 円/回	432 円/回	

加 算 項 目	⑬ 口腔機能向上加算	160 円/月
	⑭ 科学的介護推進体制加算	40 円/月
	⑮ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6 か月に 1 回） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6 か月に 1 回）	20 円/月 5 円/月（⑬と併用時）
	⑯ 口腔ケア加算 事業対象者・要支援 1 要支援 2	15 円/回 20 円/回（月 8 回まで）
	⑰ 軽度化加算（Ⅰ）（※自己負担は発生しない） 軽度化加算（Ⅱ）イ（※自己負担は発生しない） 軽度化加算（Ⅱ）ロ（※自己負担は発生しない）	50 円×最大 10 か月 100 円×最大 5 か月 100 円×最大 10 か月
	⑱ 送迎減算	所定単位数の△ 10/100
	⑲ 高齢者虐待防止措置未実施減算※3	所定単位数の△ 1 /100
	⑳ 業務継続計画未策定減算 ※4	所定単位数の△ 1 /100

※⑯は、歯科医師、言語聴覚士または歯科衛生士による研修を年 2 回以上受講した職員が、利用者に対し、口腔ケアを実施した場合に加算する。ただし、口腔機能向上加算を算定している場合は算定しない。

※⑰は給付率 100%とし、利用負担額は発生しません。評価対象期間内に選択的サービス（運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）を実施した利用者の割合及び要支援状態の区分の維持又は改善が図られた利用者の割合が一定割合を超える場合に

において、評価対象期間の満了日の属する年度の次の年度内に限り、加算する。（※久留米市独自の加算で、自己負担額は発生しません。）

☆ご利用者がまだ要介護・要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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、居宅サービス計画書、第一号通所サービス支援計画書（以下「居宅サービス計画等」という。）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、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

5. 大川市在住の方：通所型サービス A（減算・加算はありません）

・ 3 時間以上（利用回数 1 月あたり 4 回まで）

【1 月あたり：自己負担額】

事業対象者 要支援 1・要支援 2	利用者負担 1 割の利用者にサービスの提供を行う場合	1,438 円
	利用者負担 2 割の利用者にサービスの提供を行う場合	2,876 円
	利用者負担 3 割の利用者にサービスの提供を行う場合	4,314 円
	利用者負担 1 割・2 割・3 割の日割りの場合	47 円

・ 機能訓練指導員を配置しない場合・3 時間未満の提供の場合

（利用回数 1 月あたり 4 回まで）

【1 月あたり：自己負担額】

事業対象者 要支援 1・要支援 2	利用者負担 1 割の利用者にサービスの提供を行う場合	1,258 円
	利用者負担 2 割の利用者にサービスの提供を行う場合	2,516 円
	利用者負担 3 割の利用者にサービスの提供を行う場合	3,774 円
	利用者負担 1 割・2 割・3 割の日割りの場合	41 円

6. 介護保険の給付対象とならないサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

①お茶・おやつ代：一回あたり 200 円

ご利用者に提供するお茶・おやつ代の費用です。

②日常生活上必要となる諸費用実費：おむつ代：200 円

当事業者のオムツや尿取りパットをご利用になった場合のみご利用者の負担となります。

③送迎追加料金

当事業の実施地域在住以外の利用者が当事業所をご利用になる場合に該当します。

当事業所より 5 キロ未満 1 5 0 円／片道

当事業所より 5 キロ以上 2 5 0 円／片道