

通所介護重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態等の利用者又は事業対象者に対し、適切な指定通所介護事業、介護予防・日常生活支援総合事業を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. みどりの郷福楽園デイサービスセンターの概要

(1) 事業所の所在地とサービスを提供する対象地域

事業所名	みどりの郷福楽園デイサービスセンター
所在地	東京都江戸川区臨海町1-4-4
介護保険指定事業所番号	1372301679
連絡先 相談担当者名	03-5659-4122 石川 しのぶ
サービスを提供する対象地域	東京都江戸川区

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制（2024年4月1日現在）

		常勤	非常勤	業務内容
管理者		1名	0名	事業の一元的な管理
生活相談員		3名	0名	生活指導及び介護に関する生活相談 (介護職兼務)
機能訓練指導員		0名	2名	身体機能の向上・健康維持のための指導 (看護師兼務)
介護・ 看護 職員	看護師	0名	2名	利用者の心身状況の把握 保健衛生管理 主治医等の指示を受けての必要な看護
	介護職員	6名	4名	通所介護計画に基づき必要な介護
管理栄養士		1名	0名	栄養改善サービスの実施
事務員		1名	0名	介護給付費等の請求事務処理

(3) 定員及び営業日、営業時間

定員	30名（介護予防・日常生活支援総合事業含む）
営業日	月～土曜日（ただし12月31日～1月3日除く）
営業時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：00～17：00（送迎時間を除く）

3. サービス内容

通所介護サービス計画に基づく次に掲げるもの

- ・生活指導（相談援助等）
- ・機能訓練（日常動作訓練）
- ・介護サービス
- ・介護方法の指導
- ・健康状態の確認
- ・送迎
- ・給食サービス
- ・入浴サービス
- ・その他必要な日常生活上の世話・サービス等

4. 料金

利用料金の詳細については別紙利用料表参照とする。

5. サービスの利用方法（基本的な事項）

(1) サービスの利用開始

みどりの郷福楽園デイサービスセンターにご一報下さい。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

(3) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了します

- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ② 利用者の要介護認定区分が、非該当又は要支援から要介護、要介護から要支援と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

(4) その他

- ① 事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ② 利用者が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず7日以内に支払わない場合、利用者や家族が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若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などによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じた場合、7日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがあります。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6. 当事業所のサービス提供にあたって

(1) サービス提供情報、第三者評価の実施状況について

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	○	
時間延長実施の有無	×	
職員への研修の実施	○	採用時研修、現任研修 年4回
第三者評価の実施	○	2022年10月実施 一般社団法人 Riccolab.
その他	○	季節に合わせた行事の実施 制作活動等レクリエーション

(2) サービス利用にあたっての留意事項

① 送迎時間の連絡

送迎車は施設を8時20分に出発します。送迎は利用者宅と事業所間を原則としますが、運営上支障がなく、利用者の居住実態がある場所に限り当該場所への送迎をいたします。当事業所の送迎専用車両以外の車両で送迎することもあります。また、当事業所の送迎時間以外は、ご家族での対応をお願いします。尚、送迎時間の指定はできません。

② 体調不良等によるサービス中止・変更

利用者の都合でサービスを中止する場合は、ご利用前日の17時までにご連絡下さい。尚、サービスの利用中の体調不良による途中帰宅の場合には、家族送迎をお願いします。

③ 予定変更等

時間の変更がある場合には前日までをお願いします。また、事前にお休みの連絡を頂いた利用者が、再度変更してサービスの利用を希望する場合には、当日の8時30分までに連絡のあった方はサービスの利用が可能です。

④ 食事のキャンセル

当日サービス利用中止の場合、昼食は午前10時30分まで、おやつは午後1時30分までにその旨を相談員までご連絡下さい。連絡のない場合は食事代を請求させていただきます。

⑤ 設備・器具の使用

機能訓練等で必要なもの、準備するものがありましたら事前にご連絡下さい。また、車椅子等施設の備品は、緊急時や外出対応のもので、サービス提供時間内に利用者に貸与するものではありませんのでご了承下さい。

⑥ 食べ物の持ち込み

他の利用者への影響がありますので食べ物の持込はご遠慮下さい。また、衛生上の観点から持ち帰りについても禁止しています。

⑦ 衣類・持ち物等

間違いを避けるために、お名前をご記入下さい。また、金品及び高価なものにつきましても、施設内持ち込みはご遠慮下さい。利用者間のトラブルの防止に努めてまいります。

⑧ 感染症等

肺炎・インフルエンザ・コロナウイルス・疥癬等感染症の疑いのある場合は速やかにデイサービスセンターまでお知らせ下さい。

尚、デイサービスご利用の際は、感染症の有無を確認させて頂くこともありますのでご了承下さい。

7. 緊急時の対応について

サービス利用中に体調等の急変があった場合は、速やかに主治の医師へ連絡を行う等必要な処置を講ずるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡いたします。

8. 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合には、市区町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の発生状況や事故に際してとった処置について記録し、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。ただし、事業所の故意または過失に因らない場合は、この限りではありません。

9. 非常災害対策

- ・ 火災時の対応 避難誘導により敷地内の駐車場へ避難。
- ・ 防火設備 自動火災報知装置、スプリンクラー、防火シャッター、消火栓、消火器、避難器具等
- ・ 防災訓練 2回以上／年 施設内の他事業所と合同で実施。
- ・ 防火管理者 小澤 裕美
- ・ 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計画を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講ずるものとし、必要な研修及び訓練（年1回以上）を実施する。
- ・ 台風、水害、降雪などの天候状況によりサービス提供時間を変更することがあります。

10. 通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービス提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（但し看護職員・機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

1 1. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人權の擁護・虐待の防止等のために、以下に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待の防止委員会を定期的開催し結果を従業員に周知徹底します。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し虐待の予防のための研修を定期的実施します。
- ④ 従業者又は養護者（利用者の家族等、高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村若しくは地域包括支援センターに通報します。
- ⑤ 上記措置を実施するための責任者： 村上 玲子

1 2. 身体拘束について

事業所では、サービスの提供にあたり身体的拘束を行いません。ただし、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、身体拘束適正化指針を整備し、定期的に委員会や研修を開催します。

- ① 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限る
- ② 非代替性：身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限る
- ③ 一時性：利用者本人または他人の生命身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解除する

1 3. 個人情報の保護について

事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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ドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持

- ① 事業者及び事業所の使用する者（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及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。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ② 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及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。

- ③ 事業者は、利用者から予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、予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。
- ④ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、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洩を防止するものとします。

1 4．ハラスメントについて

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

1 5．サービス内容に関する苦情

(1) 当センターご利用者相談・苦情担当

相談窓口 生活相談員 石川 しのぶ
電 話 : 0 3 - 5 6 5 9 - 4 1 2 2

(2) 事業所以外の相談・苦情窓口

江戸川区 福祉部介護保険課 事業者調整係

電話 : 03-5662-0032

東京都国民健康保険団体連合会

電話 : 03-6238-0177

16. 事業者の概要

- ・法人種別・名称 社会福祉法人 江戸川豊生会
- ・代表者職・氏名 理事長 柳内 光子
- ・法人所在地 東京都江戸川区臨海町1丁目4番の4
- ・電話番号 03-3804-0702

- ・定款の目的に定めた事業

(1) 第一種社会福祉事業

- (イ) 特別養護老人ホームの経営
- (ロ) 養護老人ホームの経営

(2) 第二種社会福祉事業

- (イ) 老人デイサービス事業の経営
- (ロ) 老人デイサービスセンター経営
- (ハ) 老人短期入所事業の経営
- (ニ) 老人介護支援センターの経営
- (ホ) 認知症対応型老人共同生活援助事業の経営
- (ヘ) 老人居宅介護等事業の経営
- (ト) 保育所の経営
- (チ) 一時預かり事業
- (リ) 地域子育て支援拠点事業
- (ヌ) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業の経営

(3) 公益事業を目的とする事業

- (イ) 居宅介護支援事業
- (ロ) 地域包括支援センターの経営
- (ハ) 東京都補助金事業みまもり相談室
- (ニ) 東京都認証保育所事業
- (ホ) 浦安市認証保育所事業

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者

事業者所在地 東京都江戸川区臨海町1丁目4番の4
名 称 社会福祉法人 江戸川豊生会
理 事 長 柳内 光子

説明者 所属 みどりの郷福楽園デイサービスセンター

氏名

私は、契約書及び本書面により、みどりの郷福楽園デイサービスセンターから通所介護についての重要事項の説明を受け同意しました。

※記名（印字、ゴム印又は代筆）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代筆者 氏名 _____ 続柄 _____

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____

※本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名し、それをもって契約開始となる。

重 要 事 項 説 明 書 別 紙

◆相談・要望・苦情等の窓口

- (1) みどりの郷福楽園デイサービスセンター：石川 しのだ (生活相談員)
連絡先：03-5659-4122
- (2) 事業所以外の市町村等の相談・苦情窓口
江戸川区役所介護保険課事業者調整係：03-5662-0032
東京都国民健康保険団体連合会：03-6238-0177

◆通所介護の提供場所・内容

事業所の住所 江戸川区臨海町1-4-4
営業時間 午前 8時30分 ～ 午後 5時30分
サービス提供時間 午前 9時00分 ～ 午後 5時00分
ご利用場所 みどりの郷福楽園デイサービスセンター
ご利用可能設備等 食堂兼機能訓練室：162.77㎡
浴室：特殊浴槽・普通浴槽
専用送迎車あり

サービスの内容

通所介護計画、介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画に沿って、送迎・食事の提供・入浴介助・機能訓練その他必要な介護等を行います。

利用料金

(1) 通所介護利用料（基本料金）

介護予防・日常生活総合事業サービス

	1月あたりの 利用料金	1月あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
事業対象者 要支援1	19,598 円	1,960 円	3,920 円	5,880 円
事業対象者 要支援2	39,468 円	3,947 円	7,894 円	11,841 円

通常規模型通所介護（6 時間以上～7 時間未満）

	1 日あたりの 利用料金	1 日あたりの自己負担額		
		負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割
要介護 1	6,365 円	637 円	1,273 円	1,910 円
要介護 2	7,510 円	751 円	1,502 円	2,253 円
要介護 3	8,676 円	868 円	1,736 円	2,603 円
要介護 4	9,820 円	982 円	1,964 円	2,946 円
要介護 5	10,987 円	1,099 円	2,198 円	3,297 円

通常規模型通所介護（5 時間以上～6 時間未満）

	1 日あたりの 利用料金	1 日あたりの自己負担額		
		負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割
要介護 1	6,213 円	622 円	1,243 円	1,864 円
要介護 2	7,335 円	734 円	1,467 円	2,201 円
要介護 3	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 4	9,592 円	960 円	1,919 円	2,878 円
要介護 5	10,725 円	1,073 円	2,145 円	3,218 円

通常規模型通所介護（7 時間以上～8 時間未満）

	1 日あたりの 利用料金	1 日あたりの自己負担額		
		負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割
要介護 1	7,172 円	718 円	1,435 円	2,152 円
要介護 2	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 3	9,810 円	981 円	1,962 円	2,943 円
要介護 4	11,150 円	1,115 円	2,230 円	3,345 円
要介護 5	12,513 円	1,252 円	2,503 円	3,754 円

(2) 各種加算

◆介護予防・日常生活支援総合事業サービス

① 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、当該情報を提供している場合。

(6 月に 1 回を限度とする)

	1 回あたり	2 1 8 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		2 2 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		4 4 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		6 6 円

② 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の確認を行ない、当該情報を介護支援専門員に提供している場合。(6 月に 1 回を限度とする)

	1 回あたり	5 4 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		6 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		1 1 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		1 7 円

③ 科学的介護推進体制加算

厚生労働省へ利用者情報等を提出し、フィードバックを受けている場合。

	1 月あたり	4 3 6 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		4 4 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		8 8 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		1 3 1 円

④ サービス提供体制強化加算 (I)

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 7 0 % 以上。

介護職員の総数のうち勤続 1 0 年以上の介護福祉士の割合が 2 5 % 以上。

※以上のいずれかに該当

事業対象者・要支援 1	1 月あたり	9 6 9 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		9 6 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		1 9 2 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		2 8 8 円

事業対象者・要支援 2	1 月あたり	1, 9 1 8 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		1 9 2 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		3 8 4 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		5 7 6 円

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 5 0 % 以上。

事業対象者・要支援 1	1 月あたり	7 8 4 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		7 9 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		1 5 7 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		2 6 3 円

事業対象者・要支援 2	1 月あたり	1, 5 6 9 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		1 5 7 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		3 1 4 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		4 7 1 円

⑤ 介護職員等処遇改善加算

加算Ⅰ 1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 9.2 % を乗じた料金。
Ⅱに加え、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

加算Ⅱ 1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 9.0 % を乗じた料金。
Ⅲに加え、改善後の賃金年額 4 4 0 万円以上が 1 人以上
職場環境の更なる改善、見える化

加算Ⅲ 1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 8.0 % を乗じた料金。
Ⅳに加え、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備

加算Ⅳ 1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 6.4 % を乗じた料金。
職場環境の改善、賃金体系の整備及び研修の実施等

◆通所介護

① 入浴介助加算（Ⅰ）

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、入浴介助に関わる職員に対し入浴介助に関する研修を行い入浴介助した場合。

	<u>1日あたり</u>	<u>436円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>44円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>88円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>131円</u>

② 入浴介助加算（Ⅱ）

専門職等が居宅を訪問し評価した者との連携の下で、利用者の身体状況や居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成。個浴その他居宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合。

	<u>1日あたり</u>	<u>599円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>60円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>120円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>180円</u>

③ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）

訪問リハビリテーション事業所等の PT、ST、OT が自宅訪問時同行するなどして共同でアセスメントを行ない、個別機能訓練計画書を作成、実施した場合。
（3月に1回を限度とする）

	<u>1月あたり</u>	<u>1,090円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>109円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>218円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>327円</u>

④ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）

訪問リハビリテーション事業所等の PT、ST、OT や医師からの助言を受けたうえで個別機能訓練計画書を作成、実施した場合。

	<u>1月あたり</u>	<u>2,180円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>218円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>436円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>654円</u>

⑤ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ

専従の機能訓練指導員が居宅を訪問し、生活状況を把握したうえ、他職種共同で個別機能訓練計画書を作成、実施した場合。

	<u>1日あたり</u>	<u>610円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>61円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>122円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>183円</u>

⑥ 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ

個別機能訓練加算（Ⅰ）イに加えて更に機能訓練指導員を配置している場合。

	<u>1日あたり</u>	<u>828円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>83円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>166円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>249円</u>

⑦ 個別機能訓練加算（Ⅱ）

個別機能訓練加算（Ⅰ）に加えて個別機能訓練計画の内容等を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けている場合。

	<u>1月あたり</u>	<u>218円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>22円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>44円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>66円</u>

⑧ 中重度者ケア体制加算

全利用者の要介護状態区分の中重度割合が該当し、介護職、看護職を配置基準に加えて2以上配置している場合。

	<u>1月あたり</u>	<u>490円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>49円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>98円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>147円</u>

⑨ ADL維持等加算（Ⅰ）

利用者全員に Barthel Index で適切に評価を行ない、厚生労働省に提出している場合。ADL 利得値が 1 以上である事。

	1 月あたり	3 2 7 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		3 3 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		6 6 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		9 9 円

⑩ ADL 維持等加算（Ⅱ）

ADL 維持等加算（Ⅰ）の要件に加え、ADL 利得値が 3 以上である場合。

	1 月あたり	6 5 4 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		6 6 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		1 3 1 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		1 9 7 円

⑪ 認知症加算

認知症生活自立度がⅢ、Ⅳ、Ⅴの割合が利用者総数の 15% 以上の場合。
認知症介護に関わる専門的又は実践的な研修を終了した者を 1 名以上配置。
認知症ケアに関する事例検討や技術的指導に係る会議を定期的に開催。

	1 月あたり	6 5 4 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		6 6 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		1 3 1 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		1 9 7 円

⑫ 栄養アセスメント加算

管理栄養士を配置し、他職種共同でアセスメントを行ない、厚生労働省へデータを提出し、フィードバックを受けている場合。

	1 月あたり	5 4 5 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		5 5 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		1 0 9 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		1 6 4 円

⑬ 栄養改善加算

利用者ごとの栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスの提供にあたって、必要に応じて居宅を訪問した場合。月 2 回を上限とする。

	<u>1 回あたり</u>	<u>2, 1 8 0 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>2 1 8 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>4 3 6 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>6 5 4 円</u>

⑭ 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、当該情報を提供している場合。

（6 月に 1 回を限定とする）

	<u>1 回あたり</u>	<u>2 1 8 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>2 2 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>4 4 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>6 6 円</u>

⑮ 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の確認を行ない、当該情報を介護支援専門員に提供している場合。

（6 月に 1 回を限度とする）

	<u>1 回あたり</u>	<u>5 4 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>6 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>1 1 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>1 7 円</u>

⑯ 口腔機能向上加算（Ⅰ）

言語聴覚士、歯科衛生士、看護職により口腔清掃の指導、もしくは実施又は摂食、嚥下機能訓練を実施した場合、3 月の期間、月に 2 回を上限とする。

	<u>1 月あたり</u>	<u>1, 6 3 5 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>1 6 4 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>3 2 7 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>4 9 1 円</u>

⑰ 口腔機能向上加算（Ⅱ）

口腔機能向上加算（Ⅰ）に加え情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用している場合。

	<u>1月あたり</u>	<u>1, 7 4 4 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>1 7 5 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>3 4 9 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>5 2 4 円</u>

⑱ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 7 0 % 以上。

介護職員の総数のうち勤続 1 0 年以上の介護福祉士の割合が 2 5 % 以上。

※以上のいずれかに該当

	<u>1日あたり</u>	<u>2 3 9 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>2 4 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>4 8 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>7 2 円</u>

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 5 0 % 以上。

	<u>1日あたり</u>	<u>1 9 6 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>2 0 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>4 0 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>5 9 円</u>

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 4 0 % 以上。

介護職員の総数のうち勤続 7 年以上の介護職員が 3 0 % 以上。

※以上のいずれかに該当

	<u>1日あたり</u>	<u>6 5 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>7 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>1 3 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>2 0 円</u>

⑭ 科学的介護推進体制加算

厚生労働省へ利用者情報等を提出し、フィードバックを受けている場合。

	<u>1月あたり</u>	<u>436円</u>
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		<u>44円</u>
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		<u>88円</u>
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		<u>131円</u>

⑮ 介護職員等処遇改善加算

加算Ⅰ 1ヶ月の基本・各種加算の合計に9.2%を乗じた料金。
Ⅱに加え、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

加算Ⅱ 1ヶ月の基本・各種加算の合計に9.0%を乗じた料金。
Ⅲに加え、改善後の賃金年額440万円以上が1人以上
職場環境の更なる改善、見える化

加算Ⅲ 1ヶ月の基本・各種加算の合計に8.0%を乗じた料金。
Ⅳに加え、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備

加算Ⅳ 1ヶ月の基本・各種加算の合計に6.4%を乗じた料金。
職場環境の改善、賃金体系の整備及び研修の実施等

⑯ 業務継続計画未実施減算

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合に、
基本報酬の1%減算
(感染症の予防及び蔓延防止のための指針の整備及び、非常災害に関する
具体的計画の策定を行っている場合には、令和7年3月31日まで適用しない)

⑰ 高齢者防止措置未実施減算

虐待の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合に、
基本報酬の1%減算

(3) その他の費用

① 食事代（全額自己負担）

昼食	770円
おやつ	80円

② リハビリパンツ（1枚100円）、パット（1枚50円）、レクリエーション費（1日100円程度）等保険適用外のものは自己負担となります。

(4) 償還払いの対応について

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は一旦利用料金の全額を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、保険者である市町村の窓口に出すと、差額の払い戻しを受けることができます。

(5) 料金の支払方法

利用料金は、金融機関からの口座振替をお願いしております。サービス利用月の翌月10日以降に請求明細書を発行し、27日に引き落としさせていただきます。（該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日）口座振替での支払いが困難な場合は、現金でのお支払いも考慮します。その場合、サービス利用月の翌月末までにお支払いいただきますようお願いいたします。

◆キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

1) ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合	・・・	無 料
2) ご利用日当日の午前8時までにご連絡いただいた場合	・・・	利用料の 50%
3) ご利用日当日の午前8時までにご連絡がなかった場合	・・・	利用料の 100%

※ご利用日が月曜日または休日前の場合はご注意ください。

※同月内であれば、ご希望日に振り替えることができます。その場合、上記キャンセル料はかかりません。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

◆健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気、著しい体調不良の場合は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、看護師が利用を困難と判断した場合は、早退等サービスの変更または中止することがあります。その際送迎はご家族でお願い致します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかにかかりつけの医師に連絡を取る等必要な措置を講じま

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号	
職場	
携帯電話	
続柄	
緊急連絡先② ※上記の方以外で、日中連絡の取れる方をご記入下さい。	
氏名	
住所	
電話番号	
職場	
携帯電話	
続柄	
主治医	
病院または 診療所	
医師名	
住所	
電話番号	