

通 所 介 護

江戸川区日常生活支援総合事業

葛飾区日常生活支援総合事業

デ イ サ ー ビ ス ア ゼ リ ー ア ネ ッ ク ス

重要事項説明書

社会福祉法人 江寿会

1. お問い合わせ先

アゼリーアネックス デイサービス
 連絡先：03（5607）6550

2. 通所介護の内容

ご利用日	利用者・事業者・介護支援専門員などが協議の上で決定します
ご利用時間	同上
ご利用コース	通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業の内から利用者、事業者、介護支援相談員などが協議の上決定します
ご利用場所	東京都江戸川区大杉2丁目10番地16号
ご利用可能設備等	食堂兼機能訓練室（164.03㎡） 相談室 静養室 浴室（普通浴槽・特殊浴槽） 送迎車（福祉車両4台）
サービス内容	通所介護計画に沿って送迎・食事の提供・入浴介助・機能訓練その他必要な介護等を行ないます

3. 料金

料金に関しては、介護保険負担割合書をもとに料金を算定しております。

① 通所介護（7時間以上8時間未満）

要介護度	1日あたりの 利用料金	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護度1	7,172円	718円	1,435円	2,152円
要介護度2	8,469円	847円	1,694円	2,540円
要介護度3	9,810円	981円	1,962円	2,943円
要介護度4	11,150円	1,115円	2,230円	3,345円
要介護度5	12,513円	1,252円	2,503円	3,754円

② 通所介護（6時間以上7時間未満）

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

③ 通所介護（5時間以上6時間未満）

要介護度	1日あたりの 利用料金	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護度1	6,213円	622円	1,243円	1,864円
要介護度2	7,335円	734円	1,467円	2,201円
要介護度3	8,469円	847円	1,964円	2,541円
要介護度4	9,592円	960円	1,919円	2,878円
要介護度5	10,725円	1,073円	2,145円	3,218円

④ 通所介護（4時間以上5時間未満）

要介護度	1日あたりの 利用料金	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護度1	4,229円	423円	846円	1,269円
要介護度2	4,839円	484円	968円	1,452円
要介護度3	5,471円	548円	1,095円	1,642円
要介護度4	6,104円	611円	1,221円	1,832円
要介護度5	6,725円	673円	1,345円	2,018円

⑤ 通所介護（3時間以上4時間未満）

要介護度	1日あたりの 利用料金	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護度1	4,033円	404円	807円	1,210円
要介護度2	4,610円	461円	922円	1,383円
要介護度3	5,221円	523円	1,045円	1,567円
要介護度4	5,809円	581円	1,162円	1,743円
要介護度5	6,409円	641円	1,282円	1,923円

⑥ 通所介護（2時間以上3時間未満）

要介護度	1日あたりの 利用料金	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護度1	2,715円	272円	543円	815円
要介護度2	3,118円	312円	624円	936円
要介護度3	3,521円	353円	705円	1,057円
要介護度4	3,914円	392円	783円	1,175円
要介護度5	4,317円	432円	864円	1,296円

⑦ 加算

加算名	算定基準	1割負担額	2割負担額	3割負担額
入浴加算（Ⅰ）	1回につき	44円	88円	131円
入浴加算（Ⅱ）	1回につき	60円	120円	180円
個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	1回につき	61円	122円	183円
個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	1回につき	83円	166円	249円
個別機能訓練加算Ⅱ	1月につき	22円	44円	66円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1月につき	109円	218円	327円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1月につき	218円	436円	654円
中重度者ケア体制加算	1回につき	49円	98円	147円
認知症加算	1回につき	66円	131円	197円
栄養改善加算	1ヶ月に2回が限度	218円	436円	654円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1回につき	22円	44円	66円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1回につき	6円	11円	17円
ADL維持加算（Ⅰ）	1月につき	33円	66円	99円
ADL維持加算（Ⅱ）	1月につき	66円	131円	197円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1ヶ月に2回が限度	164円	327円	491円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1ヶ月に2回が限度	175円	349円	524円
科学的介護推進体制加算	1月につき	44円	88円	131円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回につき	24円	48円	72円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1回につき	20円	40円	59円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1回につき	7円	13円	20円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	1月につき (令和6年6月から)	別途合計金額に8.0%相当の左記加算が加わる		

※送迎減算について

ご家族が施設まで送迎され、施設が自宅に送迎を行わなかった場合においては片道につき 51 円の減算（2割負担：102 円、3割負担：153 円）となり、利用料よりお引きいたします（職員が徒歩で送迎を行った場合等、減額は適用されません）

⑧ 江戸川区通所型サービス

江戸川区日常生活支援総合事業

要介護度	1月あたりの 利用料金	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	17,980 円	1,798 円	3,596 円	5,394 円
要支援2	36,210 円	3,621 円	7,242 円	10,863 円

要介護度	1回あたりの 利用料金	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	4,360 円	436 円	872 円	1,308 円
要支援2	4,470 円	447 円	894 円	1,341 円

※送迎の有無により、金額は異なります

⑨ 加算

加算名	1割負担 (1ヶ月あたり)	2割負担 (1ヶ月あたり)	3割負担 (1ヶ月あたり)
口腔機能向上加算（Ⅰ）	164 円	327 円	491 円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	175 円	349 円	654 円
栄養改善加算	218 円	436 円	654 円
科学的介護推進体制加算	44 円	88 円	131 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ（要支援1）	27 円	53 円	79 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ（要支援2）	53 円	105 円	157 円
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1ヶ月あたり加算ごとに別途合計金額に8%相当の左記加算が加わる		
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月あたり加算ごとに別途合計金額に9%相当の左記加算が加わる		

⑩ 葛飾区日常生活支援総合事業

通所型サービス費区分	1割負担額 (1回あたり)	2割負担額 (1回あたり)	3割負担額 (1回あたり)
通所型サービスⅠ（5時間以上）	418 円	837 円	1,255 円
通所型サービスⅡ（3時間以上5時間未満）	334 円	669 円	1,003 円
通所型サービスⅢ（2時間以上3時間未満）	293 円	586 円	879 円

⑪ 加算（葛飾区独自）

加算名	1割負担 (1ヶ月あたり)	2割負担 (1ヶ月あたり)	3割負担 (1ヶ月あたり)
運動器機能向上加算	246 円	491 円	736 円
口腔機能向上加算Ⅰ	163 円	327 円	490 円
口腔機能向上加算Ⅱ	174 円	348 円	523 円
栄養改善加算	218 円	436 円	654 円
科学的介護推進体制加算	43 円	87 円	130 円
入浴加算（1回あたり）	55 円	109 円	164 円
介護職員等ベースアップ等 支援加算	1ヶ月あたり加算ごとに別途合計金額に1.1%相当の左記加算が加わる		
介護職員処遇改善加算Ⅰについて			
	1割負担（1ヶ月あたり）	2割負担（1ヶ月あたり）	3割負担（1ヶ月あたり）
5時間以上	106 円	212 円	318 円
3時間以上5時間未満	85 円	170 円	255 円
2時間以上3時間未満	75 円	149 円	223 円

⑫ その他（下記の費用は全額自己負担となります）

食事代（おやつ代含む） 通所1回ごと800円

4. キャンセル規定

利用者のご都合でサービスを中止する場合、通常ご利用料金の自己負担額分（各加算サービスは除きます）のキャンセル料を申し受けることがありますので、ご了承ください。

※ご利用日の当日の午前8時までにご連絡頂いた場合、キャンセル料は無料です。

体調の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合も、キャンセル料は不要です。

【契約書第6条を参照】

5. 健康上の理由による中止

①病気や体調不良等の際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、体調が悪い場合、サービスを変更または中止することがあります。
その場合はご家族に連絡の上、適切に対応します。

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、ご家族や介護支援専門員などに連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医などに連絡を取るなど必要な措置を講じます。【契約書第6条を参照】

6. 感染症対策

①当事業所は、事業所内で発症が予測される感染症に対し、すべての職員が同じ手順で対策が行わ

れるように感染症対策マニュアルを作成しています。

②ご利用者様の使用する施設、食器その他の整備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

③食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

④当事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ・当事業所における感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね2月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底します。
- ・当事業所における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針整備をしています。
- ・職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練（シュミレーション）を定期的実施します。

7. 事業継続計画の策定等について

①感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対する介護保険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）策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

②職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

8. 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、好意的程度の要求等、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になります。

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案を検討します。

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、相談、環境改善に対するに必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

9. 虐待防止について事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待防止等のため、指針を整備し

責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

① 事業者はご利用者様が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

② 当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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、これを市町村に通報します。

- ③ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ④ 事業者は虐待防止責任者を定めます

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
-------------------	----	-------	----

10. 緊急連絡先（必ず連絡の取れる方の住所・電話番号又は携帯電話の番号をご記入下さい）

なおご家族様メールアドレスにつきましては送迎時間やそのほか、急を要さないご連絡の際ご使用させていただきます

氏名	
住所	〒
電話番号	()
携帯電話	()
メールアドレス	@
続柄	

11. 主治医

病院名	
診療所名	
医師名	
住所	〒
電話番号	()

12. 相談、要望、苦情などの窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情などはサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい

☆サービス相談窓口☆

担当部署：アゼリーアネックス デイサービス 担当：_____

電話番号：03（5607）6550

受付時間：月～土曜日 8：30～17：30

江戸川区介護保険課事業者調整係

電話番号：03（5662）0032 受付時間：8：30～17：15

東京都国民健康保険連合会 介護保険部 相談係

電話番号：03（6238）0177 受付時間：9：00～17：00

※葛飾日常生活支援総合事業に関して※

葛飾区役所 介護保険課 管理係

電話番号：03（5654）8246 受付時間：9：00～17：00

上記の重要事項を確認の上で本書2通を作成し、ご利用者と事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

重要事項確認日 令和 年 月 日

確認者氏名

【事業者】

<事業者名> 社会福祉法人 江寿会 アゼリーアネックス通所介護

<住所> 東京都江戸川区大杉2-10-16

<代表者名> 施設長 福原 聡一郎 印

【利用者】

<氏名> _____ 印

【保証人】

<氏名> _____ 印