

通常規模型 通所介護事業所

デ イ ホ ー ム 南 池 袋

重要事項説明書 ご利用料金別表 1

社会福祉法人 敬心福祉会 池袋敬心苑

デイホーム南池袋 重要事項説明書 ご利用料金別表 1

1. 基本料金（介護保険給付対象サービス 1 回あたりのご利用料金）

(1) 通所介護費【3 時間以上 4 時間未満】

地域加算 10.90

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1 日あたりの自己負担額		
			1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
要介護 1	370 単位	4,033 円	404 円	807 円	1,210 円
要介護 2	423 単位	4,610 円	461 円	922 円	1,383 円
要介護 3	479 単位	5,221 円	523 円	1,045 円	1,567 円
要介護 4	533 単位	5,809 円	581 円	1,162 円	1,743 円
要介護 5	588 単位	6,409 円	641 円	1,282 円	1,923 円

(2) 通所介護費【4 時間以上 5 時間未満】

地域加算 10.90

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1 日あたりの自己負担額		
			1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
要介護 1	388 単位	4,229 円	423 円	846 円	1,269 円
要介護 2	444 単位	4,839 円	484 円	968 円	1,452 円
要介護 3	502 単位	5,471 円	548 円	1,095 円	1,642 円
要介護 4	560 単位	6,104 円	611 円	1,221 円	1,832 円
要介護 5	617 単位	6,725 円	673 円	1,345 円	2,018 円

(3) 通所介護費【5 時間以上 6 時間未満】

地域加算 10.90

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1 日あたりの自己負担額		
			1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
要介護 1	570 単位	6,213 円	622 円	1,243 円	1,864 円
要介護 2	673 単位	7,335 円	734 円	1,467 円	2,201 円
要介護 3	777 単位	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 4	880 単位	9,592 円	960 円	1,919 円	2,878 円
要介護 5	984 単位	10,725 円	1,073 円	2,145 円	3,218 円

(4) 通所介護費【6 時間以上 7 時間未満】

地域加算 10.90

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1 日あたりの自己負担額		
			1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
要介護 1	584 単位	6,365 円	637 円	1,273 円	1,910 円
要介護 2	689 単位	7,510 円	751 円	1,502 円	2,253 円
要介護 3	796 単位	8,676 円	868 円	1,736 円	2,603 円
要介護 4	901 単位	9,820 円	982 円	1,964 円	2,946 円
要介護 5	1,008 単位	10,987 円	1,099 円	2,198 円	3,297 円

(5) 通所介護費【7 時間以上 8 時間未満】

地域加算 10.90

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1 日あたりの自己負担額		
			1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
要介護 1	658 単位	7,172 円	718 円	1,435 円	2,152 円
要介護 2	777 単位	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護 3	900 単位	9,810 円	981 円	1,962 円	2,943 円
要介護 4	1,023 単位	11,150 円	1,115 円	2,230 円	3,345 円
要介護 5	1,148 単位	12,513 円	1,252 円	2,503 円	3,754 円

(6) 通所介護費【8 時間以上 9 時間未満】

地域加算 10.90

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1 日あたりの自己負担額		
			1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
要介護 1	669 単位	7,292 円	730 円	1,459 円	2,188 円
要介護 2	791 単位	8,621 円	863 円	1,725 円	2,587 円
要介護 3	915 単位	9,973 円	998 円	1,995 円	2,992 円
要介護 4	1,041 単位	11,346 円	1,135 円	2,270 円	3,404 円
要介護 5	1,168 単位	12,731 円	1,274 円	2,547 円	3,820 円

2. 加算（「1. 基本料金」に上乗せされるサービスご利用料金）

地域加算 10.90

加算項目	算定回数	単位/日	介護報酬額	1日あたりの自己負担額		
				1割負担額	2割負担額	3割負担額
延長加算（9時間を超えた場合）	1時間	50 単位	545 円	55 円	109 円	164 円
入浴介助加算Ⅰ	1/日	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円
入浴介助加算Ⅱ	1/日	55 単位	599 円	60 円	120 円	180 円
中重度者ケア体制加算	1/日	45 単位	490 円	49 円	98 円	147 円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1/3月	100 単位	1,090 円	109 円	218 円	327 円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1/月	200 単位	2,180 円	218 円	436 円	654 円
個別機能訓練加算算定時	1/月	100 単位	1,090 円	109 円	218 円	327 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	1/日	56 単位	610 円	61 円	122 円	183 円
個別機能訓練加算Ⅰロ	1/日	76 単位	828 円	83 円	166 円	249 円
個別機能訓練加算Ⅱ	1/月	20 単位	218 円	22 円	44 円	66 円
AＤＬ維持等加算Ⅰ	1/月	30 単位	327 円	33 円	66 円	99 円
AＤＬ維持等加算Ⅱ	1/月	60 単位	654 円	66 円	131 円	197 円
認知症加算	1/日	60 単位	654 円	66 円	131 円	197 円
若年性認知症利用者受入加算	1/日	60 単位	654 円	66 円	131 円	197 円
栄養アセスメント加算	1/月	50 単位	545 円	55 円	109 円	164 円
栄養改善加算	2/月	200 単位	2,180 円	218 円	436 円	654 円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	1/6月	20 単位	218 円	22 円	44 円	66 円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	1/6月	5 単位	54 円	6 円	11 円	17 円
口腔機能向上加算Ⅰ	2/月	150 単位	1,635 円	164 円	327 円	491 円
口腔機能向上加算Ⅱ	2/月	160 単位	1,744 円	175 円	349 円	524 円
科学的介護推進体制加算	1/月	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円
送迎減算	片道	-47 単位	-512 円	-52 円	-103 円	-154 円
事業所と同一建物の場合の減算※	1/日	-94 単位	-1,024 円	-103 円	-205 円	-308 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ※	1/日	22 単位	239 円	24 円	48 円	72 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ※	1/日	18 単位	196 円	20 円	40 円	59 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ※	1/日	6 単位	65 円	7 円	13 円	20 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ※	1/月	所定単位数の「12.0%」				
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ※	1/月	所定単位数の「11.8%」				
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ※	1/月	所定単位数の「11.1%」				
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ※	1/月	所定単位数の「10.9%」				

- 「※」の加算については支給限度額管理の対象外となります。
- ※ 一定の所得以上の方は2・3割負担の場合があります。
 - ※ 2時間以上3時間未満のご利用の場合は、4時間以上5時間未満の単位数の70/100に相当する単位数を算定致します。
 - ※ 介護保険制度改正等に伴い、単位数が変更となることがあります。この場合、変更された単位に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。
 - ※ 端数処理の関係上、実際のお支払い金額は若干異なることもあります。
 - ※ 「事業所と同一建物の場合の減算」は、「事業所と同一建物に居住する利用者へ介護サービスを提供する場合の減算」を示します。

3. 其他のご利用料金（全額自己負担となります）

① 食費・消耗品費等

サービス項目	料金/単位	備 考
昼食食材費	930 円/回	昼食のみ、またはおやつのみのご用意も可能です。
おやつ代	100 円/回	
行事食（選択制） （希望されない場合は通常メニュー）	200 円/回	行事食
	100 円/回	お誕生日会のおやつ（ケーキ）
おむつ代（尿取りパット）	50 円/枚	
おむつ代（紙おむつ）	100 円/枚	
おむつ代（リハビリパンツ）	100 円/枚	
ホットパック	50 円/回	1 回 10 分
文書コピー代（A4）	10 円/枚	記録書類等の交付に関するコピー代
連絡袋	100 円/枚	紛失等で再度ご用意する場合

② レクリエーションに係る費用

サービス項目	料金/単位	備 考
書道	50 円/回	すべてのレクリエーションについて材料費、道具費のみ申し受けま す
ぬり絵・ドリル等のプリント（A4）	10 円/枚	
牛乳パック工作	300 円/作品	
足温浴	100 円/回	
生け花	1,000 円/回	
園芸（育てた草花の鉢を持ち帰る場合）	200 円/鉢	種子草花 5 号鉢まで
	400 円/鉢	種子草花 6 号鉢以上のサイズのもの
	300 円/鉢	苗・球根 5 号鉢まで
	500 円/鉢	苗・球根 6 号鉢以上のサイズのもの

私は本書面により、デイホーム南池袋で提供される通常規模型通所介護に関するご利用料金について、「重要事項説明書 ご利用料金別表 1」を用いて説明をしました。

説明日 令和 年 月 日

説明者

事業者名 社会福祉法人 敬心福祉会 デイホーム南池袋
事業者番号 指定番号（東京都 1371602432 号）
住 所 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 3 丁目 7 番地 8 号

代表者氏名 施 設 長 齋 藤 隆 弘 ⑩

説明者氏名 生活相談員 嶋 田 恭 恵 ⑩

私は上記説明日に於いて、説明者から説明を受けました。

ご利用者

住 所
氏 名 ⑩

(代筆 :)

ご家族 (または代理人)

住 所
氏 名 ⑩

(続柄 :)

