

指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護

デ イ ホ ー ム 南 池 袋

重要事項説明書 ご利用料金別表 2

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 2

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 11.10

	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	491 単位	5,450 円	545 円	1,090 円	1,635 円
要介護 2	541 単位	6,005 円	601 円	1,201 円	1,802 円
要介護 3	589 単位	6,537 円	654 円	1,308 円	1,962 円
要介護 4	639 単位	7,092 円	710 円	1,419 円	2,128 円
要介護 5	688 単位	7,636 円	764 円	1,528 円	2,291 円

(2) 通所介護費【4 時間以上 5 時間未満】

地域加算 11.10

	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	515 単位	5,716 円	572 円	1,144 円	1,715 円
要介護 2	566 単位	6,282 円	629 円	1,257 円	1,885 円
要介護 3	618 単位	6,859 円	686 円	1,372 円	2,058 円
要介護 4	669 単位	7,425 円	743 円	1,485 円	2,228 円
要介護 5	720 単位	7,992 円	800 円	1,599 円	2,398 円

(3) 通所介護費【5 時間以上 6 時間未満】

地域加算 11.10

	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	771 単位	8,558 円	856 円	1,712 円	2,568 円
要介護 2	854 単位	9,479 円	948 円	1,896 円	2,844 円
要介護 3	936 単位	10,389 円	1,039 円	2,078 円	3,117 円
要介護 4	1,016 単位	11,277 円	1,128 円	2,256 円	3,384 円
要介護 5	1,099 単位	12,198 円	1,220 円	2,440 円	3,660 円

(4) 通所介護費【6 時間以上 7 時間未満】

地域加算 11.10

	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	790 単位	8,769 円	877 円	1,754 円	2,631 円
要介護 2	876 単位	9,723 円	973 円	1,945 円	2,917 円
要介護 3	960 単位	10,656 円	1,066 円	2,132 円	3,197 円
要介護 4	1,042 単位	11,566 円	1,157 円	2,314 円	3,470 円
要介護 5	1,127 単位	12,509 円	1,251 円	2,502 円	3,753 円

(5) 通所介護費【7 時間以上 8 時間未満】

地域加算 11.10

	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	894 単位	9,923 円	993 円	1,985 円	2,977 円
要介護 2	989 単位	10,977 円	1,098 円	2,196 円	3,294 円
要介護 3	1,086 単位	12,054 円	1,206 円	2,411 円	3,617 円
要介護 4	1,183 単位	13,131 円	1,314 円	2,627 円	3,940 円
要介護 5	1,278 単位	14,185 円	1,419 円	2,837 円	4,256 円

(6) 通所介護費【8 時間以上 9 時間未満】

地域加算 11.10

	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	922 単位	10,234 円	1,024 円	2,047 円	3,071 円
要介護 2	1,020 単位	11,322 円	1,133 円	2,265 円	3,397 円
要介護 3	1,120 単位	12,432 円	1,244 円	2,487 円	3,730 円
要介護 4	1,221 単位	13,553 円	1,356 円	2,711 円	4,066 円
要介護 5	1,321 単位	14,663 円	1,467 円	2,933 円	4,399 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 11.10

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	555 円	56 円	111 円	167 円
入浴介助加算Ⅰ	1/日	40 単位	444 円	45 円	89 円	134 円
入浴介助加算Ⅱ	1/日	55 単位	610 円	61 円	122 円	183 円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1/3月	100 単位	1,110 円	111 円	222 円	333 円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1/月	200 単位	2,220 円	222 円	444 円	666 円
個別機能訓練加算算定時	1/月	100 単位	1,110 円	111 円	222 円	333 円
個別機能訓練加算Ⅰ	1/日	27 単位	299 円	30 円	60 円	90 円
個別機能訓練加算Ⅱ	1/日	20 単位	222 円	23 円	45 円	67 円
A D L維持等加算Ⅰ	1/月	30 単位	333 円	34 円	67 円	100 円
A D L維持等加算Ⅱ	1/月	60 単位	666 円	67 円	134 円	200 円
若年性認知症利用者受入加算	1/日	60 単位	666 円	67 円	134 円	200 円
栄養アセスメント加算	1/月	50 単位	555 円	56 円	111 円	167 円
栄養改善加算	2/月	200 単位	2,220 円	222 円	444 円	666 円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	1/6月	20 単位	222 円	23 円	45 円	67 円
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	1/6月	5 単位	55 円	6 円	11 円	17 円
口腔機能向上加算Ⅰ	2/月	150 単位	1,665 円	167 円	333 円	500 円
口腔機能向上加算Ⅱ	2/月	160 単位	1,776 円	178 円	356 円	533 円
科学的介護推進体制加算	1/月	40 単位	444 円	45 円	89 円	134 円
送迎減算	片道	-47 単位	-521 円	-53 円	-105 円	-157 円
事業所と同一建物の場合の減算※	1/日	-94 単位	-1,043 円	-105 円	-209 円	-313 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ※	1/日	22 単位	244 円	25 円	49 円	74 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ※	1/日	18 単位	199 円	20 円	40 円	60 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ※	1/日	6 単位	66 円	7 円	14 円	20 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ※	1/月	所定単位数の「23.6%」				
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ※	1/月	所定単位数の「21.6%」				
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ※	1/月	所定単位数の「22.9%」				
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ※	1/月	所定単位数の「20.9%」				

「※」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63/100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認知症対応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 2」を用いて説明をしました。

令和 年 月 日

事業番号 指定番号 (東京都 1371602432 号)

代表者氏名 施 設 長 齋 藤 隆 弘

印

印

私は上記説明日に於いて、説明者から説明を受けました。

印

(代筆：_____)

(または代理人)

印

(続柄：)

