

豊島区介護予防・日常生活支援総合事業介護・介護予防通所事業

デ イ ホ ー ム 南 池 袋

重要事項説明書 ご利用料金別表 3

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 3

1. 基本料金（介護保険給付対象サービスのご利用料金）

地域加算

10.90

介護予防通所事業

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1 事業対象 1日あたり	436 単位	4,752 円	476 円	951 円	1,426 円
	利用上限				
	4 回/月				
要支援1 事業対象 1月あたり	1,798 単位	19,598 円	1,960 円	3,920 円	5,880 円
	3 回/月入浴利用 月額包括単位数				

	介護給付費 単位数	介護報酬額	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援2 事業対象 1日あたり	447 単位	4,872 円	488 円	975 円	1,462 円
	利用上限				
	8 回/月				
要支援2 事業対象 1月あたり	3,621 単位	39,468 円	3,947 円	7,894 円	11,841 円
	6 回/月入浴利用 月額包括単位数				

※要支援1の方は入浴サービスを3回/月、要支援2の方は入浴サービスを6回/月ご利用になると、月額報酬に切り替わります。入浴サービスをご利用しない場合や利用回数が規定数ない場合は、1日あたりで計算します。

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
生活機能向上グループ活動加算	1/月	100 単位	1,090 円	109 円	218 円	327 円
若年性認知症利用者受入加算	1/月	240 単位	2,616 円	262 円	524 円	785 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	1/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
一体型サービス提供加算Ⅰ	1/月	480 単位	5,232 円	524 円	1,047 円	1,570 円
送迎減算	片道	-47 単位	-512 円	-52 円	-103 円	-154 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ支1※	1/月	88 単位	959 円	96 円	192 円	288 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ支2※	1/月	176 単位	1,918 円	192 円	384 円	576 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ支1※	1/月	72 単位	784 円	79 円	157 円	236 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ支2※	1/月	144 単位	1,569 円	157 円	314 円	471 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ支1※	1/月	24 単位	261 円	27 円	53 円	79 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ支2※	1/月	48 単位	523 円	53 円	105 円	157 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
口腔機能向上加算Ⅰ	1/月	150 単位	1,635 円	164 円	327 円	491 円
口腔機能向上加算Ⅱ	1/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
同一建物の場合の減算支1※	1/月	-376 単位	-4,098 円	-410 円	-820 円	-1,230 円
同一建物の場合の減算支2※	1/月	-752 単位	-8,196 円	-820 円	-1,640 円	-2,459 円
同一建物の場合の減算 1日当たり	1/日	-94 単位	-1,024 円	-103 円	-205 円	-308 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Ⅰイ※	1/月	所定単位数の「11.1%」				
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。

※ 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日常生活支援総合事業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 3」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)

説明者氏名 生活相談員 嶋田 恭恵 (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。

(代筆：_____)

(または代理人)

(続柄：)

