

認知症対応型通所介護サービス 介護予防認知症対応型通所介護サービス

利用料金

(1) 基本料金

お支払いいただく料金は下記のとおりです。

認知症対応型通所介護費 (ii) (3時間以上4時間未満の利用料)

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの自己負担金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
要介護1	5, 450円	545円	1, 090円	1, 635円
要介護2	6, 005円	601円	1, 201円	1, 802円
要介護3	6, 537円	654円	1, 308円	1, 962円
要介護4	7, 092円	710円	1, 419円	2, 128円
要介護5	7, 636円	764円	1, 528円	2, 291円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

認知症対応型通所介護費 (ii) (4時間以上5時間未満の利用料)

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの自己負担金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
要介護1	5, 716円	572円	1, 144円	1, 715円
要介護2	6, 282円	629円	1, 257円	1, 885円
要介護3	6, 859円	686円	1, 372円	2, 058円
要介護4	7, 425円	743円	1, 485円	2, 228円
要介護5	7, 992円	800円	1, 599円	2, 398円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

認知症対応型通所介護費（ii）（5時間以上6時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの自己負担金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
要介護1	8,769円	877円	1,754円	2,631円
要介護2	9,723円	973円	1,945円	2,917円
要介護3	10,656円	1,066円	2,132円	3,197円
要介護4	11,566円	1,157円	2,314円	3,470円
要介護5	12,509円	1,251円	2,502円	3,753円

介護報酬単価の計算上、実際の金額と差が出る場合があります。

認知症対応型通所介護費（ii）（6時間以上7時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの自己負担金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
要介護1	8,769円	877円	1,754円	2,631円
要介護2	9,723円	973円	1,945円	2,917円
要介護3	10,656円	1,066円	2,132円	3,197円
要介護4	11,566円	1,157円	2,314円	3,470円
要介護5	12,509円	1,251円	2,502円	3,753円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

認知症対応型通所介護費（ii）（7時間以上8時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの自己負担金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
要介護1	9,923円	993円	1,985円	2,977円
要介護2	10,977円	1,098円	2,196円	3,294円
要介護3	12,054円	1,206円	2,411円	3,617円
要介護4	13,131円	1,314円	2,627円	3,940円
要介護5	14,185円	1,419円	2,837円	4,256円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

認知症対応型通所介護費（ii）（8時間以上9時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの自己負担金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
要介護1	10,234円	1,024円	2,047円	3,071円
要介護2	11,322円	1,133円	2,265円	3,397円
要介護3	12,432円	1,244円	2,487円	3,730円
要介護4	13,553円	1,356円	2,711円	4,066円
要介護5	14,663円	1,467円	2,933円	4,399円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

（2）加算料金

加 算 項 目	利 用 料 金 (介護報酬額)	介 護 保 険 適 用 時 自己負担金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
☒ 入浴介助加算Ⅰ	444円	45円	89円	134円
☐ 入浴介助加算Ⅱ	610円	61円	122円	183円
☐ 生活機能向上連携加算Ⅰ	1,110円	111円	222円	333円
☐ 生活機能向上連携加算Ⅱ	2,220円	222円	444円	666円
☐ 個別機能訓練加算Ⅰ	299円	30円	60円	90円
☐ 個別機能訓練加算Ⅱ	222円	23円	45円	67円
☐ 若年性認知症利用者受入加算	666円	67円	134円	200円
☐ ADL維持等加算Ⅰ	333円	34円	67円	100円
☐ ADL維持等加算Ⅱ	666円	67円	134円	200円
☐ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	222円	23円	45円	67円
☐ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	55円	6円	11円	17円
☐ 口腔機能向上加算Ⅰ※1	1,665円	167円	333円	500円
☐ 口腔機能向上加算Ⅱ※1	1,776円	178円	356円	533円
☐ 栄養アセスメント加算	555円	56円	111円	167円
☐ 栄養改善加算※1	2,220円	222円	444円	666円
☐ 科学的介護推進体制加算	444円	45円	89円	134円
☐ サービス提供体制強化加算Ⅰ	244円	25円	49円	74円
☒ サービス提供体制強化加算Ⅱ	199円	20円	40円	60円
☐ サービス提供体制強化加算Ⅲ	66円	7円	14円	20円
☒ 事業者が送迎を行わない場合の減算※2	△521円	△53円	△105円	△157円
☒ 介護職員等处遇改善加算Ⅰ※3	介護報酬総単位数×18.1%×11.10			
☐ 介護職員等处遇改善加算Ⅱ※3	介護報酬総単位数×17.4%×11.10			

※1：月2回を限度とします。

※2：送迎片道につき

※3：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

(3) 介護予防認知症対応型通所介護

①基本料金

介護予防認知症対応型（ii）（3時間以上4時間未満の利用料）

要介護度	一月あたりの利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	4,761円	477円	953円	1,429円
要支援2	5,283円	529円	1,057円	1,585円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

介護予防認知症対応型（ii）（4時間以上5時間未満の利用料）

要介護度	一月あたりの利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	4,983円	499円	997円	1,495円
要支援2	5,527円	553円	1,106円	1,659円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

介護予防認知症対応型（ii）（5時間以上6時間未満の利用料）

要介護度	一月あたりの利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	7,403円	741円	1,481円	2,221円
要支援2	8,247円	825円	1,650円	2,475円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

介護予防認知症対応型（ii）（6時間以上7時間未満の利用料）

要介護度	一月あたりの利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	7,592円	760円	1,519円	2,278円
要支援2	8,458円	846円	1,692円	2,538円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

介護予防認知症対応型（ii）（7時間以上8時間未満の利用料）

要介護度	一月あたりの利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	8,580円	858円	1,716円	2,574円
要支援2	9,590円	959円	1,918円	2,877円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

介護予防認知症対応型（ii）（8時間以上9時間未満の利用料）

要介護度	一月あたりの利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	8,857円	886円	1,772円	2,658円
要支援2	9,890円	989円	1,978円	2,967円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

②加算料金

加 算 項 目	利 用 料 金 (介護報酬額)	介 護 保 険 適 用 時 自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
☒ 入浴介助加算Ⅰ	444円	45円	89円	134円
☐ 入浴介助加算Ⅱ	610円	61円	122円	183円
☐ 生活機能向上連携加算Ⅰ	1,110円	111円	222円	333円
☐ 生活機能向上連携加算Ⅱ	2,220円	222円	444円	666円
☐ 個別機能訓練加算Ⅰ	299円	30円	60円	90円
☐ 個別機能訓練加算Ⅱ	222円	23円	45円	67円
☐ 若年性認知症利用者受入加算	666円	67円	134円	200円
☐ ADL維持等加算Ⅰ	333円	34円	67円	100円
☐ ADL維持等加算Ⅱ	666円	67円	134円	200円
☐ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	222円	23円	45円	67円
☐ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	55円	6円	11円	17円
☐ 口腔機能向上加算Ⅰ※1	1,665円	167円	333円	500円
☐ 口腔機能向上加算Ⅱ※1	1,776円	178円	356円	533円
☐ 栄養アセスメント加算	555円	56円	111円	167円
☐ 栄養改善加算※1	2,220円	222円	444円	666円
☐ 科学的介護推進体制加算	444円	45円	89円	134円
☐ サービス提供体制強化加算Ⅰ	244円	25円	49円	74円
☒ サービス提供体制強化加算Ⅱ	199円	20円	40円	60円
☐ サービス提供体制強化加算Ⅲ	66円	7円	14円	20円

☒ 事業者が送迎を行わない場合の減算※2	△521円	△53円	△105円	△157円
☒ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ※3	介護報酬総単位数×18.1%×11.10			
☐ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ※3	介護報酬総単位数×17.4%×11.10			

※1：月2回を限度とします。 ※2：片道につき。

※3：自己負担金は計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります

・自己負担料金

	自 己 負 担	備 考
食 事 代	1食につき 750円 (全額自己負担)	食事代 700円 おやつ代 50円
文 書 複 写 費	1枚につき 10円 (全額自己負担)	
証 明 書 ・ 文 書 作 成 料	1種類につき 200円 (全額自己負担)	消費税は別途
開 示 手 数 料	1件につき 500円	消費税は別途

・その他の自己負担金

介護用品	尿取りパット	1枚	実費	原則ご持参願います。
	リハビリパンツ	1枚	実費	原則ご持参願います。
	テープ式オムツ	1枚	実費	原則ご持参願います。
通所用品	行事費（外出費）		実費	飲食代、入場料等その他経費。車両関係費等。
	選択別活動材料費		実費	希望による工作等の費用

※介護保険の対象であっても、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。この場合は一旦1か月あたり上記該当金額をいただき、サービス提供証明書を発行致します。

このサービス提供証明書を後日足立区の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（5）キャンセル料金

①利用日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
②利用日の前日の午後5時以降にご連絡いただいた場合	400円

キャンセル料金は、利用日の『食材料費』を請求いたします。

ご連絡がいただけなかった場合についても、利用日前日の午後5時以降にご連絡いただいた場合と同様に請求いたします。

2024.6.1 デイサービスセンター扇

認知症対応型通所介護サービス（認知デイサービス）

介護予防認知症対応型通所介護サービス

総合事業

重要事項説明書

利用者に対する居宅サービス提供にあたり介護保険法に関する平成18年厚生労働省令第34号・第36号に基づいて、当事業所が説明すべき事項は、次のとおりです。

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地、職員体制

事業所番号	1372101517
事業所名	デイサービスセンター扇
管理者名	大橋 徳之
所在地	足立区扇一丁目52番23号
電話番号	03 - 3856 - 1144
定員	1日 12名

(2) 職員体制(基準配置人員)

職 種	基準配置人員	職 種	基準配置人員
センター長(管理者)	1	看護職員又は 介護職員	2
生活相談員	1	機能訓練指導員	

※当事業所は、部門全体を統括する責任者を配置しています。
部門統括施設長： 東 理江

2. サービスの内容

種 類	内 容
食 事	利用者の状況に合わせて、常食、刻み食、極刻み食等を提供します。 アレルギー等で同じ献立が召し上がれない時は事前にご連絡ください。 食事時間は事業所により異なりますが、おおよそ以下の時間帯で提供します。

	昼 食 12:00 ~ 13:00 おやつ 15:00 ~ 15:30
入 浴	利用者のご希望により入浴サービスの提供を行います。入浴は一般浴槽、機械浴槽を利用者の状態に合わせて実施いたします。安全な入浴に努めます。
機 能 訓 練	利用者の心身機能の維持、向上を図り日常生活の活性化につながることを目標に機能訓練を実施します。 利用者個々の身体状況を把握した実施計画に沿って訓練を実施します。
健 康 管 理	利用者の健康管理に努めます。体調不良時は看護職員等により適切な対応を致します。
趣 味 活 動	趣味活動をはじめ季節行事などを実施し精神的な、ゆとりと楽しみを持っていただけるように活動を提供します。
相 談 及 び 援 助	利用者、家族をはじめ地域の方々を対象として、在宅支援の観点から相談や援助に応じます。
送 迎	利用者の状況に応じた送迎に努めます。 運転職員は安全運転に心掛け、添乗職員は利用者の様子の変化に注意し送迎を行います。
サ ー ビ ス 提供対象加算	足立区。

3. サービスの利用方法

申 込 み	利用について、センターへ直接または電話でお問い合わせ下さい。ご希望をお伺いした上で担当のケアマネージャーへ連絡させていただきます。その後、利用にあたり詳細な説明をさせていただきます。 サービス内容に納得していただけたら契約書を取り交わした後、利用開始となります。
-------	---

4. 当サービスセンター利用の際の留意事項

項 目	内 容
送 迎	利用者の利用日毎の送迎時間表を作成し、お知らせします。 交通事情により、送迎の遅れなど到着時間の変更もありますので予めご承知ください。さらに諸事情により順路の変更に伴い乗降順番が前後する場合があります。

体調不良時 対 応	お迎えの際に体調についてお伺いします。体調不良の場合は利用をお断りすることがあります。 施設では看護職員などによるバイタルチェック（血圧・脈拍・体温など）を行います。体調不良の場合は緊急連絡先へ連絡をします。状況によっては家族の迎えをお願いしたり医療機関への搬送などを行います。
設備・機器 利 用	使用の前に必ず取扱いの説明を行い、安全な使用を確認します。器具によっては、職員の介助のもと使用します。
現金・貴重 品について	高額現金や貴重品は持参しないようにしてください。支払い等の現金については、職員へ相談してください。
宗教・政治 活動等に ついて	センター内での宗教活動や政治活動はしないでください。
その他	迷惑行為や危険行為さらには設備、備品等への破壊行為は行わないでください。また利用者の安全確保のために事業者および職員が行う指示に従ってください。

以上のような事項等が守られない場合、事業者として責任を負いかねる場合があります。

5. 身体的拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には以下のように致します。

（１）事業者が利用者に対し、身体拘束その他の方法により利用者の行動を制限する場合は、利用者または利用者保証人に対して事前または事後速やかに行動制限の根拠・内容・見込まれる期間について十分説明します。

（２）事業者が利用者に対し、身体拘束その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、介護サービス記録に次の事項を記載します。

①利用者に対する行動制限の根拠。

②見込まれる期間および実施された期間。

（３）やむを得ず、利用者の行動を制限する場合には、所定の覚書を締結します。の自由を制限するような身体拘束を行いません。

6. サービスの中止

利用契約書（第11条）

- ・天災などの事業者の責に帰すべからざる事由によりサービスの提供ができなくなった場合、事業者は利用者に対するサービス提供の義務を負いません。

7. 契約の終了

利用契約書（第14条）

- ・利用者は、契約の定めるところに従い事業者が提供するサービスを利用することができます。但し、次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ①利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。
 - ②利用者が介護保険施設に入所した場合。
 - ③利用者または利用者保証人等が本契約書および各条項に従わない場合。
 - ④利用者都合または正当な理由がないままに2か月間、本サービスが実施されなかった場合。
 - ⑤利用者が死亡した場合。

8. キャンセル料金

①利用日前日の午後5時30分までにご連絡いただいた場合	無 料
②利用日前日の午後5時30分以降にご連絡いただいた場合	400円

キャンセル料金は、利用日の『食材料費』を請求いたします。

ご連絡がいただけなかった場合についても、利用日前日の午後5時以降にご連絡いただいた場合と同様に請求いたします。

9. 事故発生時の対応

- （1）事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には利用者の家族等、区市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- （2）事業者は、前項の事故の状況および事故に際して採った措置を記録します。
- （3）事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生し、損害が生じた場合には、損害賠償を行います。
- （4）利用者又はその家族による故意又は過失による事故について事業者として責任を負いかねる場合があります。

10. サービス内容に関する相談、苦情

(1) 当事業所のサービスについて、不明な点や疑問、苦情がございましたら当法人各事業所の相談窓口まで相談下さい。

(窓口開館時間 午前9時から午後5時まで)

事業所名	デイサービスセンター扇
電話番号	03-3856-1144
ファックス	03-3856-1711
E-mail	oogi@seifuukai.or.jp

相談・苦情窓口 担当 生活相談員

(2) その他当施設以外に区市町村の相談・苦情窓口でも受け付けています。

足立区介護保険課事業者指導係	03-3880-5111 (代) 〒120-8510 足立区中央本町1-17-1
基幹地域包括支援センター西部	03-6807-2460 〒123-0872 足立区江北5-14-5 すこやかプラザ あだち
東京都国民健康保険団体連合会	03-6238-0177 〒102-0072 千代田区飯田橋 3-5-1
東京都介護保険制度相談窓口福祉保健局	03-5813-3551
高齢社会対策部 介護保険課	新宿区西新宿2-8-1 都庁舎

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	令和4年 12月 10日
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人 日本ライフサポーター協会
評価結果の開示状況 (いずれか一つ以上の開示です)	法人ホームページ・館内掲示・ファイル提示

年 月 日

居宅サービスを提供するにあたり、利用者に対して本書面および契約書に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉 (住 所) 東京都足立区花畑四丁目39番10号
(事業者名) 社会福祉法人 聖 風 会
(代表者名) 理 事 長 近 藤 常 博 印

〈説明者〉 (所属) _____

(氏名) _____ 印

私は、本書面および契約書ならびに契約書別紙に基づいて、事業所から通所介護サービスについての重要事項の説明を受けました。
この内容に同意します。

〈利用者〉 (住所) _____

ふりがな
(氏名) _____ 印

〈利用者保証人〉 (住所) _____

ふりがな
(氏名) _____ 印

(続柄) _____

下記の理由により利用者に代わり上記の契約につき説明を受けその内容を理解しました。

〈署名代理者又は法定代理人〉

(住 所) _____

(氏 名) _____ 印

(関 係) _____