

通所介護サービス（デイサービス） 第一号通所介護事業

利用料金

(1) 通所介護

①基本料金

お支払いいただく料金の単価は下記のとおりです。

通常規模型通所介護費（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	4,033円	404円	807円	1,210円
要介護2	4,610円	461円	922円	1,383円
要介護3	5,221円	523円	1,045円	1,567円
要介護4	5,809円	581円	1,162円	1,743円
要介護5	6,409円	641円	1,282円	1,923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。

通常規模型通所介護費（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	4,229円	423円	846円	1,269円
要介護2	4,839円	484円	968円	1,452円
要介護3	5,471円	548円	1,095円	1,642円
要介護4	6,104円	611円	1,221円	1,832円
要介護5	6,725円	673円	1,345円	2,018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。

通常規模型通所介護費（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	6,213円	622円	1,243円	1,864円
要介護2	7,335円	734円	1,467円	2,201円
要介護3	8,469円	847円	1,694円	2,541円
要介護4	9,592円	960円	1,919円	2,878円
要介護5	10,725円	1,073円	2,145円	3,218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。

通常規模型通所介護費（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	6, 365円	637円	1, 273円	1, 910円
要介護2	7, 510円	751円	1, 502円	2, 253円
要介護3	8, 676円	868円	1, 736円	2, 603円
要介護4	9, 820円	982円	1, 964円	2, 946円
要介護5	10, 987円	1, 099円	2, 198円	3, 297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。

通常規模型通所介護費（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	7, 172円	718円	1, 435円	2, 152円
要介護2	8, 469円	847円	1, 694円	2, 541円
要介護3	9, 810円	981円	1, 962円	2, 943円
要介護4	11, 150円	1, 115円	2, 230円	3, 345円
要介護5	12, 513円	1, 252円	2, 503円	3, 754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。

通常規模型通所介護費（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	7, 292円	730円	1, 459円	2, 188円
要介護2	8, 621円	863円	1, 725円	2, 587円
要介護3	9, 973円	998円	1, 995円	2, 992円
要介護4	11, 346円	1, 135円	2, 270円	3, 404円
要介護5	12, 731円	1, 274円	2, 547円	3, 820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	4 3 6 円	4 4 円	8 8 円	1 3 1 円
☐ 入 浴 介 助 加 算 II	5 9 9 円	6 0 円	1 2 0 円	1 8 0 円
☐ 中 重 度 ケ ア 体 制 加 算	4 9 0 円	4 9 円	9 8 円	1 4 7 円
☐ 生 活 機 能 連 携 加 算 I ※ 1	1, 0 9 0 円	1 0 9 円	2 1 8 円	3 2 7 円
☐ 生 活 機 能 連 携 加 算 II	2, 1 8 0 円	2 1 8 円	4 3 6 円	6 5 4 円
☒ 個 別 機 能 訓 練 加 算 (I) イ	6 1 0 円	6 1 円	1 2 2 円	1 8 3 円
☐ 個 別 機 能 訓 練 加 算 (I) ロ	9 2 6 円	9 3 円	1 8 6 円	2 7 8 円
☐ ADL 維 持 等 加 算 (I)	3 2 7 円	3 3 円	6 6 円	9 9 円
☐ ADL 維 持 等 加 算 (II)	6 5 4 円	6 6 円	1 3 1 円	1 9 7 円
☐ 口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 I	2 1 8 円	2 2 円	4 4 円	6 6 円
☐ 口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 II ※ 2	5 4 円	6 円	1 1 円	1 7 円
☐ 栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	5 4 5 円	5 5 円	1 0 9 円	1 6 4 円
☐ 口 腔 機 能 向 上 加 算 I ※ 3	1, 6 3 5 円	1 6 4 円	3 2 7 円	4 9 1 円
☐ 口 腔 機 能 向 上 加 算 II ※ 3	1, 7 4 4 円	1 7 5 円	3 4 9 円	5 2 4 円
☐ 栄 養 改 善 加 算 ※ 3	2, 1 8 0 円	2 1 8 円	4 3 6 円	6 5 4 円
☐ 科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	5 4 5 円	5 5 円	1 0 9 円	1 6 4 円
☒ サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 I	2 3 9 円	2 4 円	4 8 円	7 2 円
☐ サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 II	1 9 6 円	2 0 円	4 0 円	5 9 円
☒ 事 業 者 が 送 迎 を 行 わ ない 場 合 の 減 算 ※ 4	△ 5 1 2 円	△ 5 2 円	△ 1 0 3 円	△ 1 5 4 円

※1：3ヵ月に1回を限度。

※2：6ヶ月に1回を限度。

※3：3ヶ月以内、月2回を限度

※4：片道につき。

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。

介護職員処遇改善加算

☒ 介護職員等処遇改善加算 (I) ※ 1	介護報酬総単位数 × 9. 2 % × 1 0. 9
☐ 介護職員等処遇改善加算 (II) ※ 1	介護報酬想単位数 × 9. 0 % × 1 0. 9

※1：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。

(2) 第一号通所介護

①基本料金

緩和型サービスⅠ（週1回利用）

要介護度	一回あたりの利用料金 (介護報酬額)	一回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・要支援2 (週1回利用)	4,545円	455円	909円	1,364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。

緩和型サービスⅡ（週2回利用）

要介護度	一回あたりの利用料金 (介護報酬額)	一回あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援2 (週2回利用)	4,545円	455円	909円	1,364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（一月につき）

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
☐ 口腔機能向上加算(Ⅰ) ※1	1,635円	164円	327円	491円
☐ 口腔機能向上加算(Ⅱ) ※1	1,744円	175円	349円	524円
☐ 栄養改善加算	2,180円	218円	436円	654円
☐ 栄養アセスメント加算	545円	55円	109円	164円
☐ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) ※2	218円	22円	44円	66円
☐ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) ※2	54円	6円	11円	17円
☐ 生活機能向上グループ活動加算	1,090円	109円	218円	327円
☐ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) ※3	1,090円	109円	218円	327円
☐ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	2,180円	218円	436円	654円
☐ 若年性認知症利用者受入加算	2,616円	262円	524円	785円
☐ 科学的介護推進体制加算	436円	44円	88円	131円
☐ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援1・要支援2(週1回利用)	959円	96円	192円	288円
☐ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1・要支援2(週1回利用)	784円	79円	157円	236円
☐ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援1・要支援2(週1回利用)	261円	27円	53円	79円

□サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援2	1, 918円	192円	384円	576円
□サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援2	1, 569円	157円	314円	471円
□サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援2	523円	53円	105円	157円
□介護職員等処遇改善加算Ⅰ（Ⅰ）要支援1・要支援2（週1回利用）	1, 798円	180円	360円	540円
□介護職員等処遇改善加算Ⅱ（Ⅰ）要支援1・要支援2（週1回利用）	1, 765円	177円	353円	530円
□介護職員等処遇改善加算Ⅰ（Ⅱ）要支援2（週2回利用）	3, 629円	363円	726円	1, 089円
□介護職員等処遇改善加算Ⅱ（Ⅱ）要支援2（週2回利用）	3, 553円	356円	711円	1, 066円
□送迎減算※4	-512円	-52円	-103円	-154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。

※1：3ヶ月以内月2回 ※2：6ヶ月に1回を限度

※3：3ヶ月に1回を限度 ※4：片道につき

4. 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)	
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)	
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

通所用品	行事費（外出費）	実費	飲食代、入場料等その他経費。
	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	4 0 0 円
③予防通所の方は食事代キャンセルとして	4 0 0 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。

通所介護サービス（デイサービス）

第一号通所介護事業

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11年厚生省令第37号・平成18年厚生労働省令第35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) 施設の名称、所在地

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	東 理江
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 30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	介護職員	5
生活相談員	1	機能訓練指導員	1
看護師又は准看護師	1		

※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、おおよそ以下の時間帯で提供し、この時間帯で喫食が可能です。 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 提供対象地域	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に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。利用者の自由を制限するような身体的拘束を行いません。

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00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00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

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	rokugatsu@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5年 12月 2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

令和 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ならびに契約書別紙に基づいて重要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。

〈署名代理人又は法定代理人〉

(住 所) _____
(氏 名) _____ 印
(関 係) _____