

若宮園デイサービスセンター  
重 要 事 項 説 明 書

《通所介護》



当法人のHPをご覧になる際は右のQRコードをスマートフォンで読み取ってください



## 「指定通所介護（若宮園デイサービスセンター）」

## 重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 淳風福祉会

当事業所は介護保険の指定を受けています。

当事業所はご契約いただいた要介護認定者（以下「利用者」という）に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、「要介護」と認定された方が対象となります。

## 1. 事業者

|                       |                                                                                                                     |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業者名称                 | 社会福祉法人 淳風福祉会                                                                                                        |
| 代表者氏名                 | 理事長 光宗 泉                                                                                                            |
| 法人所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 岡山市南区箕島 3566-1<br>(電話) 086-281-0862 (FAX) 086-281-4586<br>(Eメール) junfuku@chive.ocn.ne.jp<br>(HP) http://junfuku.jp/ |
| 法人設立年月日               | 昭和 56 年 7 月 1 日                                                                                                     |

## 2. 事業の概要

## (1) 事業所の所在地等

|                    |                                                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 事業所名称              | 若宮園デイサービスセンター                                                        |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | 指定通所介護事業所 3370102711<br>(平成 12 年 4 月 1 日指定：昭和 62 年 3 月 9 日開設)        |
| 事業所管理者             | 中島 智洋                                                                |
| 事業所所在地             | 岡山市南区箕島 3491-7                                                       |
| 連絡先                | (電話) 086-281-0862 (FAX) 086-281-4586<br>(Eメール) wakamiya.ds@gmail.com |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 岡山市（妹尾・福田中学校区）、早島町とする。<br>※岡山市のその他の地域及び倉敷市については個別に受入を検討いたします。        |

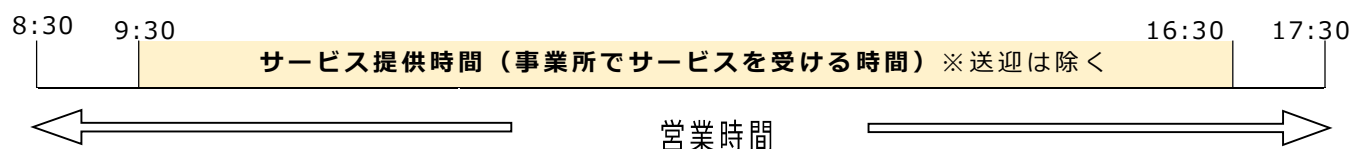
|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| 利 用 定 員                    | 25 人 （第 1 号通所事業利用者含む）            |
| 同 時 一 体 的 に<br>行 う 他 の 事 業 | 第 1 号通所事業（介護予防通所サービス・生活支援通所サービス） |

## (2) 事業の目的及び運営の方針

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事 業 の 目 的 | 社会福祉法人淳風福祉会が設置経営する若宮園デイサービスセンターが行う指定通所介護事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員が、要介護状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護等を提供することを目的とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 運 営 の 方 針 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業者は、要介護状態にある利用者が可能な限りその居宅において、その<b>有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減</b>を図る。</li> <li>2. 指定通所介護の提供にあたっては、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、また利用者及びその家族のニーズを的確に捉えるとともに、<b>利用者を担当する居宅介護支援事業所の作成する居宅サービス計画に基づき個別に通所介護計画書を作成し、その計画に沿って利用者の機能訓練及び日常生活を営むうえで必要な援助</b>を行う。</li> <li>3. 指定通所介護の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの<b>綿密な連携</b>を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</li> <li>4. 事業者は、多様な評価の手法を用いて、その提供する通所介護事業の質の評価を行い、<b>常にその改善を図るものとする。</b></li> </ol> |

## 3. 営業日及び営業時間

| 営 業 日<br>( 祝 日 も 含 む ) | 月                                             | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|------------------------|-----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
|                        | ○                                             | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × |
| そ の 他 の 休 業 日          | 12 月 31 日 ～ 翌年 1 月 3 日                        |   |   |   |   |   |   |
| 営業時間                   | 8 時 30 分 ～ 17 時 30 分                          |   |   |   |   |   |   |
| サービス提供時間               | <b>9 時 30 分 ～ 16 時 30 分（最大）</b> ※延長サービスはありません |   |   |   |   |   |   |



#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。（※第1号通所事業の職員配置を含む）

| 職種 | 管理者         | 看護職員        | 生活相談員              | 介護職員                                     | 機能訓練指導員                   | 調理員 |
|----|-------------|-------------|--------------------|------------------------------------------|---------------------------|-----|
| 配置 | 1名<br>(常・兼) | 3名<br>(非・兼) | 1名(常・専)<br>1名(常・兼) | 2名(常・専)<br>1名(常・兼)<br>1名(非・兼)<br>3名(非・専) | 4名<br>(非・兼)<br>3名は看護職員が兼務 | 1名  |
| 基準 | 1名          | 1名          | 1名                 | 利用者15人…1名<br>15人を超える部分の数を5で除した数に1を加えた数以上 | 1名                        |     |

常…常勤 非…非常勤 専…専従 兼…兼務

#### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスには（A）（B）のサービスが含まれます。

- （A）介護保険の給付対象となるサービス…利用料金うち介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた金額が利用者負担
- （B）介護保険の給付対象とならないサービス…全額が利用者負担

|                     |               |                                                                                                            |
|---------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| （1）介護保険の給付対象となるサービス | 基本料金に含まれるサービス | ① <u>日常生活上の援助</u><br>利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて排泄・移動・養護等の必要な日常生活上の援助を行います。                                    |
|                     |               | ② <u>食事</u> （食事に係る費用は別途）<br>食事の準備、介助、後始末等を行います。（胃薬対応も可）                                                    |
|                     |               | ③ <u>機能訓練</u><br>レクリエーション等の活動を通じ、必要な機能訓練を行ないます。<br>日常生活を営むうえで必要な「心身機能」の減退を防止する為の訓練、活動・参加など「生活機能」の維持向上を図る訓練 |
|                     |               | ④ <u>健康チェック</u><br>利用毎に体温と血圧、月1回体重の測定を行います。                                                                |
|                     |               | ⑤ <u>送迎</u><br>ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。また、あらかじめ通所介護計画書に定められている場合は必要な居宅内介護を行います。                               |
|                     |               | ⑥ <u>相談、助言</u><br>利用者及びそのご家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言をおこないます。                                                 |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <p>加算</p> <p>⑦ <u>入浴（希望者のみ）</u></p> <p>入浴または清拭の介助を行います。</p> <p>座式機械浴、一般浴、個浴から適した入浴方法をお選びいただけます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>(2) 介護保険の給付対象とならないサービス</p> | <p>① <u>介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービスの利用</u></p> <p>介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。</p> <p>② <u>食事の提供に係る費用</u></p> <p>利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。</p> <p><b>料金： 1食あたり 600円（非課税）（おやつなしは550円）</b></p> <p>※当日（0時～）にお休みのご連絡をされますとキャンセル料600円が発生します。</p> <p>③ <u>レクリエーション等に係る費用（創作活動など）</u></p> <p>ご希望により参加されるレクリエーション等の材料費</p> <p><b>料金： 材料費等の実費をいただきます。</b></p> <p>④ <u>その他日常生活上必要となる諸費用</u></p> <p>日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。</p> <p><b>利用者のご希望により提供したおしめ代： 1枚 50円</b></p> |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>利用料金</p>                             | <p>別添 『利用料金表』 参照</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                                                                                                                        |
| <p>料金のお支払い方法</p>                        | <p>ご利用いただいた介護保険の給付の対象となるサービスのうち、利用者の要介護区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と、介護保険の給付対象とならないサービス利用料金の全額を合わせた金額をご負担いただきます。</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; background-color: #d9ead3; text-align: center;"> <p><b>介護保険給付対象の<br/>サービス利用料金</b><br/>(1割/2割/3割)</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; background-color: #fce4d6; text-align: center;"> <p><b>介護保険給付対象外の<br/>サービス利用料金</b><br/>(全額)</p> </div> </div> <p>前記（１）（２）の料金・費用は、<u>1か月ごとに計算し請求</u>します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p><b>支払い方法①</b></p> <p><b>口座振替</b></p> </td><td style="padding: 10px;"> <p>お取り扱い銀行…<b>中国銀行のみ</b></p> <p>引き落とし日…<b>利用月の翌月 25 日</b>（休日の場合は翌営業日）</p> <p>※1 請求金額確定後、利用月翌月 10 日頃に請求書をお渡しいたしますので、金額をお確かめのうえ指定の口座にご入金ください。</p> <p>※2 残高不足等で振替が出来なかった場合は、翌月 25 日に再度引き落としさせていただきます。</p> </td></tr> </table> | <p><b>支払い方法①</b></p> <p><b>口座振替</b></p> | <p>お取り扱い銀行…<b>中国銀行のみ</b></p> <p>引き落とし日…<b>利用月の翌月 25 日</b>（休日の場合は翌営業日）</p> <p>※1 請求金額確定後、利用月翌月 10 日頃に請求書をお渡しいたしますので、金額をお確かめのうえ指定の口座にご入金ください。</p> <p>※2 残高不足等で振替が出来なかった場合は、翌月 25 日に再度引き落としさせていただきます。</p> |
| <p><b>支払い方法①</b></p> <p><b>口座振替</b></p> | <p>お取り扱い銀行…<b>中国銀行のみ</b></p> <p>引き落とし日…<b>利用月の翌月 25 日</b>（休日の場合は翌営業日）</p> <p>※1 請求金額確定後、利用月翌月 10 日頃に請求書をお渡しいたしますので、金額をお確かめのうえ指定の口座にご入金ください。</p> <p>※2 残高不足等で振替が出来なかった場合は、翌月 25 日に再度引き落としさせていただきます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                                                                                                                                                        |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>支払い方法②</b><br><b>現金払い</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>事業所窓口でお支払いもしくは専用の集金袋</b> に入れてスタッフにお渡しください。<br>※3 請求金額確定後、利用月翌月 10 日頃に請求書をお渡しいたしますので、金額をお確かめのうえお支払いください。 |
|  | <b>注1)</b> 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画書が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。<br><b>注2)</b> 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。<br><b>注3)</b> 経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。 |                                                                                                            |

|             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用の中止、変更、追加 | 中止 | <b>【ご本人の都合によるもの】当日の 8:30 までにご連絡ください。</b><br><b>【感染症を疑う症状がある場合】お迎え前にご自宅で検温をしていただき 37.5℃以上の発熱がある場合はご利用は不可となります。</b><br><b>ご利用中に 37.5℃の発熱がある場合や微熱でも風邪症状が顕著な場合はご利用を中止していただきます。</b><br><b>ご利用中に37.5℃の発熱がある場合や、微熱でも風邪症状が顕著な場合はご利用を中止していただきます</b><br><b>発熱でお休みされた場合、解熱後24時間はサービスのご利用を中止していただきます。また、咳などの呼吸器症状が続く場合は、症状が改善されるまでご利用いただけません。</b><br><b>インフルエンザ・嘔吐下痢等の感染症を疑う症状がある場合、感染症蔓延防止の為に利用を中止していただく場合があります。</b><br>※中止によるキャンセル料などは発生いたしません。 |
|             | 変更 | <b>急用や受診などで振替利用を希望される場合は、利用希望日の前日までにご相談ください。</b><br>※ただし定員に達している場合あるいは事業所の稼働状況により、利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合がありますのでご了承ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|             | 追加 | <b>担当のケアマネジャーにご相談ください。</b><br>※追加分の利用料金が区分支給限度額を超えた場合、全額自己負担になる場合があります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## 6. 苦情の受付について

|                  |                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                |                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 当<br>事<br>業<br>所 | <p>当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 苦情受付窓口（担当者）<br/>[生活相談員] 吉田 良太</li> <li>○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9時から18時</li> </ul> |                                                       |                                                                                |                     |
|                  | 機 関 名                                                                                                                                                     | 所 在 地                                                 | 電話番号等                                                                          | 受付日等                |
| そ<br>の<br>他      | 岡山市介護保険課                                                                                                                                                  | 北区鹿田町 1 丁目<br>1-1                                     | (086)803-1240                                                                  | 月～金曜日<br>8:30～17:15 |
|                  | 岡山市事業者指導課<br>(通所事業者係)                                                                                                                                     | 北区大供 3 丁目 1－<br>18<br>KSB 会館 4 階                      | (086)212-1013                                                                  | 月～金曜日<br>8:30～17:15 |
|                  | 早島町役場町福祉課<br>(介護保険係)                                                                                                                                      | 早島町前湯 360－1                                           | (086)482-0613                                                                  | 月～金曜日<br>8:30～17:15 |
|                  | 岡山県国民健康保険団体<br>連合会<br>(介護 110 番)                                                                                                                          | 北区桑田町 17－5                                            | (086)223-8811<br>FAX<br>(086)223-9101                                          | 月～金曜日<br>8:30～17:00 |
|                  | 岡山県運営適正化委員会<br>(ハッピーサポート)                                                                                                                                 | 北区南方 2 丁目 13<br>－1 きらめきプラ<br>ザ 3 階<br>岡山県社会福祉協<br>議会内 | (086)226-9400<br>FAX<br>(086)227-3566<br>Eメール<br>kujo@fukushiokay<br>ama.or.jp | 月～金曜日<br>9:00～17:00 |

## 7. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに保険者及び利用者の家族等に連絡を取るとともに、必要かつ適切な措置を講じます。また、事故の再発防止策を講じてまいります。
- (2) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 8. 緊急時の対応について

利用者に対するサービスの提供時に病状の急変が生じた場合等、速やかにかかりつけ医又は事業者協力医療機関に連絡、あるいは救急通報（119 番）を行い、また利用者の家族等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

《協力医療機関》

|           | 誠和会<br>倉敷第一病院                                                                                                                                         | 独立行政法人<br>国立医療機構<br>南岡山医療センター                                                                                        | 創和会<br>重井医学研究所<br>附属病院                                                     |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 所在地       | 倉敷市老松町 5-3-10                                                                                                                                         | 都窪郡早島町早島 4066                                                                                                        | 岡山市南区山田 2117                                                               |
| 電 話       | (086) 424-1000                                                                                                                                        | (086) 482-1121                                                                                                       | (086) 282-5311                                                             |
| 標榜<br>診療科 | 外科、呼吸器外科、消化器外科、<br>心臓血管外科、内科、消化器内<br>科、呼吸器内科、循環器内科、<br>整形外科、脳神経外科、肛門外<br>科、皮膚科、女性内科、漢方内<br>科、麻酔科、乳腺外科、リハビ<br>リテーション科、歯科、矯正歯<br>科、小児歯科、緩和ケア内科、<br>放射線科 | 内科、呼吸器・アレルギー内科、<br>血液内科、消化器内科、生活習<br>慣病部門、アレルギー科、リウ<br>マチ科、神経内科、小児科、外<br>科、整形外科、皮膚科、耳鼻咽<br>喉科、リハビリテーション科、<br>放射線科、歯科 | 内科・腎臓内科・消化器内科・<br>糖尿病内科・循環器内科・小児<br>科・外科・消化器外科・泌尿器<br>科・精神科・リハビリテーショ<br>ン科 |
| 病床数       | 191 床                                                                                                                                                 | 400 床                                                                                                                | 198 床                                                                      |

## 9. 非常災害時の対応について

台風・地震等の天災時及び積雪などの天候の理由によって安全な事業の開始及び継続が難しいと判断された場合、管理者の決定を持ってやむを得ず事業を中止する場合があります。その際はすみやかに利用者及び利用者の家族等また関連する居宅介護支援事業所へ連絡を行うとともに、事業開始後の中止の場合は十分な安全策を講じ帰宅支援を行います。

以上

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和     年     月     日

説 明 者

職 名

氏 名

## 同意書

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、記載された内容に同意しました。

|        |  |   |  |   |  |   |  |
|--------|--|---|--|---|--|---|--|
| 令和     |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| ご利用者氏名 |  |   |  |   |  |   |  |

|           |  |   |  |
|-----------|--|---|--|
| (代筆の場合のみ) |  | 続 |  |
| 代筆者氏名     |  | 柄 |  |

### 「事故発生時及び緊急時の連絡先」

※サービス利用時間中に連絡可能な連絡先をご記入ください。

|          |      |  |   |  |
|----------|------|--|---|--|
| 連絡先<br>1 | 氏 名  |  | 続 |  |
|          | 電話番号 |  |   |  |
| 連絡先<br>2 | 氏 名  |  | 続 |  |
|          | 電話番号 |  |   |  |

### 「かかりつけ医」

※複数ある場合は、主に受診する病院名をご記入ください。

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 病院名 |  | 医師名 |  |
|-----|--|-----|--|

# 利用料金一覧表（令和7年4月）

|                     | 所要時間 | 利用者の<br>要介護度 | 通常規模型通所介護費（1回あたり）     |         |            |        |        |
|---------------------|------|--------------|-----------------------|---------|------------|--------|--------|
|                     |      |              | 基本単位数<br>（1単位＝10.14円） | 利用料     | 利用者負担金（※1） |        |        |
|                     |      |              |                       |         | 1割負担       | 2割負担   | 3割負担   |
| ①<br>介護保険の給付対象となる費用 | 4時間  | 要介護1         | 388 単位                | ¥3,934  | ¥394       | ¥787   | ¥1,181 |
|                     |      | 要介護2         | 444 単位                | ¥4,502  | ¥451       | ¥901   | ¥1,351 |
|                     |      | 要介護3         | 502 単位                | ¥5,090  | ¥509       | ¥1,018 | ¥1,527 |
|                     |      | 要介護4         | 560 単位                | ¥5,678  | ¥568       | ¥1,136 | ¥1,704 |
|                     |      | 要介護5         | 617 単位                | ¥6,256  | ¥626       | ¥1,252 | ¥1,877 |
|                     | 5時間  | 要介護1         | 570 単位                | ¥5,779  | ¥578       | ¥1,156 | ¥1,734 |
|                     |      | 要介護2         | 673 単位                | ¥6,824  | ¥683       | ¥1,365 | ¥2,048 |
|                     |      | 要介護3         | 777 単位                | ¥7,878  | ¥788       | ¥1,576 | ¥2,364 |
|                     |      | 要介護4         | 880 単位                | ¥8,923  | ¥893       | ¥1,785 | ¥2,677 |
|                     |      | 要介護5         | 984 単位                | ¥9,977  | ¥998       | ¥1,996 | ¥2,994 |
|                     | 6時間  | 要介護1         | 584 単位                | ¥5,921  | ¥593       | ¥1,185 | ¥1,777 |
|                     |      | 要介護2         | 689 単位                | ¥6,986  | ¥699       | ¥1,398 | ¥2,096 |
|                     |      | 要介護3         | 796 単位                | ¥8,071  | ¥808       | ¥1,615 | ¥2,422 |
|                     |      | 要介護4         | 901 単位                | ¥9,136  | ¥914       | ¥1,828 | ¥2,741 |
|                     |      | 要介護5         | 1,008 単位              | ¥10,221 | ¥1,023     | ¥2,045 | ¥3,067 |
|                     | 7時間  | 要介護1         | 658 単位                | ¥6,672  | ¥668       | ¥1,335 | ¥2,002 |
|                     |      | 要介護2         | 777 単位                | ¥7,878  | ¥788       | ¥1,576 | ¥2,364 |
|                     |      | 要介護3         | 900 単位                | ¥9,126  | ¥913       | ¥1,826 | ¥2,738 |
|                     |      | 要介護4         | 1,023 単位              | ¥10,373 | ¥1,038     | ¥2,075 | ¥3,112 |
|                     |      | 要介護5         | 1,148 単位              | ¥11,640 | ¥1,164     | ¥2,328 | ¥3,492 |

（※1） 利用者負担金は1回あたりの単位数を元に算出（端数切り捨て）していますが、実際の請求では1ヶ月の利用総単位数を元に算出します。（実際の利用料≠上記の利用者負担額に回数を乗じた金額）

| 介護保険の給付対象となる費用 |   | 加算の種類          | 加算の要件（概要）                                                            | 単位数   | 利用料   | 利用者負担金 |      |       |
|----------------|---|----------------|----------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|------|-------|
|                | ② | 入浴加算           | 利用者の入浴介助を行った場合                                                       | 40単位  | ¥405  | ¥41    | ¥81  | ¥122  |
|                | ③ | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 利用開始時及び利用中6か月ごとの口腔と栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に文章で共有した場合（該当者のみ6か月に1回算定） | 20単位  | ¥202  | ¥21    | ¥41  | ¥61   |
|                | ④ | サービス提供体制強化加算Ⅱ  | 介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上配置されている                                         | 18単位  | ¥182  | ¥19    | ¥37  | ¥55   |
|                | ⑤ | 送迎減算           | ご家族が送迎を行った場合（片道につき）                                                  | -47単位 | ¥-476 | ¥-48   | ¥-96 | ¥-143 |
|                |   | 通所介護処遇改善加算Ⅰ    | 1ヶ月分の①基本単位数と②～⑤の加算単位数の合計に9.2%を乗じて得た単位数を加算                            |       |       |        |      |       |

- ☆ あらかじめサービス計画書に定められている場合のみ、通所介護事業所の職員が送迎時の居宅内介護を実施することができます。その場合、サービス計画書に定められた居宅内介護に必要な所要時間が事業所でのサービス提供時間に加算され、その合計の時間数により基本単位数が算定されます。
- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画書が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約者の負担額を変更します。

| 介護保険外の費用 |  | 種 類              | 要 件                                                                                   | 料 金                      |
|----------|--|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|          |  | 実費利用料            | 区分支給限度基準額(※2)を超えてサービスを利用された場合、超過分の単位数を金額にしたものの内10割をご負担いただきます。                         | 超過分の10割                  |
|          |  | 食事の提供に係る費用       | 食材料費及び調理にかかる費用<br>（付添の方の食事には消費税10%が加算されます）<br>※当日キャンセルされるとキャンセル料¥600または¥550ご負担いただきます。 | おやつあり ¥600<br>おやつなし ¥550 |
|          |  | レクリエーション等に係る費用   | ご希望により参加されるレクリエーション等の材料費（創作活動の材料費、合同喫茶の飲食代等）                                          | 実費                       |
|          |  | その他日常生活上必要となる諸費用 | 日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用。主におしめ代(※3)等                     | おしめ代1枚 実費 ¥50            |

＜利用料の計算方法＞

例) 7時間利用 要介護1 利用回数月12回(週3回) うち入浴回数12回(週3回) の場合

| 項 目           |                      | 単位数   | 回 数  | 計           |
|---------------|----------------------|-------|------|-------------|
| 基本単位数         |                      | 658単位 | 1 2回 | 7 896単位     |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ |                      | 18単位  | 1 2回 | 216単位       |
| 入浴加算          |                      | 40単位  | 1 2回 | 480単位       |
| 単位数小計         |                      |       |      | (A) 8 592単位 |
| 通所介護処遇改善加算Ⅰ   | (A) 8, 5 9 2単位×9. 2% |       |      | 790単位       |
| 利用総単位数        |                      |       |      | (B) 9 382単位 |

| 自己負担金1割(総額から9割を引いた額)の場合 |                    |            |             |
|-------------------------|--------------------|------------|-------------|
| 利用総額                    | (B) 9382単位×10.14円＝ | 95,133円    |             |
| 介護給付                    | うち9割               | 85,619円    |             |
| 利用者負担                   | 総額から9割を引いた額        | (C) 9,513円 | ←介護保険給付の負担額 |

|         |          |            |           |
|---------|----------|------------|-----------|
| 食事に係る費用 | 600円×12食 | (D) 7,200円 | ←介護保険外の費用 |
|---------|----------|------------|-----------|

|          |           |         |
|----------|-----------|---------|
| 1ヶ月の利用料金 | (C) + (D) | 16,713円 |
|----------|-----------|---------|

| 自己負担金2割(総額から8割を引いた額)の場合 |                    |             |             |
|-------------------------|--------------------|-------------|-------------|
| 利用総額                    | (B) 9382単位×10.14円＝ | 95,133円     |             |
| 介護給付                    | うち8割               | 76,106円     |             |
| 利用者負担                   | 総額から8割を引いた額        | (C) 19,026円 | ←介護保険給付の負担額 |

|         |          |            |           |
|---------|----------|------------|-----------|
| 食事に係る費用 | 580円×12食 | (D) 7,200円 | ←介護保険外の費用 |
|---------|----------|------------|-----------|

|          |           |         |
|----------|-----------|---------|
| 1ヶ月の利用料金 | (C) + (D) | 26,226円 |
|----------|-----------|---------|

| 自己負担金3割(総額から7割を引いた額)の場合 |                    |         |             |
|-------------------------|--------------------|---------|-------------|
| 利用総額                    | (B) 9382単位×10.14円＝ | 95,133円 |             |
| 介護給付                    | うち7割               | 66,593円 |             |
| 利用者負担                   | 総額から7割を引いた額        | 28,539円 | ←介護保険給付の負担額 |

|         |          |            |           |
|---------|----------|------------|-----------|
| 食事に係る費用 | 580円×12食 | (D) 7,200円 | ←介護保険外の費用 |
|---------|----------|------------|-----------|

|          |           |         |
|----------|-----------|---------|
| 1ヶ月の利用料金 | (C) + (D) | 35,739円 |
|----------|-----------|---------|

(※2) 区分支給限度基準額とは

要介護度ごとに利用できる介護報酬額の上限が設定されています。この限度額内でケアマネは居宅サービス計画書を立てます。希望により1ヶ月の各サービス利用単位数の合計が区分支給限度基準額を超えればその分は全額自己負担となります。

区分支給限度基準額 一覧

| 介 護 度 | 基 準 額    |
|-------|----------|
| 要介護 1 | 16,765単位 |
| 要介護 2 | 19,705単位 |
| 要介護 3 | 27,048単位 |
| 要介護 4 | 30,938単位 |
| 要介護 5 | 36,217単位 |

(※3) おしめ代について

サービス利用中に必要なおしめは基本的に個人でご用意し持参いただきます。ただし、万が一用意した枚数で足りなかった場合のみ事業所側で用意させていただくことがあり、使用した枚数の請求をおこなうことがあります。

(※4) 食事の「おやつあり」「おやつなし」について

※1 「おやつなし」契約は①14時までのご利用 ②疾患により医師からカロリー制限の指示があり提供を希望しない場合 のいずれかの場合のみ契約時にご希望いただけます

※2 「おやつなし」契約から「おやつあり」契約への変更時には事業所にその旨をお伝えいただき再度料金変更の同意書をご提出ください。

※3 「おやつあり」「おやつなし」いずれの契約の場合も都度の変更はできません。

※4 契約の方が当日おやつを食べられなかった場合でも550円・600円の請求となります。

※5 おやつを持ち帰りは食品衛生法に基づく提供する食事の取り扱い上お断りしています。