

デイサービスセンター 小淀ホーム

指定認知症対応型通所介護 利用料金同意書

1. 基本単位(送迎は基本単位に含まれます)

4時間以上5時間未満

要介護度	介護報酬位 (A)	地域区分別 (B)	基本料金 (A) × (B) = (C)	給付率 (D)	介護保険で 賄われる額(E)	利用者の負担額 (C)-(E) ※負担額1割の場合
要介護度1	515単位/日	11.10	5,716円/日	90/100	5,144円/日	572円/日
要介護度2	566単位/日		6,282円/日		5,653円/日	629円/日
要介護度3	618単位/日		6,859円/日		6,173円/日	686円/日
要介護度4	669単位/日		7,425円/日		6,682円/日	743円/日
要介護度5	720単位/日		7,992円/日		7,192円/日	800円/日

5時間以上6時間未満

要介護度	介護報酬位 (A)	地域区分別 (B)	基本料金 (A) × (B) = (C)	給付率 (D)	介護保険で 賄われる額(E)	利用者の負担額 (C)-(E) ※負担額1割の場合
要介護度1	771単位/日	11.10	8,558円/日	90/100	7,702円/日	856円/日
要介護度2	854単位/日		9,479円/日		8,531円/日	948円/日
要介護度3	936単位/日		10,389円/日		9,350円/日	1,039円/日
要介護度4	1,016単位/日		11,277円/日		10,149円/日	1,128円/日
要介護度5	1,099単位/日		12,198円/日		10,978円/日	1,220円/日

6時間以上7時間未満

要介護度	介護報酬位 (A)	地域区分別 (B)	基本料金 (A) × (B) = (C)	給付率 (D)	介護保険で 賄われる額(E)	利用者の負担額 (C)-(E) ※負担額1割の場合
要介護度1	790単位/日	11.10	8,769円/日	90/100	7,892円/日	877円/日
要介護度2	876単位/日		9,723円/日		8,750円/日	973円/日
要介護度3	960単位/日		10,656円/日		9,590円/日	1,066円/日
要介護度4	1,042単位/日		11,566円/日		10,409円/日	1,157円/日
要介護度5	1,127単位/日		12,509円/日		11,258円/日	1,251円/日

7時間以上8時間未満

要介護度	介護報酬位 (A)	地域区分別 (B)	基本料金 (A) × (B) = (C)	給付率 (D)	介護保険で 賄われる額(E)	利用者の負担額 (C)-(E) ※負担額1割の場合
要介護度1	894単位/日	11.10	9,923円/日	90/100	8,930円/日	993円/日
要介護度2	989単位/日		10,977円/日		9,879円/日	1,098円/日
要介護度3	1,086単位/日		12,054円/日		10,848円/日	1,206円/日
要介護度4	1,183単位/日		13,131円/日		11,817円/日	1,314円/日
要介護度5	1,278単位/日		14,185円/日		12,766円/日	1,419円/日

8時間以上9時間未満

要介護度	介護報酬位 (A)	地域区分別 (B)	基本料金 (A) × (B) = (C)	給付率 (D)	介護保険で 賄われる額(E)	利用者の負担額 (C)-(E) ※負担額1割の場合
要介護度1	922単位/日	11.10	10,234円/日	90/100	9,210円/日	1,024円/日
要介護度2	1020単位/日		11,322円/日		10,189円/日	1,133円/日
要介護度3	1,120単位/日		12,432円/日		11,188円/日	1,244円/日
要介護度4	1,221単位/日		13,553円/日		12,197円/日	1,356円/日
要介護度5	1,321単位/日		14,663円/日		13,196円/日	1,467円/日

2. その他の加算

個別機能訓練加算(Ⅰ)	個別の機能訓練実施計画を策定し、それに基づきサービス提供を行った場合、27単位/日(30円)
個別機能訓練加算(Ⅱ)	個別機能訓練加算を算定し、訓練計画内容等の情報を厚労省へデータ提出し、フィードバックを活用した場合、20単位/月(23円)
入浴介助加算(Ⅰ)	入浴介助(一般浴・リフト浴)を実施した場合、40単位/回(45円) ※入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行う。
入浴介助加算(Ⅱ)	利用者宅の浴室環境や動作の確認を行い、居宅の浴室環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、その計画に基づいて、利用者の居宅の状況に近い環境にて入浴介助をおこなった場合、55単位/回(61円)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護福祉士が70%以上が配置されている場合、22単位/日(25円)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護福祉士が50%以上が配置されている場合、18単位/日(20円)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	介護福祉士が40%以上が配置されている場合、6単位/日(7円)
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者を受け入れ、個別の担当者を定め、受入した場合、60単位/日(67円)
ADL維持等加算(Ⅰ)	自立支援・重度化防止の観点から、開始月と6か月目に『バーセルインデックス』(機能的評価)を行い、一定期間内にADL(日常生活動作)の維持又は改善度合いが水準を超え、厚労省へデータ提出し、フィードバックを活用した場合、30単位/月(34円)
ADL維持等加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ)の要件を満たし、改善度合いがより高い場合、60単位/月(67円)
栄養アセスメント加算	管理栄養士を1名以上配置し、多職種共同で栄養アセスメントを実施した場合、50単位/月(56円)
栄養改善加算	低栄養状態の改善を目的として、栄養ケア計画を策定し、それに基づきサービスを提供した場合、200単位/回(222円) ※3ヶ月以内の期間に限り月2回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6月ごとに、口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化の予防、維持、回復等につなげ、栄養状態と一体的に行い、その情報を介護支援専門員に情報を提供した場合、20単位/回(23円) ※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併用算定は不可
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	口腔衛生管理の充実や栄養改善を図る。栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合、5単位/(6円) ※6か月に1回を限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	専門職と共同し、口腔機能改善指導計画を策定し、それに基づきサービス提供を行った場合、150単位/回(167円) ※3ヶ月以内の期間に限り、月2回を限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅰ)の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚労省へデータ提出し、フィードバックを活用した場合、160単位/回(178円) ※3ヶ月以内の期間に限り、月2回を限度
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師からの助言を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で個別機能訓練計画等を作成した場合、100単位/(111円)
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成した場合、200単位/(222円) ※個別機能訓練加算算定の場合100単位/(111円)

科学的介護推進体制加算	介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みを推進し、介護サービスの質の向上を図る観点からADL値、口腔機能、認知症の状況等基本的な情報を厚労省に提出し、必要な情報を活用する場合、40単位／月(44円)
送迎減算	送迎を行なわなかった場合。 47単位減算／片道(-53円)
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅳ)	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅳ) ①月額賃金改善、②キャリアパス要件5区分、③職場環境等要件6区分について各々一定の要件を満たした場合に算定する。基本報酬単位と各種加算の合計単位数に(Ⅰ)から(Ⅳ)に定められた乗率を乗じた単位が加算単位となります。(Ⅰ)①から③の全ての要件を満たした場合18.1%、(Ⅱ)①と②の4区分・③の要件を満たした場合17.4%、(Ⅲ)①と②の3区分・③の要件を満たした場合15.0%、(Ⅳ)①と②の2区分・③の要件を満たした場合12.2%

※「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅳ)」は、支給限度額管理の対象外の算定項目です。

※一定以上の所得者については自己負担額が2割(上記料金表の倍額)、3割(上記料金表の3倍額)となります。

※サービス提供体制強化加算は職員体制によって変更がある場合があります。

※ご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、自己負担額を除いた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」を発行します。

3. 全額自己負担のご利用料

- ・食事代(昼食代・間食代)を1日につき750円いただきます。
- ・活動にかかる材料費等(利用した場合)を月々の利用料に併せて請求いたします。
- ・利用者のご都合でサービスを中止される場合は、下記のキャンセル料がかかります。
但し、緊急の入院等やむをえない場合はキャンセル料を頂かない場合があります。
- ◇利用予定日前日の営業日、午後5時30分までに連絡をいただいた場合 → 無料
- ◇利用予定日前日の営業日、午後5時30分までに連絡がなかった場合 → 750円

認知症対応型通所介護 利用料金について、上記書面に基づいて説明し交付致しました。

年 月 日

【事業者】 中野区白鷺2-51-5
社会福祉法人 中野区福祉サービス事業団
理事長 高橋 信一

担当者(職・氏名)

管理者 矢田 雄太

私は、上記担当者から認知症対応型通所介護 利用料金についての説明を受け、同意し交付を受けました。

【利用者】 住所

氏名

【代理人】 住所

氏名

(利用者との関係)