

【重要事項説明書別紙】

○料金 (1割負担) (R7年4月～)

項目	要介護度	介護報酬額		利用者負担額 (介護報酬額の1割分)	
		円	円	円	円
通所型サービス費(独自)	事業対象者・要支援1	19,598	円	1,960	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	19,598	円	1,960	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	39,468	円	3,947	円
通所型サービス費(独自) 日割	事業対象者・要支援2	643	円	65	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	643	円	65	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	1,297	円	130	円
若年性認知症利用者受入加算	1月あたり	2,616	円	262	円
生活機能向上グループ活動加算	1月あたり	1,090	円	109	円
運動器機能向上加算	1月あたり	2,452	円	246	円
栄養改善加算	1月あたり	2,180	円	218	円
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	218	円	22	円
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	54	円	6	円
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,635	円	164	円
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,744	円	175	円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3ヵ月に1回限度)	1,090	円	109	円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,180	円	218	円
生活機能向上連携加算Ⅱ (運動器機能向上加算を算定している場合)	1月あたり	1,090	円	109	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月あたり	5,232	円	524	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1月あたり	7,630	円	763	円
科学的介護推進加算	1月あたり	436	円	44	円
事業所評価加算	1月あたり	1,308	円	131	円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	事業対象者・要支援1	959	円	96	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	959	円	96	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	1,918	円	192	円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	784	円	79	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	784	円	79	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	1,569	円	157	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1	261	円	27	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	261	円	27	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	523	円	53	円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%		介護報酬額の5.9%	利用者負担額の5.9%	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%		介護報酬額の4.3%	利用者負担額の4.3%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%		介護報酬額の1.2%	利用者負担額の1.2%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%		介護報酬額の1.0%	利用者負担額の1.0%	
ベースアップ等支援加算			介護報酬額の1.1%	利用者負担額の1.1%	

項目	要介護度	介護報酬額		利用者負担額 (介護報酬額の1割分)	
		円	円	円	円
通所型サービス費(独自)	事業対象者・要支援1	19,202	円	1,921	円
	事業対象者・要支援2	38,672	円	3,868	円
通所型サービス費(独自) 日割	事業対象者・要支援2	630	円	63	円
	事業対象者・要支援2	1,270	円	127	円
若年性認知症利用者受入加算	1月あたり	2,563	円	257	円
生活機能向上グループ活動加算	1月あたり	1,068	円	107	円
運動器機能向上加算	1月あたり	2,403	円	241	円
栄養改善加算	1月あたり	2,136	円	214	円
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	213	円	22	円
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	53	円	6	円
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,602	円	161	円
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,708	円	171	円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3ヵ月に1回限度)	1,068	円	107	円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,136	円	214	円
生活機能向上連携加算Ⅱ (運動器機能向上加算を算定している場合)	1月あたり	1,068	円	107	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月あたり	5,126	円	513	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1月あたり	7,476	円	748	円
科学的介護推進加算	1月あたり	427	円	43	円
事業所評価加算	1月あたり	1,281	円	129	円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	事業対象者・要支援1	939	円	94	円
	事業対象者・要支援2	1,879	円	188	円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	769	円	77	円
	事業対象者・要支援2	1,537	円	154	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1	256	円	26	円
	事業対象者・要支援2	512	円	52	円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%		介護報酬額の5.9%	利用者負担額の5.9%	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%		介護報酬額の4.3%	利用者負担額の4.3%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%		介護報酬額の1.2%	利用者負担額の1.2%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%		介護報酬額の1.0%	利用者負担額の1.0%	
ベースアップ等支援加算			介護報酬額の1.1%	利用者負担額の1.1%	

通所型サービス(独自) 世田谷区

1月あたりの基本料金

通所型サービス(独自) 調布市

1月あたりの基本料金

項目	要介護度	介護報酬額	利用者負担額 (介護報酬額の1割分)		
			円	円	
通常規模型通所介護費 (所要時間3時間以上4時間未満の場合)	要介護1	4,033	424	円	
	要介護2	4,611	480	円	
	要介護3	5,221	522	円	
	要介護4	5,810	581	円	
	要介護5	6,409	641	円	
通常規模型通所介護費 (所要時間4時間以上5時間未満の場合)	要介護1	4,229	423	円	
	要介護2	4,840	484	円	
	要介護3	5,472	547	円	
	要介護4	6,104	611	円	
	要介護5	6,725	673	円	
通常規模型通所介護費 (所要時間5時間以上6時間未満の場合)	要介護1	6,213	622	円	
	要介護2	7,336	733	円	
	要介護3	8,469	847	円	
	要介護4	9,592	960	円	
	要介護5	10,726	1,072	円	
通常規模型通所介護費 (所要時間6時間以上7時間未満の場合)	要介護1	6,366	636	円	
	要介護2	7,510	751	円	
	要介護3	8,676	868	円	
	要介護4	9,821	982	円	
	要介護5	10,987	1,099	円	
通常規模型通所介護費 (所要時間7時間以上8時間未満の場合)	要介護1	7,172	717	円	
	要介護2	8,469	847	円	
	要介護3	9,810	981	円	
	要介護4	11,151	1,115	円	
	要介護5	12,513	1,252	円	
通常規模型通所介護費 (所要時間8時間以上9時間未満の場合)	要介護1	7,292	730	円	
	要介護2	8,622	862	円	
	要介護3	9,974	997	円	
	要介護4	11,347	1,134	円	
	要介護5	12,731	1,273	円	
入浴介助加算Ⅰ	1日あたり	436	44	円	
入浴介助加算Ⅱ	1日あたり	600	60	円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日あたり	610	61	円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	1日あたり	828	83	円	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月あたり	218	22	円	
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3月に1回限度)	2,180	218	円	
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,180	218	円	
生活機能向上連携加算Ⅱ (個別機能訓練加算を算定している場合)	1月あたり	1,090	109	円	
ADL維持等加算(Ⅰ)	1月あたり	327	33	円	
ADL維持等加算(Ⅱ)	1月あたり	654	66	円	
認知症加算	1日あたり	654	66	円	
若年性認知症利用者受入加算	1日あたり	654	66	円	
栄養改善加算	1回あたり(月2回まで)	2,180	218	円	
栄養アセスメント加算	1回あたり	545	55	円	
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	218	22	円	
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	55	5	円	
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,635	164	円	
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,744	175	円	
科学的介護推進体制加算	1月あたり	436	44	円	
中重度ケア体制加算	1日あたり	491	49	円	
送迎減算	片道あたり	512	51	円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日あたり	240	24	円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日あたり	196	20	円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日あたり	65	7	円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%	介護報酬額の5.9%	利用者負担額の5.9%		
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%	介護報酬額の4.3%	利用者負担額の4.3%		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%	介護報酬額の1.2%	利用者負担額の1.2%		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%	介護報酬額の1.0%	利用者負担額の1.0%		
ベースアップ等支援加算		介護報酬額の1.1%	利用者負担額の1.1%		
1日あたりの基本料金	項目	条件	負担金額		
	キャンセル料	ご利用日の前営業日12時まで連絡あり	0円		
		ご利用日の前営業日12時まで連絡なし	利用者負担額(介護報酬額の2割分)		
	※ただし、利用者の症状の急変や急な入院の場合には、キャンセル料は請求いたしません。				
	食費	1食あたり(食材料費及び調理コスト)	800円		
	食費キャンセル料	ご利用日の9時30分まで連絡なし	750円		
	教養娯楽費	クラブ材料費、持ち帰り作品により別途	実費		
オムツ代	はくパンツ 1枚あたり	80円			
	パッド 1枚あたり	25円			
理美容代	訪問理美容実施日	実費			
保険給付外	利用者サービスの希望により提供料				
	キャンセル料	0円			
	食費	800円			
	食費キャンセル料	750円			
	教養娯楽費	実費			
	オムツ代	80円			
	理美容代	実費			

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービスに要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数(計画時間数)によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料等となります。なお、引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行います。
- ※ 利用者の心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる(1~2時間程度の利用)場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の介護報酬額及び利用者負担額は、70/100となります。
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて、お住まいの区市町村へ居宅サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

○相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は下記相談窓口までお申し出下さい。

☆サービス相談窓口☆

電話番号:03-5313-0008

受付窓口:生活相談員 濱島 義明

(受付時間 月~金曜日 8:30~17:30)

苦情解決責任者:施設長 樫尾 潔

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

☆その他☆

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも苦情を伝えることができます。

事業者

<事業者名> 東京敬寿園 (指定事業所番号 1371203587号)

<住所> 東京都世田谷区上祖師谷7丁目1番1号

<代表者名> 施設長 樫尾 潔 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日 _____ 利用者 _____ 印

_____ 身元引受人(連帯保証人) _____ 印

【重要事項説明書別紙】

○料金 (2割負担) (R7年4月～)

項目	要介護度	介護報酬額		利用者負担額 (介護報酬額の2割分)	
		金額	円	金額	円
通所型サービス費(独自)	事業対象者・要支援1	19,598	円	3,920	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	19,598	円	3,920	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	39,468	円	7,894	円
通所型サービス費(独自) 日割	事業対象者・要支援2	643	円	129	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	643	円	129	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	1,297	円	260	円
若年性認知症利用者受入加算	1月あたり	2,616	円	524	円
生活機能向上グループ活動加算	1月あたり	1,090	円	218	円
運動器機能向上加算	1月あたり	2,452	円	491	円
栄養改善加算	1月あたり	2,180	円	436	円
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	218	円	44	円
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	54	円	11	円
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,635	円	324	円
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,744	円	349	円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3ヵ月に1回限度)	1,090	円	218	円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,180	円	436	円
生活機能向上連携加算Ⅱ (運動器機能向上加算を算定している場合)	1月あたり	1,090	円	218	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月あたり	5,232	円	1,047	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1月あたり	7,630	円	1,526	円
科学的介護推進加算	1月あたり	436	円	88	円
事業所評価加算	1月あたり	1,308	円	262	円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	事業対象者・要支援1	959	円	192	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	959	円	192	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	1,918	円	384	円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	784	円	137	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	784	円	137	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	1,569	円	314	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1	261	円	53	円
	事業対象者・要支援2 (週1回程度)	261	円	53	円
	事業対象者・要支援2 (週2回程度)	523	円	105	円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%	介護報酬額の5.9%	利用者負担額の5.9%		
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%	介護報酬額の4.3%	利用者負担額の4.3%		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%	介護報酬額の1.2%	利用者負担額の1.2%		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%	介護報酬額の1.0%	利用者負担額の1.0%		
ベースアップ等支援加算		介護報酬額の1.1%	利用者負担額の1.1%		

項目	要介護度	介護報酬額		利用者負担額 (介護報酬額の1割分)	
		金額	円	金額	円
通所型サービス費(独自)	事業対象者・要支援1	19,202	円	3,841	円
	事業対象者・要支援2	38,672	円	7,735	円
通所型サービス費(独自) 日割	事業対象者・要支援2	630	円	126	円
	事業対象者・要支援2	1,270	円	254	円
若年性認知症利用者受入加算	1月あたり	2,563	円	513	円
生活機能向上グループ活動加算	1月あたり	1,068	円	214	円
運動器機能向上加算	1月あたり	2,403	円	481	円
栄養改善加算	1月あたり	2,136	円	428	円
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	213	円	43	円
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	53	円	11	円
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,602	円	321	円
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,708	円	342	円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3ヵ月に1回限度)	1,068	円	214	円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,136	円	428	円
生活機能向上連携加算Ⅱ (運動器機能向上加算を算定している場合)	1月あたり	1,068	円	214	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月あたり	5,126	円	1,026	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1月あたり	7,476	円	1,496	円
科学的介護推進加算	1月あたり	427	円	86	円
事業所評価加算	1月あたり	1,281	円	257	円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	事業対象者・要支援1	939	円	188	円
	事業対象者・要支援2	1,879	円	376	円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	769	円	154	円
	事業対象者・要支援2	1,537	円	305	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1	256	円	52	円
	事業対象者・要支援2	512	円	103	円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%	介護報酬額の5.9%	利用者負担額の5.9%		
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%	介護報酬額の4.3%	利用者負担額の4.3%		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%	介護報酬額の1.2%	利用者負担額の1.2%		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%	介護報酬額の1.0%	利用者負担額の1.0%		
ベースアップ等支援加算		介護報酬額の1.1%	利用者負担額の1.1%		

通所型サービス(独自) 世田谷区

1月あたりの基本料金

通所型サービス(独自) 調布市

1月あたりの基本料金

	項目	要介護度	介護報酬額		利用者負担額 (介護報酬額の1割分)		
			円	円	円	円	
1日あたりの基本料金	通常規模型通所介護費 (所要時間3時間以上4時間未満の場合)	要介護1	4,033	円	825	円	
		要介護2	4,611	円	939	円	
		要介護3	5,221	円	1,045	円	
		要介護4	5,810	円	1,162	円	
		要介護5	6,409	円	1,282	円	
	通常規模型通所介護費 (所要時間4時間以上5時間未満の場合)	要介護1	4,229	円	846	円	
		要介護2	4,840	円	968	円	
		要介護3	5,472	円	1,094	円	
		要介護4	6,104	円	1,221	円	
		要介護5	6,725	円	1,345	円	
	通常規模型通所介護費 (所要時間5時間以上6時間未満の場合)	要介護1	6,213	円	1,243	円	
		要介護2	7,336	円	1,467	円	
		要介護3	8,469	円	1,694	円	
		要介護4	9,592	円	1,919	円	
		要介護5	10,726	円	2,145	円	
	通常規模型通所介護費 (所要時間6時間以上7時間未満の場合)	要介護1	6,366	円	1,273	円	
		要介護2	7,510	円	1,502	円	
		要介護3	8,676	円	2,265	円	
		要介護4	9,821	円	1,964	円	
		要介護5	10,987	円	2,198	円	
	通常規模型通所介護費 (所要時間7時間以上8時間未満の場合)	要介護1	7,172	円	1,435	円	
		要介護2	8,469	円	1,694	円	
		要介護3	9,810	円	1,962	円	
		要介護4	11,151	円	2,230	円	
		要介護5	12,513	円	2,503	円	
	通常規模型通所介護費 (所要時間8時間以上9時間未満の場合)	要介護1	7,292	円	1,459	円	
		要介護2	8,622	円	1,724	円	
		要介護3	9,974	円	1,995	円	
		要介護4	11,347	円	2,269	円	
		要介護5	11,641	円	2,328	円	
	入浴介助加算Ⅰ	1日あたり	436	円	88	円	
	入浴介助加算Ⅱ	1日あたり	600	円	120	円	
	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日あたり	610	円	122	円	
	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	1日あたり	828	円	166	円	
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月あたり	218	円	44	円	
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3月に1回限度)	1,090	円	218	円		
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,180	円	436	円		
生活機能向上連携加算Ⅱ (個別機能訓練加算を算定している場合)	1月あたり	1,090	円	218	円		
ADL維持等加算(Ⅰ)	1月あたり	327	円	66	円		
ADL維持等加算(Ⅱ)	1月あたり	654	円	131	円		
認知症加算	1日あたり	654	円	131	円		
若年性認知症利用者受入加算	1日あたり	654	円	131	円		
栄養改善加算	1回あたり(月2回まで)	2,180	円	436	円		
栄養アセスメント加算	1回あたり	545	円	109	円		
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	218	円	44	円		
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	55	円	11	円		
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,635	円	327	円		
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,744	円	349	円		
科学的介護推進体制加算	1日あたり	436	円	88	円		
中重度ケア体制加算	1日あたり	491	円	98	円		
送迎減算	片道あたり	512	円	103	円		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日あたり	240	円	48	円		
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日あたり	196	円	39	円		
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日あたり	65	円	13	円		
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%	介護報酬額の5.9%		利用者負担額の5.9%			
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%	介護報酬額の4.3%		利用者負担額の4.3%			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%	介護報酬額の1.2%		利用者負担額の1.2%			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%	介護報酬額の1.0%		利用者負担額の1.0%			
ベースアップ等支援加算		介護報酬額の1.1%		利用者負担額の1.1%			
保険給付外	利用者の希望等に より提供料	項目	条件	負担金額			
		キャンセル料	ご利用日の前営業日12時まで連絡あり	0円			
			ご利用日の前営業日12時まで連絡なし	利用者負担額(介護報酬額の2割分)			
		※ただし、利用者の症状の急変や急な入院の場合には、キャンセル料は請求いたしません。					
		食費	1食あたり(食材料費及び調理コスト)	800円			
		食費キャンセル料	ご利用日の9時30分まで連絡なし	750円			
		教養娯楽費	クラブ材料費、持ち帰り作品により別途	実費			
		オムツ代	はくパンツ 1枚あたり	80円			
パッド 1枚あたり	25円						
理美容代	訪問理美容実施日	実費					

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービスに要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数(計画時間数)によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料等となります。なお、引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行います。
- ※ 利用者の心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる(1~2時間程度の利用)場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の介護報酬額及び利用者負担額は、70/100となります。
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいっただんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて、お住まいの区市町村へ居宅サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

○相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は下記相談窓口までお申し出下さい。

☆サービス相談窓口☆

電話番号:03-5313-0008

受付窓口:生活相談員 濱島 義明
(受付時間 月~金曜日 8:30~17:30)

苦情解決責任者:施設長 榎尾 潔

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

☆その他☆

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも苦情を伝えることができます。

事業者

<事業者名> 東京敬寿園 (指定事業所番号 1371203587号)

<住所> 東京都世田谷区上祖師谷7丁目1番1号

<代表者名> 施設長 榎尾 潔 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日 _____ 利用者 _____ 印

_____ 身元引受人(連帯保証人) _____ 印

【重要事項説明書別紙】

○料金 (3割負担) (R7年4月～)

項目	要介護度	介護報酬額		利用者負担額 (介護報酬額の3割分)	
		円	円	円	円
通所型サービス費(独自)	事業対象者・要支援1	19,598	円	5,880	円
	事業対象者、要支援2 (週1回程度)	19,598	円	5,880	円
	事業対象者、要支援2 (週2回程度)	39,468	円	11,841	円
通所型サービス費(独自) 日割	事業対象者・要支援2	643	円	193	円
	事業対象者、要支援2 (週1回程度)	643	円	193	円
	事業対象者、要支援2 (週2回程度)	1,297	円	390	円
若年性認知症利用者受入加算	1月あたり	2,616	円	785	円
生活機能向上グループ活動加算	1月あたり	1,090	円	327	円
運動器機能向上加算	1月あたり	2,452	円	736	円
栄養改善加算	1月あたり	2,180	円	654	円
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	218	円	66	円
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	54	円	17	円
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,635	円	491	円
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,744	円	524	円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3ヵ月に1回限度)	1,090	円	327	円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,180	円	654	円
生活機能向上連携加算Ⅱ (運動器機能向上加算を算定している場合)	1月あたり	1,090	円	327	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月あたり	5,232	円	1,570	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1月あたり	7,630	円	2,289	円
科学的介護推進加算	1月あたり	436	円	131	円
事業所評価加算	1月あたり	1,308	円	393	円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	事業対象者・要支援1	959	円	288	円
	事業対象者、要支援2 (週1回程度)	959	円	288	円
	事業対象者、要支援2 (週2回程度)	1,918	円	576	円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	784	円	236	円
	事業対象者、要支援2 (週1回程度)	784	円	236	円
	事業対象者、要支援2 (週2回程度)	1,569	円	471	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1	261	円	79	円
	事業対象者、要支援2 (週1回程度)	261	円	79	円
	事業対象者、要支援2 (週2回程度)	523	円	157	円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%	介護報酬額の5.9%		利用者負担額の5.9%	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%	介護報酬額の4.3%		利用者負担額の4.3%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%	介護報酬額の1.2%		利用者負担額の1.2%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%	介護報酬額の1.0%		利用者負担額の1.0%	
ベースアップ等支援加算		介護報酬額の1.1%		利用者負担額の1.1%	

通所型サービス(独自) 世田谷区

1月あたりの基本料金

項目	要介護度	介護報酬額		利用者負担額 (介護報酬額の1割分)	
		円	円	円	円
通所型サービス費(独自)	事業対象者・要支援1	19,202	円	5,761	円
	事業対象者、要支援2	38,672	円	11,602	円
通所型サービス費(独自) 日割	事業対象者・要支援2	630	円	189	円
	事業対象者、要支援2	1,270	円	381	円
若年性認知症利用者受入加算	1月あたり	2,563	円	769	円
生活機能向上グループ活動加算	1月あたり	1,068	円	321	円
運動器機能向上加算	1月あたり	2,403	円	721	円
栄養改善加算	1月あたり	2,136	円	641	円
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	213	円	64	円
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	53	円	16	円
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,602	円	481	円
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,708	円	513	円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3ヵ月に1回限度)	1,068	円	321	円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,136	円	641	円
生活機能向上連携加算Ⅱ (運動器機能向上加算を算定している場合)	1月あたり	1,068	円	321	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月あたり	5,126	円	1,538	円
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1月あたり	7,476	円	2,243	円
科学的介護推進加算	1月あたり	427	円	129	円
事業所評価加算	1月あたり	1,281	円	385	円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	事業対象者・要支援1	939	円	282	円
	事業対象者、要支援2	1,879	円	564	円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	769	円	231	円
	事業対象者、要支援2	1,537	円	462	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1	256	円	77	円
	事業対象者、要支援2	512	円	154	円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%	介護報酬額の5.9%		利用者負担額の5.9%	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%	介護報酬額の4.3%		利用者負担額の4.3%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%	介護報酬額の1.2%		利用者負担額の1.2%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%	介護報酬額の1.0%		利用者負担額の1.0%	
ベースアップ等支援加算		介護報酬額の1.1%		利用者負担額の1.1%	

通所型サービス(独自) 調布市

1月あたりの基本料金

項目	要介護度	介護報酬額		利用者負担額 (介護報酬額の3割分)	
		円	円	円	円
通常規模型通所介護費 (所要時間3時間以上4時間未満の場合)	要介護1	4,033	円	1,226	円
	要介護2	4,611	円	1,398	円
	要介護3	5,221	円	1,567	円
	要介護4	5,810	円	1,743	円
	要介護5	6,409	円	1,923	円
通常規模型通所介護費 (所要時間4時間以上5時間未満の場合)	要介護1	4,229	円	1,269	円
	要介護2	4,840	円	1,452	円
	要介護3	5,472	円	1,641	円
	要介護4	6,104	円	1,832	円
	要介護5	6,725	円	2,018	円
通常規模型通所介護費 (所要時間5時間以上6時間未満の場合)	要介護1	6,213	円	1,864	円
	要介護2	7,336	円	2,200	円
	要介護3	8,469	円	2,541	円
	要介護4	9,592	円	2,878	円
	要介護5	10,726	円	3,218	円
通常規模型通所介護費 (所要時間6時間以上7時間未満の場合)	要介護1	6,366	円	1,910	円
	要介護2	7,510	円	2,253	円
	要介護3	8,676	円	2,603	円
	要介護4	9,821	円	2,946	円
	要介護5	10,987	円	3,296	円
通常規模型通所介護費 (所要時間7時間以上8時間未満の場合)	要介護1	7,172	円	2,152	円
	要介護2	8,469	円	2,541	円
	要介護3	9,810	円	2,943	円
	要介護4	11,151	円	3,345	円
	要介護5	12,513	円	3,754	円
通常規模型通所介護費 (所要時間8時間以上9時間未満の場合)	要介護1	7,292	円	2,188	円
	要介護2	8,622	円	2,586	円
	要介護3	9,974	円	2,992	円
	要介護4	11,347	円	3,404	円
	要介護5	12,731	円	3,820	円
入浴介助加算Ⅰ	1日あたり	436	円	131	円
入浴介助加算Ⅱ	1日あたり	600	円	180	円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日あたり	610	円	213	円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	1日あたり	828	円	249	円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月あたり	218	円	66	円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり(3月に1回限度)	1,090	円	327	円
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,180	円	654	円
生活機能向上連携加算Ⅱ (個別機能訓練加算を算定している場合)	1月あたり	1,090	円	327	円
ADL維持等加算(Ⅰ)	1月あたり	327	円	99	円
ADL維持等加算(Ⅱ)	1月あたり	654	円	197	円
認知症加算	1日あたり	654	円	197	円
若年性認知症利用者受入加算	1日あたり	654	円	197	円
栄養改善加算	1回あたり(月2回まで)	2,180	円	654	円
栄養アセスメント加算	1回あたり	545	円	164	円
口腔スクリーニング加算Ⅰ	1回あたり	218	円	66	円
口腔スクリーニング加算Ⅱ	1回あたり	55	円	16	円
口腔機能向上加算Ⅰ	1回あたり(月2回まで)	1,635	円	491	円
口腔機能向上加算Ⅱ	1回あたり(月2回まで)	1,744	円	524	円
科学的介護推進体制加算	1日あたり	436	円	131	円
中重度ケア体制加算	1日あたり	491	円	147	円
送迎減算	片道あたり	512	円	154	円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日あたり	240	円	72	円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日あたり	196	円	59	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日あたり	65	円	20	円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～9.2%	介護報酬額の5.9%		利用者負担額の5.9%	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～9%	介護報酬額の4.3%		利用者負担額の4.3%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和6年6月～8.0%	介護報酬額の1.2%		利用者負担額の1.2%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	令和6年6月～6.4%	介護報酬額の1.0%		利用者負担額の1.0%	
ベースアップ等支援加算		介護報酬額の1.1%		利用者負担額の1.1%	

項目	条件	負担金額	
		円	円
キャンセル料	ご利用日の前営業日12時まで連絡あり	0	円
	ご利用日の前営業日12時まで連絡なし	利用者負担額(介護報酬額の3割分)	
※ただし、利用者の症状の急変や急な入院の場合には、キャンセル料は請求いたしません。			
食費	1食あたり(食材料費及び調理コスト)	800	円
食費キャンセル料	ご利用日の9時30分まで連絡なし	750	円
教養娯楽費	クラブ材料費、持ち帰り作品により別途	実費	
オムツ代	はくパンツ 1枚あたり	80	円
	パッド 1枚あたり	25	円
理美容代	訪問理美容実施日	実費	

1日あたりの基本料金

通所介護

保険給付外

利用者の希望により提供する料

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービスに要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数(計画時間数)によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料等となります。なお、引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行います。
- ※ 利用者の心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる(1～2時間程度の利用)場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の介護報酬額及び利用者負担額は、70/100となります。
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて、お住まいの区市町村へ居宅サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

○相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は下記相談窓口までお申し出下さい。

☆サービス相談窓口☆

電話番号: 03-5313-0008

受付窓口: 生活相談員 濱島 義明
(受付時間 月～金曜日 8:30～17:30)

苦情解決責任者: 施設長 樫尾 潔

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

☆その他☆

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも苦情を伝えることができます。

事業者

<事業者名> 東京敬寿園 (指定事業所番号 1371203587号)

<住所> 東京都世田谷区上祖師谷7丁目1番1号

<代表者名> 施設長 樫尾 潔 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日 _____ 利用者 _____ 印

_____ 身元引受人(連帯保証人) _____ 印