

重 要 事 項 説 明 書 別 紙

◆相談・要望・苦情等の窓口

(1) 白鷺園デイサービスセンター：河原 勇太（生活相談員）

連絡先：047-452-2462

(2) 事業所以外の市町村等の相談・苦情窓口

習志野市役所 介護保険課 : 047-451-1151

千葉県国民健康保険団体連合会 : 029-301-1567

◆通所介護の提供場所・内容

事業所の住所 習志野市鷺沼3-6-44

営業時間 午前 8時30分 ～ 午後 5時30分

サービス提供時間 午前 9時30分 ～ 午後 4時45分

ご利用場所 白鷺園デイサービスセンター

ご利用可能設備等 食堂兼機能訓練室：121.08㎡

浴室：一般浴槽

専用送迎車あり

サービスの内容

通所介護計画、介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画に沿って、送迎・食事の提供・入浴介助・機能訓練その他必要な介護等を行います。

利用料金

(1) 通所介護利用料（基本料金）

通常規模型通所介護（7時間以上～8時間未満）

介護予防・日常生活総合事業サービス

	1月あたりの 利用料金	1月あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
事業対象者 要支援1	17980 円	1,798 円	3,596 円	5,394 円
事業対象者 要支援2	36210 円	3,621 円	7,242 円	10,863 円

要介護者 ※変更済み

	1日あたりの 利用料金	1日あたりの自己負担額		
		負担割合 1割	負担割合 2割	負担割合 3割
要介護 1	6,580 円	658 円	1,316 円	1,974 円
要介護 2	7,770 円	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護 3	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円
要介護 4	10,230 円	1,023 円	2,046 円	3,069 円
要介護 5	11,480 円	1,148 円	2,296 円	3,444 円

(2) 各種加算

◆介護予防・日常生活支援総合事業サービス 予防としての記載は確認できず

① 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※介護は変更なし

利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を提供している場合。

(6 月に 1 回を限度とする)

1 回あたり	200 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額	20 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額	40 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額	60 円

② 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) ※介護は変更なし

利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行ない、当該情報を介護支援専門員に提供している場合。(6 月に 1 回を限度とする)

1 回あたり	50 円
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額	5 円
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額	10 円
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額	15 円

③ 運動器機能向上加算 ※確認できず

運動器の機能向上を目的として、利用者の心身の状態の維持又は向上の為の個別訓練を行った場合。

1月あたり	2, 250円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額	225円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額	450円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額	675円

④ 科学的介護推進体制加算 ※介護は変更なし要件変更あり

厚生労働省へ利用者情報等を提出し、フィードバックを受けている場合。

1月あたり	400円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額	40円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額	80円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額	120円

⑤ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ※介護は変更なし

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が70%以上。

介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上。

※以上のいずれかに該当

事業対象者・要支援1	1月あたり	880円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		88円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		176円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		264円

事業対象者・要支援2	1月あたり	1,760円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		176円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		352円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		528円

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の割合が50%以上。

事業対象者・要支援1	1月あたり	720円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		72円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		144円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		216円

事業対象者・要支援2	1月あたり	1,440円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		144円

介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額	<u>2 8 8 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額	<u>4 3 2 円</u>

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 4 0 % 以上。

介護職員の総数のうち勤続 7 年以上の介護職員が 3 0 % 以上。

※以上のいいずれかに該当

事業対象者・要支援 1	1 月あたり	<u>2 4 0 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>2 4 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>4 8 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>7 2 円</u>

事業対象者・要支援 2	1 月あたり	<u>4 8 0 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額		<u>4 8 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額		<u>9 6 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額		<u>1 4 4 円</u>

2024 年 6 月から

⑥介護職員等処遇改善加算

加算Ⅰ 1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 9.2 % を乗じた料金。
Ⅱに加え、経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上
配置していること

加算Ⅱ 1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 9.0 % を乗じた料金。
Ⅲに加え、改善後の賃金年額 4 4 0 万円以上が 1 人以上
職場環境の更なる改善、見える化

加算Ⅲ 1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 8.0 % を乗じた料金。
Ⅳに加え、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備

加算Ⅳ 1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 6.4 % を乗じた料金。
職場環境の改善、賃金体系の整備及び研修の実施等

◆通所介護

①入浴介助加算（Ⅰ） ※単位数変更なし（要件変更あり）

入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有し、入浴介助に関わる職員に対し入浴介助に関する研修を行い入浴介助した場合。

	1日あたり	400円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		40円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		80円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		120円

② 入浴介助加算（Ⅱ） ※単位数変更なし（要件変更あり）

専門職等が居宅を訪問し評価した者との連携の下で、利用者の身体状況や居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成。個浴その他居宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合。

	1日あたり	550円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		55円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		110円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		165円

③ 生活機能向上連携加算（Ⅰ） ※単位数変更なし

訪問リハビリテーション事業所等の PT、ST、OT が自宅訪問時同行するなどして共同でアセスメントを行ない、個別機能訓練計画書を作成、実施した場合。（3月に1回を限度とする）

	1月あたり	1,000円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		100円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		200円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		300円

④ 生活機能向上連携加算（Ⅱ） ※単位数変更なし

訪問リハビリテーション事業所等の PT、ST、OT や医師からの助言を受けたうえで個別機能訓練計画書を作成、実施した場合。

	1月あたり	2,000円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		200円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		400円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		600円

⑤ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ ※単位数変更なし

専従の機能訓練指導員が居宅を訪問し、生活状況を把握したうえ、他職種共同で個別機能訓練計画書を作成、実施した場合。

	1日あたり	560円
--	-------	------

介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額	<u>5 6 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額	<u>1 1 2 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額	<u>1 6 8 円</u>

⑥ 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ ※変更あり 要件変更あり

個別機能訓練加算（Ⅰ）イに加えて更に機能訓練指導員を配置している場合。

1 日あたり	<u>7 6 0 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額	<u>7 6 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額	<u>1 5 2 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額	<u>2 2 8 円</u>

⑦ 個別機能訓練加算（Ⅱ） ※単位数変更なし

個別機能訓練加算（Ⅰ）に加えて個別機能訓練計画の内容等を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けている場合。

1 月あたり	<u>2 0 0 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額	<u>2 0 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額	<u>4 0 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額	<u>6 0 円</u>

⑧ 中重度者ケア体制加算 ※単位数変更なし

全利用者の要介護状態区分の中重度割合が該当し、介護職、看護職を配置基準に加えて 2 以上配置している場合。

1 月あたり	<u>4 5 0 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額	<u>4 5 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額	<u>9 0 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額	<u>1 3 5 円</u>

⑨ ADL 維持等加算（Ⅰ） ※単位数変更なし

利用者全員に Barthel Index で適切に評価を行ない、厚生労働省に提出している場合。ADL 利得値が 1 以上である事。

1 月あたり	<u>3 0 0 円</u>
介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額	<u>3 0 円</u>
介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額	<u>6 0 円</u>
介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額	<u>9 0 円</u>

⑩ ADL 維持等加算（Ⅱ） ※単位数変更なし

ADL 維持等加算（Ⅰ）の要件に加え、ADL 利得値が 3 以上である場合。

	1月あたり	600円
介護保険負担割合 1割の方の自己負担額		60円
介護保険負担割合 2割の方の自己負担額		120円
介護保険負担割合 3割の方の自己負担額		180円

⑪ 認知症加算 ※単位数変更なし、要件変更あり

認知症生活自立度がⅢ、Ⅳ、Ⅴの割合が利用者総数の15%以上の場合。
認知症介護に関わる専門的又は実践的な研修を終了した者を1名以上配置。
認知症ケアに関する事例検討や技術的指導に係る会議を定期的に開催。

	1月あたり	600円
介護保険負担割合 1割の方の自己負担額		60円
介護保険負担割合 2割の方の自己負担額		120円
介護保険負担割合 3割の方の自己負担額		180円

⑫ 栄養アセスメント加算 ※単位数変更なし

管理栄養士を配置し、他職種共同でアセスメントを行ない、厚生労働省へデータを提出し、フィードバックを受けている場合。

	1月あたり	500円
介護保険負担割合 1割の方の自己負担額		50円
介護保険負担割合 2割の方の自己負担額		100円
介護保険負担割合 3割の方の自己負担額		150円

⑬ 栄養改善加算 ※単位数変更なし

利用者ごとの栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスの提供にあたって、必要に応じて居宅を訪問した場合。月2回を上限とする。

	1回あたり	2,000円
介護保険負担割合 1割の方の自己負担額		200円
介護保険負担割合 2割の方の自己負担額		400円
介護保険負担割合 3割の方の自己負担額		600円

⑭ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） ※単位数変更なし

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を提供している場合。

（6月に1回を限定とする）

	1回あたり	200円
介護保険負担割合 1割の方の自己負担額		20円
介護保険負担割合 2割の方の自己負担額		40円

介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額 6 0 円

⑮ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）※単位数変更なし

利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行ない、当該情報を介護支援専門員に提供している場合。

（6 月に 1 回を限度とする）

1 回あたり 5 0 円

介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額 5 円

介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額 1 0 円

介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額 1 5 円

⑯ 口腔機能向上加算（Ⅰ）※単位数変更なし

言語聴覚士、歯科衛生士、看護職により口腔清掃の指導、もしくは実施又は摂食、嚥下機能訓練を実施した場合、3 月の期間、月に 2 回を上限とする。

1 月あたり 1, 5 0 0 円

介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額 1 5 0 円

介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額 3 0 0 円

介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額 4 5 0 円

⑰ 口腔機能向上加算（Ⅱ）※単位数変更なし

口腔機能向上加算（Ⅰ）に加え情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用している場合。

1 月あたり 1, 6 0 0 円

介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額 1 6 0 円

介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額 3 2 0 円

介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額 4 8 0 円

⑱ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 7 0 % 以上。

介護職員の総数のうち勤続 1 0 年以上の介護福祉士の割合が 2 5 % 以上。

※以上のいずれかに該当

1 日あたり 2 2 0 円

介護保険負担割合 1 割の方の自己負担額 2 2 円

介護保険負担割合 2 割の方の自己負担額 4 4 円

介護保険負担割合 3 割の方の自己負担額 6 6 円

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の割合が50%以上。

	1日あたり	180円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		18円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		36円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		54円

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が40%以上。

介護職員の総数のうち勤続7年以上の介護職員が30%以上。

※以上のいずれかに該当

	1日あたり	60円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		6円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		12円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		18円

⑭ 科学的介護推進体制加算※単位数変更なし 要件変更あり

厚生労働省へ利用者情報等を提出し、フィードバックを受けている場合。

	1月あたり	400円
介護保険負担割合1割の方の自己負担額		40円
介護保険負担割合2割の方の自己負担額		80円
介護保険負担割合3割の方の自己負担額		120円

⑯ 介護職員等処遇改善加算（2024年6月から）

加算Ⅰ 1ヶ月の基本・各種加算の合計に9.2%を乗じた料金。

Ⅱに加え、経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること

加算Ⅱ 1ヶ月の基本・各種加算の合計に9.0%を乗じた料金。

Ⅲに加え、改善後の賃金年額440万円以上が1人以上
職場環境の更なる改善、見える化

加算Ⅲ 1ヶ月の基本・各種加算の合計に8.0%を乗じた料金。

Ⅳに加え、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備

加算Ⅳ 1ヶ月の基本・各種加算の合計に6.4%を乗じた料金。

職場環境の改善、賃金体系の整備及び研修の実施等

②②③は 2024 年 5 月まで

②①介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 5.9 % を乗じた料金。

②②介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）

1 ヶ月の基本・各種加算の合計（介護職員処遇改善加算を除く）に 1.0 % を乗じた料金。

②③介護職員等ベースアップ等支援加算

1 ヶ月の基本・各種加算の合計に 1.1 % を乗じた料金

②④業務継続計画未実施減算

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合に、
基本報酬の 1% 減算
(感染症の予防及び蔓延防止のための指針の整備及び、非常災害に関する
具体的計画の策定を行っている場合には、令和 7 年 3 月 31 日まで適用しない)

②⑤高齢者防止措置未実施減算

虐待の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合に、
基本報酬の 1% 減算

(3) その他の費用

① 食事代（全額自己負担）

昼食	650 円
おやつ	70 円

② リハビリパンツ（ML・1 枚 1 4 0 円、LL 1 枚 1 5 5 円）、
紙オムツ（M・1 枚 1 2 0 円、L・1 枚 1 3 5 円）パット（1 枚 3 0 円）、
連絡帳袋（1 枚 1 1 0 円）、連絡ファイル（1 冊 1 5 0 円）、
マスク（1 枚 2 0 円）、レクリエーションに係る材料費等保険適用外の
ものは自己負担となります。

(4) 償還払いの対応について

介護保険適用の場合でも、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。その場合は一旦利用料金の全額を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、保険者である市町村の窓口に提出すると、差額の払い戻しを受けることができます。

(5) 料金の支払方法

利用料金は、金融機関からの口座振替をお願いしております。サービス利用月の翌月 10 日以降に請求明細書を発行し、27 日に引き落としさせていただきます。(該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日) 口座振替での支払いが困難な場合は、現金でのお支払いも考慮します。その場合、サービス利用月の翌月末までにお支払いいただきますようお願いいたします。

◆キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

1) ご利用日の前営業日午後 5 時までにご連絡いただいた場合	・・・ 無 料
2) ご利用日当日の午前 8 時までにご連絡いただいた場合	・・・ 利用料の 50%
3) ご利用日当日の午前 8 時までにご連絡がなかった場合	・・・ 利用料の 100%

※ご利用日が月曜日または休日前の場合はご注意ください。

※同月内であれば、ご希望日に振り替えることができます。その場合、上記キャンセル料はかかりません。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

◆健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気、著しい体調不良の場合は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、看護師が利用を困難と判断した場合は、早退等サービスの変更または中止することがあります。その際送迎はご家族でお願い致します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかにかかりつけの医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号	
職場	
携帯電話	
続柄	
緊急連絡先② ※上記の方以外で、日中連絡の取れる方をご記入下さい。	
氏名	
住所	
電話番号	
職場	
携帯電話	
続柄	
主治医	
病院または 診療所	
医師名	
住所	
電話番号	