

高齢者在宅サービスセンター 清風園 契約書第5条別紙

2021年4月改定

1. 利用料金等

※利用者が支払う基本料金は厚生労働大臣の定める介護給付費の額とします。

※基本料金は、1ヵ月分のサービス利用の合計単位数に地域区分2級地の10.72円を掛けた額とし、ご利用料はご利用者の自己負担割合に応じて算出した金額となります。

その為合計金額では1日分の料金計算と若干の誤差が生じることがあります。

(1) 通所介護 基本料金及び加算料金等 自己負担額(目安)

通常型通所介護費	単位/回	金額/回	1割	2割	3割
要介護 1 (6時間以上7時間未満)	581単位	6,228円	623円	1,246円	1,869円
要介護 2 (6時間以上7時間未満)	686単位	7,353円	736円	1,471円	2,206円
要介護 3 (6時間以上7時間未満)	792単位	8,490円	849円	1,698円	2,547円
要介護 4 (6時間以上7時間未満)	897単位	9,615円	962円	1,923円	2,885円
要介護 5 (6時間以上7時間未満)	1,003単位	10,752円	1,076円	2,151円	3,226円
要介護 1 (7時間以上8時間未満)	655単位	7,021円	703円	1,405円	2,107円
要介護 2 (7時間以上8時間未満)	773単位	8,286円	829円	1,658円	2,486円
要介護 3 (7時間以上8時間未満)	896単位	9,605円	961円	1,921円	2,882円
要介護 4 (7時間以上8時間未満)	1,018単位	10,912円	1,092円	2,183円	3,274円
要介護 5 (7時間以上8時間未満)	1,142単位	12,242円	1,225円	2,449円	3,673円
*入浴介助加算(Ⅰ)	40単位	428円	43円	86円	129円
*入浴介助加算(Ⅱ)	55単位	589円	59円	118円	177円
*中重度者ケア体制加算	45単位	482円	49円	97円	145円
*個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56単位	600円	60円	120円	180円
*個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	85単位	911円	92円	183円	274円
*個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位 /月	214円 /月	22円	43円	65円
*生活機能向上連携加算(Ⅰ)(3ヶ月に1回を限度)	100単位 /月	1,072円 /月	108円	215円	322円
*生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位 /月	2,144円 /月	215円	429円	644円
*ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位 /月	321円 /月	33円	65円	97円
*ADL維持等加算(Ⅱ)	60単位 /月	643円 /月	65円	129円	193円
*認知症加算	60単位	643円	65円	129円	193円
若年性認知症加算	60単位	643円	65円	129円	193円
*認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	32円	4円	7円	10円
*認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位	42円	5円	9円	13円
*栄養アセスメント加算	50単位 /月	536円 /月	54円	108円	161円
*栄養改善加算(3ヶ月以内、月に2回を限度)	200単位	2,144円	215円	429円	644円
*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6ヶ月に1回)	20単位 /回	214円 /月	22円	43円	65円
*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6ヶ月に1回)	5単位 /回	53円 /月	6円	11円	16円
*口腔機能向上加算(Ⅰ)(3ヶ月以内、月に2回を限度)	150単位	1,608円	161円	322円	483円
*口腔機能向上加算(Ⅱ)(3ヶ月以内、月に2回を限度)	160単位	1,715円	172円	343円	515円
*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位	235円	24円	47円	71円
*サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位	192円	20円	39円	58円
*サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位	64円	7円	13円	20円
*科学的介護推進体制加算	40単位 /月	428円 /月	43円	86円	129円
送迎を行わない場合(片道)	-47単位	-503円	-51円	-101円	-151円

*印については選択サービスとなり、介護福祉士、看護師、機能訓練指導員、歯科衛生士、管理栄養士配置や実績等により変動が生じる場合があります。

※新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、令和3年4月～9月末までの間、基本報酬に0.1%上乗せします。

※感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点からの特例措置として、延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3ヶ月間基本報酬の3%の加算を行う。

(3) その他の加算

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.059
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.043
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.023
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.012
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.01

2. その他

1食 800円(昼食代、おやつ代、お茶代含む)※非課税

- ・作品材料費等 実費負担(内容により費用は異なります)
- ・外出行事等の費用等 実費負担(行事内容により費用は異なります。)
- ・喫茶等 実費負担(ジュース1本 100円、サイダー1本 60円、お菓子1個 20円)
- ・生活用品等 リハビリパンツ 1枚 100円 尿取りパット 1枚 30円

キャンセル料

利用日当日に利用を中止した場合は、キャンセル料として食事代のみを支払うものとします。
ただし、前日までに連絡を下さった場合や、体調不良によるやむを得ない場合については、この限りでは
ございません。

確 認 書

年 月 日

所在地 東京都町田市金井7丁目17-14
事業者 社会福祉法人 賛育会
施設名 高齢者在宅サービスセンター清風園

高齢者在宅サービスセンター清風園 利用契約書第5条別紙の内容を説明しました。

代表者名 施設長 木 口 圭 子 印

説明者 印

私は、高齢者在宅サービスセンター清風園契約書第5条別紙の内容の説明を受け同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代筆者

氏 名 _____ 印 _____

(利用者本人との関係)

家族代表者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(続柄)