

高齢者在宅サービスセンター 清風園 契約書第5条別紙

2024年4月版

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)	584単位	6,260円	626円	1,252円	1,878円
要介護 2 (6時間以上7時間未満)	689単位	7,386円	739円	1,478円	2,216円
要介護 3 (6時間以上7時間未満)	796単位	8,533円	854円	1,707円	2,560円
要介護 4 (6時間以上7時間未満)	901単位	9,658円	966円	1,932円	2,898円
要介護 5 (6時間以上7時間未満)	1,008単位	10,805円	1,081円	2,161円	3,242円
要介護 1 (7時間以上8時間未満)	658単位	7,053円	706円	1,411円	2,116円
要介護 2 (7時間以上8時間未満)	777単位	8,329円	833円	1,666円	2,499円
要介護 3 (7時間以上8時間未満)	900単位	9,648円	965円	1,930円	2,895円
要介護 4 (7時間以上8時間未満)	1,023単位	10,966円	1,097円	2,194円	3,290円
要介護 5 (7時間以上8時間未満)	1,148単位	12,306円	1,231円	2,462円	3,692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	76単位	814円	82円	163円	245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
*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。

※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(2024年5月31日まで)
- | | |
|------------------|-------------------------|
| 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 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | (1)(2)で算定した単位数の総数×0.011 |

- (4) その他の加算(2024年6月1日から)
- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | (1)(2)で算定した単位数の総数×0.092 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | (1)(2)で算定した単位数の総数×0.090 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | (1)(2)で算定した単位数の総数×0.080 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | (1)(2)で算定した単位数の総数×0.064 |
| *介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)~(1) | (1)(2)で算定した単位数の総数×0.033~0.081 |
- *介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)については、2025年3月31日まで。

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 130円 尿取りパット 1枚 50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17-13
 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)