

## 清風園 短期入所生活介護利用契約書 第6条別紙

### 1 利用料等

- ※ 利用者が支払う基本料金は介護保険負担割合に応じて介護給付費の1割から3割とします。
- ※ 基本料金の計算方法は1ヶ月のサービス利用の合計単位数に地域区分2級地の10.88円を掛けますので合計金額では1日分の料金計算とは若干の誤差が生じることがあります。
- ※ サービス提供体制加算ⅠもしくはⅠロいずれかの算定とし、夜勤条件基準型とします。

#### (1-1) 基本料金(多床室・従来型個室)

要介護度	1日の単位	1日当たりの自己負担目安額		
		1割	2割	3割
要支援1	451 単位	491 円	982 円	1,473 円
要支援2	561 単位	611 円	1,221 円	1,832 円
要介護1	603 単位	657 円	1,313 円	1,969 円
要介護2	672 単位	732 円	1,463 円	2,194 円
要介護3	745 単位	811 円	1,622 円	2,432 円
要介護4	815 単位	887 円	1,774 円	2,661 円
要介護5	884 単位	962 円	1,924 円	2,886 円

#### (1-2) 基本料金(連続して61日以上ご利用の場合の多床室・従来型個室)

要介護度	1日の単位	1日当たりの自己負担目安額		
		1割	2割	3割
要介護1	573 単位	624 円	1,247 円	1,871 円
要介護2	642 単位	699 円	1,397 円	2,096 円
要介護3	715 単位	778 円	1,556 円	2,334 円
要介護4	785 単位	855 円	1,709 円	2,563 円
要介護5	854 単位	930 円	1,859 円	2,788 円

※要支援1 連続31日以上ご利用の場合、要介護1の単位数の75%に相当する単位数

※要支援2 連続31日以上ご利用の場合、要介護1の単位数の93%に相当する単位数

#### (2) 加算料金等(利用状況や職員配置により変動があります)

	単位数		1割負担額の目安	2割負担額の目安	3割負担額の目安
送迎加算(片道)	184	単位/回	201 円	401 円	601 円
機能訓練体制加算	12	単位/日	14 円	27 円	40 円
個別機能訓練加算	56	単位/日	61 円	122 円	183 円
看護体制加算Ⅰ	4	単位/日	5 円	9 円	14 円
看護体制加算Ⅱ	8	単位/日	9 円	18 円	27 円
看護体制加算Ⅲ(イ)	12	単位/日	14 円	27 円	40 円
看護体制加算Ⅳ(イ)	23	単位/日	26 円	51 円	76 円
夜勤職員配置加算Ⅰ	13	単位/日	15 円	29 円	43 円
夜勤職員配置加算Ⅲ	15	単位/日	17 円	33 円	49 円

	単位数		1割負担額の目安	2割負担額の目安	3割負担額の目安
認知症ケア専門加算Ⅰ	3	単位/日	4円	7円	10円
認知症ケア専門加算Ⅱ	4	単位/日	5円	9円	14円
認知症行動・心理症状緊急対応加算(入所日から7日を限度)	200	単位/日	218円	436円	653円
在宅中重度者受入加算	421	単位/日	459	917	1,375
	417		454円	908円	1,362円
	413		450	899	1,349
	425		463	925	1,388
医療連携強化加算	58	単位/日	64円	127円	190円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	単位/日	24円	48円	72円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	単位/日	20円	40円	59円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	単位/日	7円	14円	20円
療養食加算	8	単位/回	9円	18円	27円
若年性認知症入所者受入加算	120	単位/日	131円	262円	392円
緊急短期入所受入加算 (利用開始から7日もしくは14日を限度)	90	単位/日	98円	196円	294円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	単位/月	109円	218円	327円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	単位/月	218円	436円	653円
口腔連携強化加算	50	単位/回	55円	109円	164円
看取り連携体制加算	64	単位/日	70円	140円	209円
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	単位/月	109円	218円	327円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	単位/月	11円	22円	33円
長期利用者に対する短期入所生活介護 (連続30日超から60日まで)	△ 30	単位/日	△ 33円	△ 66円	△ 98円

(3-1) 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)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.083
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.060
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.033
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.027
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.023
介護職員等ベースアップ等支援加算	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.016

(3-2) その他の加算 ※2024年6月1日以降

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.14
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.136
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.113
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	上記(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(Ⅴ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.047～ 0.124

#### (4) その他の料金(介護保険外料金)

1-1 食費および居住費 ※2024年8月1日から2024年9月30日まで

(1日にかかる費用)

	食費	従来型個室	多床室
基準費用額 (利用者負担第4段階)	1,700円	1241円	925円
負担限度額 (利用者負担第3段階②)	1,300円	880円	430円
負担限度額 (利用者負担第3段階①)	1,000円	880円	430円
負担限度額 (利用者負担第2段階)	600円	480円	430円
負担限度額 (利用者負担第1段階)	300円	380円	0円

※ただし負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

1-2 食費および居住費 ※2024年10月1日以降

(1日にかかる費用)

	食費	従来型個室	多床室
基準費用額 (利用者負担第4段階)	1,700円	1,301円	985円
負担限度額 (利用者負担第3段階②)	1,300円	880円	430円
負担限度額 (利用者負担第3段階①)	1,000円	880円	430円
負担限度額 (利用者負担第2段階)	600円	480円	430円
負担限度額 (利用者負担第1段階)	300円	380円	0円

※ただし負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

2 1日の食費の内訳 ※1

1日の食費内訳	朝食	昼食	夕食
金額	360円	730円	610円

※1 入退所日等は、1日の食費負担でなく、実際に提供した食事単価(例、午後に退所された場合は、朝食・昼食)のご負担になります。

3 移送費 (病院受診、入退院以外での送迎など基本的に町田市内)

施設から目的地までの距離を計算し設定しております。(概ね 500円/5km)

4 その他

ティッシュ、歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄薬、髭剃りの替刃等、クラブ活動材料費、生活必要用品、各種予防接種、活動費等については実費負担とします。

※居住又は食事の提供に要する費用以外は全て課税対象となり、表示価格は税込みとなります。

5 キャンセル料

利用者が利用開始予定日の前日17時までには通知することなく、サービスの中止をした場合、1日分の基本料金の1割と1日分の食費及び居住費をお支払い頂きます。

但し、サービス利用直前に利用者の体調不良等のやむを得ない理由によるサービス中止の場合、キャンセル料の発生は致しません。

# 確 認 書

20 年 月 日

清風園 短期入所生活介護利用契約書 第6条別紙について説明しました。

事業者

[事業者名] 社会福祉法人 賛育会  
[施設名] 特別養護老人ホーム 清風園  
[事業所番号] 東京都 1373200219号  
[住所] 〒195-0072  
東京都 町田市 金井7-17-13

[代表者名] 施設長 木口圭子 印

[説明者] 所属 介護課 ショートステイ担当  
氏名 印

私は、清風園 短期入所生活介護利用契約書 第6条別紙について説明を受け同意しました。

ご利用者 〒  
[住所]

[氏名] 印  
(代筆者: )

代理人(成年後見人)  
[住所] 〒

[氏名] 印

家族代表者  
[住所] 〒

[氏名] 印  
(ご利用者本人との関係: )