

代田の家 介護予防短期入所生活介護 介護保険単位表・利用料金表
重要事項説明書(別紙)



HOUYUKAI

【サービス利用料】

【令和8年8月1日版】

介護保険 1日あたりの 単位数	基本単位 (A)			要支援1	要支援2	
				529単位	656単位	
	サービス体制加算 (B) 機能訓練体制加算			12単位	12単位	
	介護職員等処遇改善加算 (I) / 月 (A+B) × 17.6%			95単位	118単位	
1日あたりの利用料自己負担				1割負担	706円	873円
				2割負担	1,412円	1,745円
※単位数×地域単価11.1円の額の負担割合分				3割負担	2,118円	2,618円
1日あたり 利用料金	段階	料金/日		負担割合	要支援1	要支援2
	第4段階	食費1,545円 (朝:417円,昼:564円,夜:564円)		1割負担	5,201円	5,368円
		居住費:2,950円				
	第3段階②	食費:1,360円			3,536円	3,703円
		居住費:1,470円				
	第3段階①	食費:1,030円			3,106円	3,273円
		居住費:1,370円				
	第2段階	食費:600円			2,186円	2,353円
		居住費:880円				
	第1段階	食費:300円			1,886円	2,053円
		居住費:880円				
	食費1,545円 (朝:417円,昼:564円,夜:564円)			2割負担	5,907円	6,240円
	居住費:2,950円					
	食費1,545円 (朝:417円,昼:564円,夜:564円)			3割負担	6,613円	7,113円
	居住費:2,950円					
食費1,545円 (朝:417円,昼:564円,夜:564円)			自費料金	11,554円	13,219円	
居住費:2,950円						

- ・世田谷区(1級地)の単価は1単位11.1円となり、単位数×単価の1割・2割又は3割が自己負担分となります。
- ・介護職員等処遇改善加算は体制によっては(Ⅱ)13.6%に変更になります。
- ・生産性向上について取り組んだ場合は生産性向上推進体制加算(Ⅰ)月100単位(Ⅱ)月10単位が加わります。
- ・施設のサービスまたは人員体制等の変更により、算定する加算の変更および料金が増減する場合があります。
- ・職員の有資格、勤続年数、常勤割合によってはサービス体制強化加算(Ⅰ)22単位(Ⅱ)18単位(Ⅲ)6単位が加わります。
- ・送迎を行った場合は送迎加算片道184単位が加わります。
- ・介護保険負担限度額認定証は施設にご提示があった場合のみ適用されます。

- ・連続31日以上利用の場合は基本単位が要支援①503単位、同②623単位となります。
- ・月末締め翌月27日(土日祝の場合は翌営業日)までにご指定の口座より自動引き落としにてお支払いいただきます。

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェック(検温・抗原検査等含む)の結果、体調が悪かった(37.5℃以上・抗原検査等陽性)場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

上記の場合で、必要な場合はご家族又は緊急連絡先へ連絡します。

また、主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

【介護保険以外の料金(嗜好品・レクリエーション費用等)】

理美容費用	実費	ご希望により訪問理容サービスを実施した場合
レクリエーション費用	実費	個別のご希望で行ったレクリエーションにて費用がかかった場合
キャンセル料	無料	ご利用日の6日前の17時までにご連絡いただいた場合
	食費と居住費相当額	ご利用日の6日前の17時までにご連絡が無かった場合
電気使用料金月額	右記料金	テレビ500円/台
医療費	実費	病院受診・処方箋・薬・訪問歯科等に伴う医療費自己負担分
日常生活品	実費	生活品(ティッシュ類・保湿剤等・歯ブラシなど)
特別な食事・嗜好品	実費	ご希望による外注・外食・納涼祭などでの行事食費用、嗜好品
その他	実費	ご希望により購入する健康維持等の為の栄養補助食品、施設備品以外の介護用品や機器、施設でご用意する以外の衛生材料など個人使用を希望して購入する全ての物

介護予防短期入所生活介護のご利用にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明し、交付しました。

<事業者>

所在地 東京都世田谷区代田1丁目21番11号

名称 特別養護老人ホーム代田の家

説明日 令和 年 月 日

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け、十分に理解し同意いたしました。

<ご利用者>

住所

氏名 印

<ご利用者家族/代理人/身元保証人/連帯保証人等>

住所

氏名 印 続柄