

渋谷区 つばめの里・本町東（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)



1. 利用料金

(1)要介護1～5の場合

介護保険単位の 1日あたりの 数	基本単位(A)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
			704単位	772単位	847単位	918単位	987単位		
	サービス体制加算(B)		夜勤職員配置加算Ⅳ 21単位 サービス提供体制強化加算Ⅲ 6単位 看護体制加算Ⅰ 4単位 機能訓練体制加算 12単位				43単位		
処遇改善 加算	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)/月(A+B)× 14%		105単位	114単位	125単位	135単位	144単位		
1日あたりの利用料自己負担		1割負担	945円	1,031円	1,126円	1,216円	1,303円		
		2割負担	1,891円	2,063円	2,252円	2,432円	2,607円		
		3割負担	2,836円	3,094円	3,379円	3,648円	3,910円		
※単位数×地域単価11.1円の額の負担割合分									
1日あたり 利用料金	段階	料金/日	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
	第4段階	食費1,445円	1割負担	4,456円	4,542円	4,637円	4,727円	4,814円	
		居住費:2,066円							
	第3段階②	食費:1,300円		3,615円	3,701円	3,796円	3,886円	3,973円	
		居住費:1,370円							
	第3段階①	食費:1,000円		3,315円	3,401円	3,496円	3,586円	3,673円	
		居住費:1,370円							
	第2段階	食費:600円		2,425円	2,511円	2,606円	2,696円	2,783円	
		居住費:880円							
	第1段階	食費:300円		2,125円	2,211円	2,306円	2,396円	2,483円	
		居住費:880円							
	食費1,445円			2割負担	5,402円	5,574円	5,763円	5,943円	6,118円
	居住費:2,066円								
食費1,445円		3割負担		6,347円	6,605円	6,890円	7,159円	7,421円	
居住費:2,066円									

・ご利用予定がなく緊急でショートステイをご利用した場合、90単位/日(1割負担:99円 2割負担:199円 3割負担:299円)が加わります。(通常7日間、やむを得ない事情の場合14日間を限度とする)

・ご利用期間中に看取り介護を行った場合、看取り連携体制加算を死亡日及び死亡日以前30日以下に限り1日につき64単位を算定させていただきます。

・連続61日以上連続してご利用した場合、要介護1:670単位 要介護2:740単位 要介護3:815単位 要介護4:886単位 要介護5:955単位に変更となります。

(2)要支援1～2の場合

介護保険単位数 1日あたりの	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 サービス提供体制強化加算Ⅲ 6単位	18単位		
	処遇改善加算	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)/ 月(A+B)×14%	77単位	94単位		
1日あたりの利用料自己負担		1割負担	692円	853円		
		2割負担	1,384円	1,706円		
※単位数×地域単価11.1円の額の負担割合分		3割負担	2,077円	2,559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1,445円	1割負担	4,203円	4,364円	
		居住費:2,066円				
	第3段階②	食費:1,300円		3,362円	3,523円	
		居住費:1,370円				
	第3段階①	食費:1,000円		3,062円	3,223円	
		居住費:1,370円				
	第2段階	食費:600円		2,172円	2,333円	
		居住費:880円				
	第1段階	食費:300円		1,872円	2,033円	
		居住費:880円				
	食費1,445円			2割負担	4,895円	5,217円
	居住費:2,066円					
	食費1,445円			3割負担	5,588円	6,070円
居住費:2,066円						

(3)要介護・要支援 共通

- 送迎加算(184単位)/片道 自己負担 1割負担:205円 2割負担:409円 3割負担:613円となります。
- 渋谷区(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。
- 料金表の額は概算となり、端数処理の関係で実際の料金と若干の誤差が生じることがあります。
- 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。
- 居住費は令和6年7月迄は第四段階2,006円第三段階②①1,310円第二・一段階820円となります。
※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。
- 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)は、人員体制や取り組みにより(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)、従前の加算となる場合があります。
- 機能訓練指導員等が適宜居宅を訪問し計画を立てた上で個別機能訓練を行った場合は個別機能訓練加算56単位/日を算定する場合があります。
- 医師の指示により療養食を提供した場合は療養食加算8単位/食が加わります。
- 生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を行い、効果に関するデータ提出を行った場合、生産性向上推進体制加算(Ⅰ)100単位/月、(Ⅱ)10単位/月を算定させていただくことがあります。
- 職員が口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供した場合、口腔連携強化加算1月に1回に限り、50単位/回を算定させていただくことがあります。

- ・(Ⅰ)日常生活自立度Ⅲ50%以上、研修修了者の配置(Ⅱ)更に研修修了者を配置、研修実施等した場合は認知症専門ケア加算(Ⅰ)3単位(Ⅱ)4単位が加わります。
- ・認知症の方が医師の判断で緊急にご利用となった場合、7日を上限として認知症行動心理症状緊急対応加算200単位/日が加わります。
- ・若年性認知症の方に対して個別担当を決め、個別ニーズに沿ったケアを提供した場合は若年性認知症利用者受入加算120単位/日が加わります。
- ・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。

2.介護保険以外の料金(嗜好品・レクリエーション費用等)

(1)食費

食費は1食あたりで計算を行っております。

1,445円/日 ※第4段階	朝食	昼食	おやつ	夕食
	418円	479円	80円	468円

(2)その他(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17時までにご連絡いただいた場合
	予定していたご利用期間分の食費・居住費	ご利用日の6日前17時以降にご連絡いただいた場合
日常生活品	実費	生活用品(ティッシュ類・保湿剤等・歯ブラシ)
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
交通費(1回あたり)	2,042円	通常の事業の送迎実施地域・範囲を越えた場合
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

3.自費利用料金

全額自費 (1日あたり)	食費	1,445円	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	居住費	2,066円	11,325円	12,080円	12,913円	13,701円	14,467円

4.キャンセル料について

・利用キャンセルの場合は、利用開始予定日6日の17時まで施設にご連絡ください。上記期日を過ぎて利用をキャンセルされた場合は、利用予定期間の食費と居住費相当額(第4段階の1日分の食費と居住費と同額)をキャンセル料として請求させていただきます。
なお、キャンセル料については、介護保険負担限度額(食費・居住費の軽減)は適用されません。

・利用開始日に送迎に伺った後の利用キャンセルは、送迎加算相当額(10割:2,042円)を実費で請求させていただきます。

5.その他

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・抗原検査含む)の結果、体調が悪かった(37.5℃以上・抗原検査陽性)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、主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。料金は退所日までの日数を基準に計算します。

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ました。

<事業者>

所在地 東京都渋谷区本町3-46-1

名称 渋谷区つばめの里・本町東 短期入所生活介護

施設長 小林 健太郎 印

説明日 令和 年 月 日

説明者 氏名 印

私は、本書面により、事業者から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/身元保証人等>

住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____