

クロスハート本鵜沼・藤沢
指定（介護予防）通所介護及び
藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）
重要事項説明書

1 クロスハート本鵜沼・藤沢の概要

(1) 事業所の概要

| | |
|----------|---|
| 施設名 | クロスハート本鵜沼・藤沢 |
| 所在地 | 〒251-0028 神奈川県藤沢市本鵜沼3-11-39 |
| 電話番号 | 0466-35-8677 (通所介護直通) |
| FAX番号 | 0466-35-6633 |
| 事業所番号 | 指定事業所番号 1472202231号 |
| 開設年月日 | 平成17年10月1日 |
| 敷地・建物概要 | (契約形態) 賃貸契約 (建物) 地上3階建(1階部分) (床面積) 311.26㎡ |
| 営業日 | 年末年始を除いた月曜日から土曜日の毎日 |
| 営業時間 | 8時30分～ 17時30分 |
| サービス提供時間 | 9時45分～ 16時45分 |
| 事業実施地域 | ～藤沢市～ 稲荷、江ノ島、片瀬、片瀬山、片瀬海岸、城南、大平台、 鵜沼、鵜沼海岸、鵜沼神明、鵜沼桜ヶ丘、鵜沼橋、 鵜沼藤が谷、鵜沼松ヶ丘、羽鳥、本鵜沼、本町、辻堂、 辻堂新町、辻堂神台、辻堂西海岸、辻堂東海岸、辻堂元町 ～鎌倉市～ 腰越、津西 ～茅ヶ崎市～ 赤松、汐見台、常盤町、浜竹、富士見町、本宿町 |

(2) 当施設の職員体制

| 職と氏名 | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 兼務 | 合計 | 業務内容 |
|---------|------------------|----|-----|----|-----|-----------------------------------|
| 管理者 | 介護支援専門員 介護福祉士 | 1名 | 0名 | あり | 1名 | 生活相談員を兼務 |
| 生活相談員 | 介護支援専門員 介護福祉士 | 2名 | 0名 | あり | 2名 | 通所介護計画の作成 送迎・入浴・排せつ・ 食事等の援助 |
| 介護・看護職員 | 看護師 | 0名 | 3名 | あり | 3名 | 看護師 ご利用者の健康管理 機能訓練指導 |
| | 介護福祉士 | 0名 | 5名 | あり | 5名 | |
| | 初任者研修終了 | 0名 | 0名 | あり | 0名 | 介護職員 入浴・排せつ・食事・ 送迎等に係わる援助 |
| | その他 | 1名 | 1名 | あり | 1名 | |
| 合計 | | 2名 | 11名 | — | 14名 | — |

※人員体制につきましては、職員の入・退職により若干の差異が生じる場合がございます

(3) 当事業所の設備の概要

| | | | |
|------|-----------|-----|------------------------------|
| 定員 | 37名 | トイレ | 共有スペースに3箇所 (1ヶ所は車椅子対応) |
| 面積 | 163.76㎡ | 静養室 | あり(2ベッド) |
| 浴室設備 | 一般浴槽・個別浴槽 | 設備 | トイレ、洗面、エアコン、送迎車 5台、ウッドデッキ |

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

法人の理念である「たくさんのよきものを人生の先輩たちと後輩たちそして地域に捧ぐ」を基本とし、「杖の代わりに」をモットーにサービス提供を行っております。

(2) サービス提供のために

| 事 項 | 備 考 |
|------------|---|
| 従業員への研修の実施 | 入職時のOJTに加え、全体研修については月に1回実施しています また外部講習を適宜受講させております |
| マニュアルの整備状況 | スタッフマニュアル、ケアマニュアル、緊急時対応マニュアル等を 整備しております |

3 サービスの内容

(1) 提供するサービス内容

| サービス | 内 容 |
|------------|---|
| 食事 | 昼食 12:30時～ お茶 15時:30～ 通常のお食事の他に一口大、キザミ食、ミキサー食、減塩食等をご用意 いたします(特別なお食事が必要な方は予めお申し出下さい) |
| 入浴 | 午前もしくは午後、ご本人のご希望に応じてご入浴いただきます (タオル、石鹸類は当事業所にてご用意いたします) |
| 排泄 | お身体のご状態にあわせた排泄介助を実施いたします |
| 健康管理 | ご家族や主治医、担当のケアマネージャーと連携の上で、看護師による 健康管理を実施いたします |
| 個別機能訓練 | 個別の機能訓練計画に基づき、機能訓練動作をはじめとして日常の生活 動作やゲーム等を通じて実施いたします |
| 生活相談 | ご利用にあたっての各種ご相談 日常生活上(ご自宅での生活を含む)についてのご相談に応じます ご遠慮なく生活相談員までお申し出下さいませ |
| レクリエーション | 音楽レクリエーションをはじめとするレクリエーションや建物の特徴 を活かした敷地内での行事を適宜実施いたします 外出時は予めご相談の上で費用を実費負担いただく場合もございます |
| 通所介護計画書の作成 | ご利用開始時には居宅介護計画書(ケアプラン)にもとづいた通所介護 計画書を作成し、その内容に沿った介護をいたします 通所介護計画書の内容については、必要に応じて見直しをいたします |

(2) サービスの利用に当たっての留意事項

| | |
|-----------|---|
| 送迎 | 原則として、ご自宅の玄関から当施設までの送迎となります その他、お手伝いが必要な場合はご相談下さい |
| 食事 | 昼食ならびに飲み物（お茶や珈琲等）、お茶菓子をご用意いたします 職員も一緒にさせていただく場合がございます |
| 飲酒・喫煙 | 施設内の飲酒、喫煙はご遠慮願います。 |
| 金銭、貴重品の管理 | 紛失や破損の責任は負いかねますので、なるべくお持ちにならないよう お願いいたします |
| ご用意いただくもの | 入浴時に専用で使用するもの、着替え、オムツ等（使用している方） すべてのお持ち物と衣服にはお名前の記入をお願いいたします |
| 入浴について | 身体のご状態によって、当日の入浴の可否をきめさせていただきます。 |
| 医療的処置について | 服薬の援助、医療的処置が必要な場合は予めご相談ください 看護師がお手伝いさせていただきます |

4 サービスのご利用にかかる費用

(1) 利用料金

- ・別表に記載

(2) キャンセル料について

- ・利用をお休みされる場合は、当日の 8時30分までに施設までご連絡をお願いいたします。
お客様の正当な事由（体調不良等）以外のご連絡なきキャンセルの場合は、一日のご利用料
の50%をキャンセル料として請求させていただきます。

(3) 料金の支払方法

- ・毎月、15日までに前月分の請求をいたします
- ・お支払い方法は請求月の27日にご指定の口座自動引落しさせていただきます
- ・お支払いいただきますと、領収書を発行いたします

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ①まずは、お電話等で見学のお申し込みをお願いいたします
- ②当施設の職員が施設のご案内ならびに概要のご説明をいたします
※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、ご利用にあたり、
必ず担当の介護支援専門員とご相談下さい
- ③お申し込みに必要な書類を受領後、訪問調査にて状態の確認をさせていただきます
- ④契約後、利用開始日を双方協議の上で決定いたします

(2) サービスの終了

ア 利用者からの申し出によるサービスの終了

- ・お客様のご都合でサービスを終了する場合は書面にてご連絡をお願いいたします

イ サービスの自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合
- ・お客様の要介護認定区分が、「非該当（自立）」と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合

ウ その他

- ・ お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、30日前に文書で通知し、利用を中止していただく場合があります。
- ・ お客様がサービス利用料金の支払を2ヶ月以上滞納し、料金を支払うようお願いしたにもかかわらず14日以内にお支払いいただけない場合は、7日前までに文書で通知し、利用を中止していただく場合がございます

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者 森野 かおり

電話 クロスハート本鵜沼・藤沢 0466-35-8677

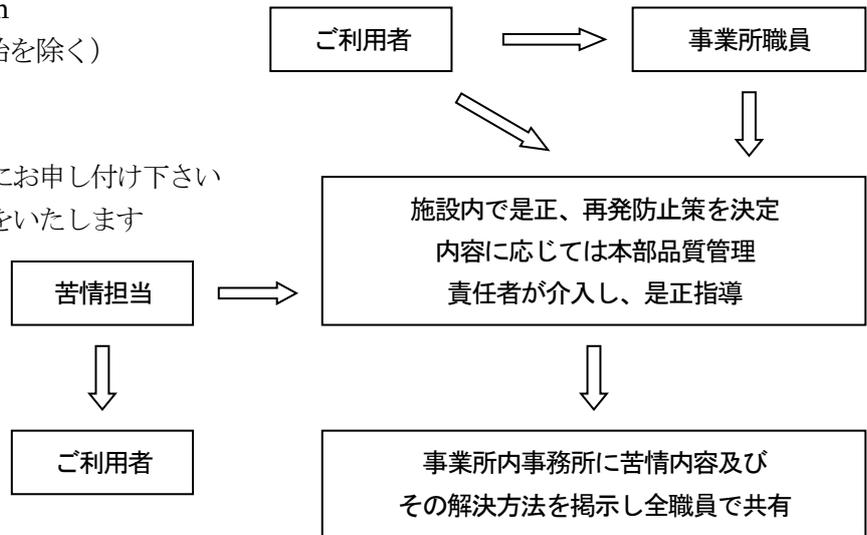
メール tamura@skfch.com

受付日 年中無休（年末年始を除く）

受付時間 9時～

(2) 苦情対応

- ①お気づきになったことを職員にお申し付け下さい
- ②法人内の適切な部門にて是正をいたします
- ③行った対応と再発防止策を
管理者より報告いたします



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます

藤沢市保険福祉部介護保険課

電話 0466-50-3527

鎌倉市高齢者いきいき課

電話 0466-61-3947

茅ヶ崎市保健福祉部高齢福祉介護課

電話 0467-82-2276

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課

電話 045-329-3447

かながわ福祉サービス運営適正化委員会

電話 045-317-2200

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、下記に記載のある主治医もしくはご家族へ連絡をいたします（以下、ご記入ください）

| | | | | |
|----------------|------------|--|------|--|
| 主治医 | 病院名 担当医 | | | |
| | 所属 | | 電話番号 | |
| ご家族 (緊急連絡先) | 氏名 | | | |
| | 自宅 電話 | | 携帯番号 | |

8 事故発生時の対応

- サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。
- また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に生じた損害については、施設は直ちに必要な措置を講ずるとともに、法的な責任を負う場合は、相当因果関係の範囲内において賠償するものとし、守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、お客様に故意、又は過失が認められた場合、又はお客様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

9 非常災害対策

| | |
|-------|----------------------------|
| 防災設備 | 火災報知器、煙感知器、火災受信機、消火器、避難誘導灯 |
| 防災訓練 | 年に2回、昼と夜を想定して実施 |
| 防火責任者 | 田村 彰康 |

10 秘密の保持について

- 当該事業所の従事者ならびに退職した従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

11 運営法人の概要

| | |
|----------------|---|
| 名 称 | 社会福祉法人 伸こう福祉会 |
| 代表者名 | 理事長 高 田 益 江 |
| 法人本部所在地 連絡先 | 横浜市栄区公田町1020-5 電話 045-896-1234 FAX 045-896-1235 |
| 事業の概要 | <p>特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜 入所者生活介護 ・ 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護</p> <p>クロスハート野七里・栄 地域密着型入所者生活介護・短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護</p> <p>クロスハート幸・川崎 入所者生活介護・短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護</p> <p>グループホーム</p> <p>クロスハート中・横浜 クロスハート田谷・栄 クロスハート金沢・横浜 クロスハート二階堂・鎌倉 クロスハート宮前・川崎 クロスハート港南・横浜 クロスハート本鵜沼・藤沢 クロスハート南・横浜 クロスハート円行・藤沢 クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート鶴見・横浜 クロスハート本牧・横浜 認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護</p> <p>介護付有料老人ホーム</p> <p>クロスハート湘南台・藤沢 特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>クロスハート石名坂・藤沢 特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護</p> <p>クロスハート湘南台式番館 介護予防特定施設入居者生活介護 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護</p> <p>デイサービス</p> <p>クロスハート栄・横浜 クロスハート金沢・横浜 クロスハート本鵜沼・藤沢 クロスハート湘南台・式番館 クロスハート十二所・鎌倉 通所介護・介護予防通所介護</p> <p>屏風ヶ浦地域ケアプラザ 通所介護・介護予防通所介護・認知症対応型通所介護</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>訪問事業</p> <p>クロスハートヘルパーステーション栄・横浜 訪問介護・介護予防訪問介護</p> <p>訪問看護クロスハート港南・横浜 訪問看護クロスハート藤沢本町 訪問看護・介護予防訪問看護</p> <p>居宅介護支援事業</p> <p>屏風ヶ浦地域ケアプラザ 野七里地域ケアプラザ 地域包括支援センター 居宅介護支援事業</p> <p>居宅介護支援クロスハート藤沢本町 居宅介護支援事業</p> <p>小規模多機能事業</p> <p>クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート鶴見・横浜 クロスハート幸・川崎 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護</p> <p>看護小規模多機能</p> <p>クロスハート港南・横浜 看護小規模多機能</p> <p>サービス付き高齢者向け住宅事業</p> <p>クロスハート藤沢本町 サービス付き高齢者向け住宅</p> <p>保育園</p> <p>キディ鶴沼・藤沢 キディ鶴沼・藤沢 分園 キディ百合丘・川崎 キディ湘南 C-X キディ古市場保育園 キディ石川町・横浜 キディ大倉山・横浜 認可保育園 キディ鈴木町・川崎 川崎認定保育園 キディ元住吉・川崎 キディ二子・川崎</p> <p>子育て事業</p> <p>子育てキディ洋光台 親と子のつどいの広場</p> <p>障害就労支援事業</p> <p>クロスハートワーク戸塚</p> <p>障害者グループホーム</p> <p>クロスハートハイツ東蒔田 クロスハートハイツ南太田 クロスハートハイツ矢部 クロスハートハイツ上倉田 クロスハートハイツ戸塚南 クロスハートハイツ和泉が丘</p> |
|--|---|

【説明確認欄】

通所介護および介護予防通所介護・第1号通所の提供開始にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を交付し説明致しました。

事業者所在地 藤沢市本鵜沼3-11-39
名称 クロスハート本鵜沼・藤沢デイサービス
管理者 田村 彰康

説明年月日 令和 年 月 日

説明者 月野 真佐子

本書面に基づく重要な事項の交付・説明を受け、利用の開始に同意いたします

(ご利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

代筆の場合は代筆者と利用者との続柄を記載)

氏名 _____

続柄 _____

保証人・法定後見人 (どちらかに○をお付けください)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

※ 保証人または法定後見人については、「通所介護契約書」第3条(保証人または法定後見人)をご参照の上で該当する場合のみご記入ください

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、社会福祉法人伸こう福祉会クロスハート本鶴沼・藤沢デイサービスが、下記の利用目的の必要最小限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1 利用目的

- (1) サービス計画の立案のため。
- (2) 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
- (4) ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合。
- (6) 事故、災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため。
- (7) 介護保険の給付管理に係る事務及び会計事務のため。
- (8) 業務の維持改善のための基礎資料として。

2 使用する期間

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

但し、通所介護契約書、介護予防通所介護契約書第2条第2項の規定により、個人情報の使用についても自動更新されるものと致します。

3 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について、経過を記録し、請求があれば開示すること。

令和 年 月 日

社会福祉法人伸こう福祉会 クロスハート本鶴沼・藤沢 デイサービス 様

(ご利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代筆の場合は代筆者名と利用者との続柄

氏名 _____ 続柄 _____

(ご利用者の家族) 住所 _____

又は※

氏名 _____ 印 _____

(保証人・法定後見人) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※ ご家族または保証人・法定後見人いずれか1名以上がご記入下さい
(保証人とご家族が同一の場合は、ご家族欄のみで結構です)

個人情報の取り扱いについて

社会福祉法人伸こう福祉会、クロスハート本鵠沼・藤沢デイサービスは個人情報の取り扱いについて、以下のとおり公表いたします：

1 使用目的

- (1) サービス計画の立案のため。
- (2) 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
- (4) ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合。
- (6) 事故、災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため。
- (7) 介護保険の給付管理に係る事務及び会計事務のため。
- (8) 業務の維持改善のための基礎資料として。

2 個人情報第三者への提供について

当事業所では、ご利用者の同意を得ることなく、ご利用者の個人情報を第三者に提供することはありません。

ただし、法令に基づく場合（介護保険法における不正受給者に係る市町村への通知等）、ご利用者の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合であって、ご利用者の同意を得ることが困難なときはこの限りではありません。

3 個人情報の取り扱いを外部の業者に委託する場合について

当事業所が保有する個人情報について、外部の業者に委託するときは、必要な契約を締結し、適切な管理・監督を行います。

4 個人情報の開示、苦情の申し立てについて

当事業所が保有する個人情報に関する開示、訂正、削除、利用停止、提供拒否及び苦情につきましては、下記の窓口で受け付けいたします。

| | |
|-----------|--------------|
| 個人情報受付担当 | 森野 かおり |
| 個人情報管理責任者 | 森野 かおり |
| 電話番号 | 0466-35-8677 |
| FAX 番号 | 0466-35-6633 |

4 安全管理

当施設では、個人情報の漏洩、滅失、毀損、改ざんを防止し、安全管理を徹底いたします。また職員教育を継続し、個人情報の適切な取り扱いを指導してまいります。

以上

利 用 料 金 の 請 求 ・ お 支 払 い に つ い て

当事業所においては、施設利用料金を以下のごとく清算し、ご請求いたします。

<請求書の発行>

- 毎月末に清算し、翌月 10 日から 15 日の間にご指定のご家族宛に郵送いたします

<お支払い方法>

- 横浜銀行より自動引き落としさせていただきます
- 大変お手数ですが、預金口座振替依頼書を記入・捺印の上で、入所時に施設に提出をお願いいたします（口座振替成立までに 3 ヶ月程度かかりますので、その間は指定口座にお振込みをお願いいたします）

振替銀行： 横浜銀行（浜銀ファイナンス）

引落日： 毎月 27 日（土・日・祝日の場合は銀行翌営業日）

通帳表示： シンコウフクシカイ

<領収書の発行>

- 前月分の領収書を翌月の請求書に同封してお渡しいたします
- 領収書を紛失された場合は、1 回のみ再発行させていただきますのでお申し出くださいませ

上記の内容および請求についてご不明な点につきましては、施設の管理者までお問い合わせ下さいませ。

請求書送付先・氏名 住所 _____

利用料金支払い者名（支払口座名義） _____

支払い者の利用者との続柄 _____

令和 年 月 日

記入者氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____

利用者の急変時に関する意思確認書

当事業所のご利用中に予期せぬ状態で容態が急変した場合は、以下の対応を望みます：

1. 利用者が呼吸困難、意識喪失、心臓麻痺等により急激に容態悪化（心肺停止の危機）に陥った場合は：（該当するものに○をした上で、必要事項を記入）

1) _____ 病院に救急車搬送を希望

2) 家族に連絡をして、その指示に従っての対応を希望

①氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 昼間の連絡先 _____

携帯電話 _____

②氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 昼間の連絡先 _____

携帯電話 _____

2. 家族・後見人に連絡がつかない場合：（該当するものに○）

1) 救急車搬送の判断、手続き、移送を事業所に一任する

→搬送先での延命治療（気管挿管等）の実施 希望する 希望しない

2) 連絡がとれるまでは施設内に待機とする

令和 年 月 日

クロスハート本鶴沼・藤沢デイサービス 管理者 殿

氏名 _____ 印

本人との続柄 _____

本書は利用者ご本人、保証人または法定後見人いずれか意思決定が出来る方がご記入下さい

別表 サービスのご利用にかかる費用 ※介護保険の計算上、下記金額に多少の差異が生じることがございます。

ア 通所介護利用料 (1単位=10.54円)

| 区分 | 項目 | 単位 | 介護保険1割 適用時の 自己負担額 | 介護保険2割 適用時の 自己負担額 | 介護保険3割 適用時の 自己負担額 | 備考 |
|----|---------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|
| 基本 | 要介護度1 | 629/日 | 663円/日 | 1,326円/日 | 1,989円/日 | |
| | 要介護度2 | 744/日 | 784円/日 | 1,568円/日 | 2,352円/日 | |
| | 要介護度3 | 861/日 | 907円/日 | 1,814円/日 | 2,721円/日 | |
| | 要介護度4 | 980/日 | 1,032円/日 | 2,064円/日 | 3,096円/日 | |
| | 要介護度5 | 1,097/日 | 1,156円/日 | 2,312円/日 | 3,468円/日 | |
| 加算 | 入浴介助加算 (I) | 40/日 | 42円/日 | 84円/日 | 126円/日 | |
| | 口腔機能向上 加算II | 160/回 | 168円/回 | 337円/回 | 505円/回 | 算定2回まで |
| | サービス提供 体制強化加算 (III) | 6/日 | 7円/日 | 13円/日 | 21円/日 | |
| | 科学的介護推 進体制加算 | 40/月 | 42/月 | 84/月 | 126/月 | |
| | 送迎減算 | -47/回 | -51円/回 | -101円/回 | -149円/回 | 片道 |
| | 介護職員等 処遇改善加算 (II) | 総単位数× 0.09 | 総単位数×0.09 ×10.54の1割 | 総単位数×0.09 ×10.54の2割 | 総単位数×0.09× 10.54の3割 | |

イ 介護予防通所介護及び藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号通所事業)利用料 (1単位=10.54円)

| 区分 | 項目 | 単位 | 介護保険1割 適用時の 自己負担額 | 介護保険2割 適用時の 自己負担額 | 介護保険3割 適用時の 自己負担額 | |
|----|---------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----|
| 基本 | 通所型 サービス1 | 1,672/月 | 1,762円/月 | 3,524円/月 | 5,286円/月 | |
| | 通所型 サービス2 | 3,428/月 | 3,613円/月 | 7,226円/月 | 10,839円/月 | |
| 加算 | サービス提供 体制強化加算 (III) | 24/月 | 26円/月 | 51円/月 | 77円/月 | |
| | | 48/月 | 51円/月 | 101円/月 | 153円/月 | |
| | 口腔機能向上 加算II | 160/回 | 168円/回 | 337円/回 | 505円/回 | |
| | 科学的介護推 進体制加算 | 40/月 | 42/月 | 84/月 | 126/月 | |
| | 送迎減算 | -47/回 | -51円/回 | -101円/回 | -149円/回 | 片道 |
| | 介護職員等 処遇改善加算 (II) | 総単位数× 0.09 | 総単位数×0.09 ×10.54の1割 | 総単位数×0.09× 10.54の2割 | 総単位数×0.09× 10.54の3割 | |

ウ 食事代 710円(1食あたり)

お茶代(おやつ) 100円(1回ご利用ごと)

エ その他 ・お客様のご希望により、レクリエーションや外出行事に参加していただく事ができます。

・その際材料費等の実費を頂く場合があります。

※介護保険の計算上、上記金額に多少の差異が生じることがございます。

※平成27年8月1日から地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための整備等に関する法律(平成26年法律第83号)による介護保険法(平成9年法律第123号)の改正により自己負担が1割の方と2割の方と3割の方にわかれます。

※事業対象者がサービス事業の利用と並行して要介護・要支援認定申請を行い、当該申請日以降もサービス事業を継続して利用することや、給付サービス利用の開始日の選択を行った場合は、認定結果が要介護1以上であっても、介護給付サービスの利用を開始するまでの間の報酬は、総合事業より支給となります。

【1ヶ月のご利用料概算】

| ご利用曜日 月・火・水・木・金・土・日 | a : 単位・円 | b : 利用 回数 | c : 合計単位 (月) (a × b) |
|--------------------------------------|-----------|--------------|-------------------------|
| ご利用料 事業対象者・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 | 単位 | 回 | 単位 |
| 入浴加算 (I) | 単位 | 回 | 単位 |
| サービス提供体制強化加算 (III) | 単位 | 回 | 単位 |
| 口腔機能向上加算 (II) | 単位 | 回 | 単位 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 単位 | 回 | 単位 |
| 介護職員等処遇改善加算 (II) | — 単位 | 回 | 単位 |
| 単位合計 | d : 単位 | | |
| d × 10.54 円 | e : | | 円 |
| e × 0.9 又は 0.8 又は 0.7 (介護保険分) | f : | | 円 |
| e - f (自己負担分) | g : | | 円 |

| | | | |
|--------------------|-------|---|-------|
| 昼食代 希望 (する・しない) | 710 円 | 回 | h : 円 |
| お茶・間食代 希望 (する・しない) | 100 円 | 回 | i : 円 |

| | | |
|----------------|-------------|---|
| 1ヶ月のご利用料金 (概算) | g + h + i = | 円 |
|----------------|-------------|---|