

重要事項説明書 地域密着型通所介護サービス

令和6年6月1日適用

【7級地用】

当社が提供する主な地域密着型通所介護サービスの利用料および、お客様にご負担頂く金額は次の通りです。尚、この金額は公的介護保険の法定利用料に基づくものであり、別途、介護職員処遇改善加算分が必要となります。

【料金表1:介護保険の対象となるサービス】

(上段:負担割合1割のお客様の料金、下段()内:介護給付費単位数)

	2~3時間未満	3~4時間未満	4~5時間未満	5~6時間未満
要介護1	310円 (305単位)	422円 (416単位)	443円 (436単位)	667円 (657単位)
要介護2	356円 (351単位)	485円 (478単位)	508円 (501単位)	787円 (776単位)
要介護3	402円 (396単位)	548円 (540単位)	574円 (566単位)	909円 (896単位)
要介護4	447円 (440単位)	609円 (600単位)	638円 (629単位)	1,028円 (1013単位)
要介護5	494円 (487単位)	673円 (663単位)	705円 (695単位)	1,150円 (1134単位)
	6~7時間未満	7~8時間未満	8~9時間未満	
要介護1	688円 (678単位)	764円 (753単位)	794円 (783単位)	
要介護2	813円 (801単位)	903円 (890単位)	938円 (925単位)	
要介護3	938円 (925単位)	1,047円 (1032単位)	1,087円 (1072単位)	
要介護4	1,064円 (1049単位)	1,189円 (1172単位)	1,237円 (1220単位)	
要介護5	1,189円 (1172単位)	1,331円 (1312単位)	1,385円 (1365単位)	
入浴費	1日につき		41円 (40単位)	
個別機能訓練加算費	1日につき		57円 (56単位)	

注) 実際の利用料は、1ヶ月間にご利用されるサービスの介護給付費単位数の合計に、介護職員処遇改善加算単位数(介護給付費単位数合計の9%)を加算した総単位数に対し、介護給付費1単位に対する単価10.14円を乗じ、1円未満を切り捨てた金額となります。詳しくは右記の計算方法をご参照願います。

【料金表2:介護保険の対象とならないサービス】

屋食材料費	お客様にご提供する屋食の材料にかかる費用です。	1日につき 630円(税込)
レクリエーション、クラブ活動にかかる費用	お客様の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。この際にかかる材料費は実費をご負担頂きます。	実費
紙オムツ代		実費

注) 上記のサービスについては全額お客様のご負担となります。

介護保険の対象となるサービスの料金の計算方法

要介護1の方が、1ヶ月間に5~6時間未満のサービスを4日(入浴あり)利用された場合の料金は以下のとおりです。

- ① 1ヶ月間にご利用されたサービスの介護給付費単位数を集計します。
 $(657単位 \times 4日) + (40単位 \times 4日)【入浴費】 = 2,788単位$
- ② 介護職員処遇改善加算など加算される単位数を計算します。(小数以下四捨五入)
 $介護職員処遇改善加算 \quad 2,788単位 \times 9\% = 251単位$
- ③ 前2項の合計単位数に、厚生大臣が定める単価(介護給付費1単位に対する単価 10.14円)を乗じた金額を計算します。これは介護保険による給付金額を含めたサービス利用料全額です。(1円未満切り捨て)
 $(2,788単位 + 251単位) \times 10.14円 = 30,815円$
- ④ 公的介護保険の適用を受ける場合のお客様のご負担額を計算します。負担割合が1割の場合、残りの9割が介護保険による給付(1円未満切り捨て)となり、これを差し引いた額をご負担頂きます。
 $30,815 - (30,815 \times 9割) = 3,082円【ご負担額】$

- ※ 公的介護保険の給付限度額を超えるサービスについては利用料全額をご負担頂きます。
- ※ 公的介護保険の給付の適用がある場合には、消費税は非課税です。
- ※ お客様の負担割合は、諸条件により1割以外(2割又は3割)となる場合があります。
- ※ お客様が要介護認定を受けていない場合または居宅サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料全額をお支払い頂きます。(要介護認定後または居宅サービス計画作成後、自己負担分を除く金額が公的介護保険からお客様へ直接払戻されます。(償還払い))

介護保険の対象とならないサービスのお客様ご負担額

ご利用されるサービスの利用料の全額がお客様の負担となります。

年 月 日 _____