

サービス利用書

様

こぶしの里通所介護事業所

1. 管理者氏名 村尾 伴樹 連絡先：0796-97-2965

2. サービス内容 指定地域密着型通所介護サービス

サービスの詳細は、別添「通所介護計画書」に記載

※ サービス提供時間：午前9時 ～ 午後4時15分

3. 通所介護サービス利用料金

サービス利用料金は、介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）の合計金額をお支払いいただくこととなります。（下記の基本サービス利用料金は、一日あたりの単価です）

	サービス 利用料金	サービス利用料金（1回あたり） 単位：円						
		自己負担額			食材料費 自己負担額	自己負担額		
		1割負担 の場合	2割負担 の場合	3割負担 の場合		1割の場合 の合計	2割の場合 の合計	3割の場合 の合計
要介護1	7,530	753	1,506	2,259	810	1,563	2,316	3,069
要介護2	8,900	890	1,780	2,670		1,700	2,590	3,480
要介護3	10,320	1,032	2,064	3,096		1,842	2,874	3,906
要介護4	11,720	1,172	2,344	3,516		1,982	3,154	4,326
要介護5	13,120	1,312	2,624	3,936		2,122	3,434	4,746

※ 上記のサービス利用料金に加えて、次に該当する場合は、加算の対象となります。

※ 入浴介助加算（Ⅰ）

入浴中の利用者の見守りや介助を行なう場合、一日あたりの施設サービス利用料金は400円（自己負担額は、負担割合1割の場合40円、2割の場合80円、3割の場合120円）の加算となります。

※ サービス提供体制強化加算（Ⅰ または Ⅱ もしくは Ⅲ に該当する場合）

Ⅰ 介護職員の総数のうち、介護福祉士70%以上 または 勤続10年以上の介護福祉士25%以上を配置している場合、一日あたりの施設サービス利用料金は220円（自己負担額は、負担割合1割の場合22円、2割の場合44円、3割の場合66円）の加算となります。

Ⅱ 介護職員の総数のうち、介護福祉士50%以上を配置している場合、一日あたりの施設サービス利用料金は180円（自己負担額は、負担割合1割の場合18円、2割の場合36円、3割の場合54円）の加算となります。

Ⅲ 介護職員の総数のうち、介護福祉士配置40%以上 または 勤続7年以上の介護福祉士30%以上を配置している場合、一日あたりの施設サービス利用料金は60円（自己負担額は、負担割合1割の場合6円、2割の場合12円、3割の場合18円）の加算となります。

＊ 個別機能訓練加算

(1) 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ

常勤専従の機能訓練指導員を1名以上配置し、利用者に対して「個別機能訓練計画書」を作成するとともに、その計画に基づいて機能訓練を実施し、効果や実施方法を評価するとともに、利用者の居宅を訪問して生活状況を確認するとともに、個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、必要に応じて見直し等を行う等の取り組みにより、一日あたりの施設サービス利用料金は560円（自己負担額は、負担割合1割の場合56円、2割の場合112円、3割の場合168円）の加算となります。

(2) 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ

上記に加え、専従の機能訓練指導員を1名以上配置し、2名配置した時間帯に機能訓練を受けた場合、一日あたりの施設サービス利用料金は760円（自己負担額は、負担割合1割の場合76円、2割の場合152円、3割の場合228円）の加算となります。

(3) 個別機能訓練加算（Ⅱ）

上記に加え、利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合、1月につき200円（自己負担額は、負担割合1割の場合20円、2割の場合40円、3割の場合60円）の加算となります。

＊ 口腔機能向上加算

(1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）

利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に口腔清掃や、摂食・嚥下機能に関する訓練等を行い、利用者の心身の状態の維持・向上に資すると認められるサービスを実施した場合、3か月以内に限り、1月に2回を限度として1回1,500円（自己負担額は、負担割合1割の場合150円、2割の場合300円、3割の場合450円）の加算となります。

なお、3か月毎の評価の結果、口腔機能向上サービスの継続が必要と認められた場合、引き続き算定することができます。

(2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）

上記に加え、利用者ごとの口腔機能改善管理計画等の内容を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合、3か月以内に限り、1月に2回を限度として1回1,600円（自己負担額は、負担割合1割の場合160円、2割の場合320円、3割の場合480円）の加算となります。

＊ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じ通所介護サービス計画を見直す等、当該情報を通所介護サービスの提供に有効に活用している場合、1月につき400円（自己負担額は、負担割合1割の場合40円、2割の場合80円、3割の場合120円）の加算となります。

＊ 介護職員等処遇改善加算

(1) 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ

要介護度別サービス利用料金に各種加算を加えた自己負担額合計の12.7%の金額が加算となります。（自己負担額1円未満四捨五入）

4. その他

「介護保険の給付対象外サービス」「利用料金の支払方法」「利用の中止・変更・追加」等については、「こぶしの里指定地域密着型通所介護サービス重要事項説明書」を参照ください。

私たちは、以上のサービス計画並びに利用料金等について説明を受けました。

本サービス利用書が貴事業所との令和 年 月 日付契約書と一体となることを承認し、これを証するため下記のとおり署名し、提出します。

令和 年 月 日

《契 約 者》 住 所 _____

(利用者)

氏 名 _____ (印)

【署名代行者を選定した場合】

《署名代行者》 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(契約者との関係： _____)

【引受人を選定した場合】

《引 受 人》 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(契約者との関係： _____)

【引受人を選定した場合】

《引 受 人》 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(契約者との関係： _____)