

ムツミ病院デイサービス

重要事項説明書 別紙 (通所介護)

1. 利用料金 (令和6年4月現在)

(1) 介護保険給付

① 基本料金 (1単位 = 10,270円)

通常規模型 通所介護

利用時間	区分・ 要介護度	基本単位 (1日につき)
3時間以上 4時間未満	要介護度1	370単位
	要介護度2	423単位
	要介護度3	479単位
	要介護度4	533単位
	要介護度5	588単位
4時間以上 5時間未満	要介護度1	388単位
	要介護度2	444単位
	要介護度3	502単位
	要介護度4	560単位
	要介護度5	617単位
5時間以上 6時間未満	要介護度1	570単位
	要介護度2	673単位
	要介護度3	777単位
	要介護度4	880単位
	要介護度5	984単位
6時間以上 7時間未満	要介護度1	584単位
	要介護度2	689単位
	要介護度3	796単位
	要介護度4	901単位
	要介護度5	1008単位
7時間以上 8時間未満	要介護度1	658単位
	要介護度2	777単位
	要介護度3	900単位
	要介護度4	1023単位
	要介護度5	1148単位
8時間以上 9時間未満	要介護度1	669単位
	要介護度2	791単位
	要介護度3	915単位
	要介護度4	1041単位
	要介護度5	1168単位

② 各種加算項目

(1 単位＝10.27 円)

入浴介助加算 I	1 日につき 40 単位	通所介護計画に基づき、観察を含む介助を行う場合に算定
認知症加算	1 日につき 60 単位 (対象者のみ)	認知症高齢者の日常生活自立度が、 <u>ランクⅢ、ⅣまたはMに該当の対象者のみ算定</u>
サービス提供体制 加算 (Ⅱ)	1 日につき 18 単位	利用者に直接介護サービスを提供する職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が 50% 以上である場合に算定
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) <u>※令和 6 年 5 月 31 日 で廃止</u>	1 月につき 5.9%	1 月の所定単位数に、5.9%を乗じた単位数を算定
介護職員等特定処遇改善 加算 (Ⅱ) <u>※令和 6 年 5 月 31 日 で廃止</u>	1 月につき 1.0%	1 月の所定単位数に、1.0%を乗じた単位数を算定
介護職員等処遇改善 加算 (Ⅱ) <u>※令和 6 年 6 月 1 日 より新設</u>	1 月につき 9.0%	1 月の所定単位数に、9.0%を乗じた単位数を算定

(2) 介護保険給付外サービスの利用料

種 類	内 容	利 用 料	備 考
昼食の提供	昼食を提供します。	1 食：650 円	
おやつ提供	おやつ及び飲み物を提供します。	1 食：100 円	短時間利用の場合は 提供なし。 <u>※当日キャンセルは不可</u>
教材費 (レクリエーション材料費)	手芸クラフト等、希望者に対してのみ材料提供します。 また、初回利用時にはファイル代を請求します。	ファイル代：110 円 (材料費は、必要経費分を請求します)	
紙オムツ (M)	持参品無い場合	1 枚：130 円	
紙オムツ (L)	持参品無い場合	1 枚：140 円	
紙オムツ (LL)	持参品無い場合	1 枚：150 円	
リハビリパンツ (M)	持参品無い場合	1 枚：130 円	
リハビリパンツ (L)	持参品無い場合	1 枚：140 円	
リハビリパンツ (LL)	持参品無い場合	1 枚：150 円	
パッド	持参品無い場合	1 枚：100 円	
レジ袋	持参品無い場合	1 枚：10 円	
バスタオル (タオル貸出)	入浴時、バスタオルの持参が無い場合、デイのタオルを使用します。	1 枚：100 円	
フェイスタオル (タオル貸出)	入浴時、フェイスタオルの持参が無い場合、デイのタオルを <u>2枚使用</u> します。	1 枚：50 円	
マスク	持参品無い場合	1 枚：30 円	

カットガーゼ	持参品無い場合	1 枚：20 円	
絆創膏	持参品無い場合	1 枚：10 円	
防水フィルム	持参品無い場合	1 枚：200 円	
写真 (Lサイズ)	写真専用用紙での増刷希望時	1 枚：70 円	
連絡帳	再発行時	1 冊：200 円	

(3) 利用料等の支払方法

契約書、重要事項説明書のとおり、当院指定口座へのお振り込みか、窓口でのお支払いをお願いします。

※尚、令和6年6月より契約者様ご希望指定口座からの引き落としに移行致します。
但し、諸般の事情により引き落としができない場合は、従来の方法での支払いとなります。

年 月 日

通所介護のサービス提供にあたり、契約者に対して本書面に基づいて、
利用料金についての説明を致しました。

【事業者】

京都府亀岡市下矢田町君塚 8 番地
医療法人睦会

代表者名 理事長 西本 雅彦



説明者 生活相談員

㊞

私は本書面により、事業所から利用料金の説明を受け、その内容に同意致します。

【契約者（利用者）】

〔住所〕

〔氏名〕

印

【代理人（家族等）】

〔住所〕

〔氏名〕

印

〔続柄〕

【身元保証人】

〔住所〕

〔氏名〕

印

〔続柄〕

2. 【緊急連絡先】

ご本人様の体調の変化や、お荷物の確認等がある場合は下記に電話連絡致します。

代理人、身元保証人を含め、最低2人以上のご記載お願い致します。

優先度の高い方に連絡させていただきます。(繋がらない場合次の方に連絡致します)

また、広域災害が起こった場合に備え、可能であれば遠方のご親族等連絡先も1件ご記入お願いします。

連絡 優先 度	氏名	続柄	住所	電話番号
1			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (名称) (部署名)
2			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (名称) (部署名)
3			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (名称) (部署名)
4			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (名称) (部署名)
5			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (名称) (部署名)

