

青梅複合型ケアサービスセンター〔契約書別紙〕

1 担当者（看護小規模多機能型居宅介護の管理者）

氏名 幡野 光一郎 連絡先 0428-78-4961

2 看護小規模多機能型居宅介護の内容

- (1) 営業日 365日 24時間
- (2) 通いサービス 9時～16時（年中）
 宿泊サービス 利用開始日の16時～利用終了日の9時
 訪問サービス 24時間（看護緊急時対応）
 サービス提供エリア 青梅市 羽村市
- (3) ご利用場所 東京都青梅市友田町5丁目533番1 青梅複合型ケアサービスセンター
- (4) ご利用可能設備等 食堂兼居間、宿泊室、地域交流スペース、トイレ他
 浴室（個別ケア浴槽）、送迎車 5台
- (5) サービス内容 居宅介護計画および看護小規模多機能型居宅介護計画に沿い、送迎、食事
 介助、入浴介助、機能訓練その他必要な介護等を行います。
 また、以下の加算対象サービスを実施しています（ご利用の際には、加算
 額の1割及び2割、3割を追加負担いただきます）。

3 料金

- (1) サービス利用料 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

■地域区分別1単価の単価 3級地10.83円（1割負担の場合）

複合型サービス費		単位数	費用額（10割）	利用者負担額
要介護1	1月につき	12,447	134,801	13,481
要介護2	1月につき	17,415	188,604	18,861
要介護3	1月につき	24,481	265,129	26,513
要介護4	1月につき	27,766	300,705	30,071
要介護5	1月につき	31,408	340,148	34,015
その他の加算			単位数	利用者負担額
初期加算	1日につき（30日限度）		+30	+33
認知症加算（Ⅰ）	1月につき		+920	+997
認知症加算（Ⅱ）			+890	+964
認知症加算（Ⅲ）			+760	+823
認知症加算（Ⅳ）			+460	+498
複合型退院時共同指導加算	1回（特別な場合2回）		+600	+650
緊急時対応加算	1月につき		+774	+839
専門管理加算	1月につき		+250	+271
複合型特別管理加算Ⅰ	1月につき		+500	+542
複合型特別管理加算Ⅱ			+250	+271

複合型ターミナルケア加算	1回	+2,500	+2,708
総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	1月につき	+1,200	+1,300
総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）		+800	+867
看護体制強化加算Ⅰ	1月につき	+3,000	+3,249
看護体制強化加算Ⅱ	1月につき	+2,500	+2,708
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1月につき	+750	+813
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1月につき	+640	+694
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1月につき	+350	+379
栄養アセスメント加算	1月につき	+50	+55
栄養改善加算	1回につき（月2回を限度）	+200	+217
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回を限度	+20	+22
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回を限度	+5	+6
口腔機能向上加算Ⅰ	1回につき（月2回を限度）	+150	+163
口腔機能向上加算Ⅱ	1回につき（月2回を限度）	+160	+174
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	1月につき	+100	+109
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		+10	+11
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月につき	+3	+4
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月につき	+13	+14
排せつ支援加算Ⅰ	1月につき	+10	+11
排せつ支援加算Ⅱ	1月につき	+15	+17
排せつ支援加算Ⅲ	1月につき	+20	+22
科学的介護推進体制加算	1月につき	+40	+44
訪問体制強化加算	1月につき	+1,000	+1,083
若年性認知症利用者受入加算	1月につき	+800	+867
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	総単位数の1000分の149が加算されます。		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数の1000分の146が加算されます。		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	総単位数の1000分の134が加算されます。		
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	総単位数の1000分の106が加算されます。		

(2) サービス利用料（2割負担の場合） 2015年8月1日以降

複合型サービス費		単位数	費用額（10割）	利用者負担額
要介護1	1月につき	12,447	134,801	26,961
要介護2	1月につき	17,415	188,604	37,721
要介護3	1月につき	24,481	265,129	53,026

要介護 4	1 月につき	27,766	300,705	60,141
要介護 5	1 月につき	31,408	340,148	68,030
その他の加算			単位数	利用者負担額
初期加算	1 日につき (30 日限度)		+30	+65
認知症加算 (I)	1 月につき		+920	+1,993
認知症加算 (II)		+890	+1,928	
認知症加算 (III)		+760	+1,646	
認知症加算 (IV)		+460	+997	
複合型退院時共同指導加算	1 回 (特別な場合 2 回)		+600	+1,300
緊急時対応加算	1 月につき		+774	+1,677
専門管理加算	1 月につき		+250	+542
複合型特別管理加算 I	1 月につき		+500	+1,083
複合型特別管理加算 II		+250	+542	
複合型ターミナルケア加算	1 回		+2,500	+5,415
総合マネジメント体制強化加算 (I)	1 月につき		+1,200	+2,600
総合マネジメント体制強化加算 (II)		+800	+1,733	
看護体制強化加算 I	1 月につき		+3,000	+6,498
看護体制強化加算 II	1 月につき		+2,500	+5,415
サービス提供体制強化加算 I	1 月につき		+750	+1,625
サービス提供体制強化加算 II	1 月につき		+640	+1,387
サービス提供体制強化加算 III	1 月につき		+350	+758
栄養アセスメント加算	1 月につき		+50	+109
栄養改善加算	1 回につき (月 2 回を限度)		+200	+434
口腔・栄養スクリーニング加算 I	6 月に 1 回を限度		+20	+44
口腔・栄養スクリーニング加算 II	6 月に 1 回を限度		+5	+11
口腔機能向上加算 I	1 回につき (月 2 回を限度)		+150	+325
口腔機能向上加算 II	1 回につき (月 2 回を限度)		+160	+347
生産性向上推進体制加算 (I)	1 月につき		+100	+217
生産性向上推進体制加算 (II)		+10	+22	
褥瘡マネジメント加算 I	1 月につき		+3	+7
褥瘡マネジメント加算 II	1 月につき		+13	+28
排せつ支援加算 I	1 月につき		+10	+22
排せつ支援加算 II	1 月につき		+15	+33
排せつ支援加算 III	1 月につき		+20	+44
科学的介護推進体制加算	1 月につき		+40	+87
訪問体制強化加算	1 月につき		+1,000	+2,166

若年性認知症利用者受入加算	1月につき	+800	+1,733
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	総単位数の1000分の149が加算されます。		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数の1000分の146が加算されます。		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	総単位数の1000分の134が加算されます。		
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	総単位数の1000分の106が加算されます。		

(2) サービス利用料（3割負担の場合） 2018年8月1日以降

複合型サービス費		単位数	費用額（10割）	利用者負担額
要介護1	1月につき	12,447	134,801	40,441
要介護2	1月につき	17,415	188,604	56,582
要介護3	1月につき	24,481	265,129	79,539
要介護4	1月につき	27,766	300,705	90,212
要介護5	1月につき	31,408	340,148	102,045
その他の加算			単位数	利用者負担額
初期加算		1日につき（30日限度）	+30	+98
認知症加算（Ⅰ）		1月につき	+920	+2,989
認知症加算（Ⅱ）			+890	+2,892
認知症加算（Ⅲ）			+760	+2,469
認知症加算（Ⅳ）			+460	+1,495
複合型退院時共同指導加算		1回（特別な場合2回）	+600	+1,950
緊急時対応加算		1月につき	+774	+2,515
専門管理加算		1月につき	+250	+813
複合型特別管理加算Ⅰ		1月につき	+500	+1,625
複合型特別管理加算Ⅱ			+250	+813
複合型ターミナルケア加算		1回	+2,500	+8,123
総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）		1月につき	+1,200	+3,899
総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）			+800	+2,600
看護体制強化加算Ⅰ		1月につき	+3,000	+9,747
看護体制強化加算Ⅱ		1月につき	+2,500	+8,123
サービス提供体制強化加算Ⅰ		1月につき	+750	+2,437
サービス提供体制強化加算Ⅱ		1月につき	+640	+2,080

サービス提供体制強化加算Ⅲ	1月につき	+350	+1,137
栄養アセスメント加算	1月につき	+50	+163
栄養改善加算	1回につき(月2回を限度)	+200	+650
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回を限度	+20	+65
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回を限度	+5	+17
口腔機能向上加算Ⅰ	1回につき(月2回を限度)	+150	+488
口腔機能向上加算Ⅱ	1回につき(月2回を限度)	+160	+520
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	1月につき	+100	+325
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		+10	+33
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月につき	+3	+10
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月につき	+13	+42
排せつ支援加算Ⅰ	1月につき	+10	+33
排せつ支援加算Ⅱ	1月につき	+15	+49
排せつ支援加算Ⅲ	1月につき	+20	+65
科学的介護推進体制加算	1月につき	+40	+130
訪問体制強化加算	1月につき	+1,000	+3,249
若年性認知症利用者受入加算	1月につき	+800	+2,600
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数の1000分の149が加算されます。		
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	総単位数の1000分の146が加算されます。		
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	総単位数の1000分の134が加算されます。		
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	総単位数の1000分の106が加算されます。		

その他の費用について(介護保険適用外)

- ① 食事代 朝500円・昼950円・夕750円
- ② 宿泊代 1泊 3,500円
- ③ おやつ代 (おやつ、飲み物) 1回100円
※昼食利用の方は昼食代におやつ代は含まれる
- ④ 利用料金振替手数料 150円(一月につき)
- ⑤ 通常の実施地域を越える送迎・訪問をした際の交通費: 1kmにつき200円

(2) 介護保険給付対象外サービスの利用料

その他の日常生活費 利用者、またはその家族等の自由な選択に基づき通所介護等の提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費

入浴用品パック		1日70円 *入浴時における石鹸、シャンプー等、消耗品を持参の方は頂きません。
個別実費	おむつ代	おむつ1枚100円、パット1枚30円
	日用品	歯ブラシ、化粧品等、個人が使用する者
	教養娯楽費	(個人を対象にしたレクリエーション必要経費)、交通費、入場料等(実費)
	医薬品費(個人が使用するもの)	実費
	小銭預り管理費	30円/日

施設サービスの提供とは関係のない費用(利用者の希望による援助)

通院送迎付き添い費(近隣)	1,000	円/回
院内付き添い費	1,800	円/1時間
個人の郵便、宅配などに係る経費	実費	
洗濯代	50	円/回
行政他、事務手続き代行(介護保険、入退所手続き他日常生活の事務代行を除く)	1,000	円/回
外部のクリーニング店利用	実費個人負担(消費税別途)	
永眠時のケア	10,000円/回	

(3) キャンセル規定

お客さまのご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

①ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	食事代
③ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただかなかった場合	食事代

4 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気、感染症の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

緊急連絡先		
Ⅰ 家族	氏名	続柄
	自宅Tel	
	携帯Tel	
	勤務先名、Tel	
Ⅱ 家族	氏名	続柄
	自宅Tel	
	携帯Tel	
	勤務先名、Tel	
病院名・診療所名		
主治医		

5 相談、要望、苦情等の窓口

サービスに関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

☆青梅複合型ケアサービスセンター 電話番号：0428-78-4961 管理者：幡野 光一郎 （受付時間 月～土曜日 9：00～17：00）
☆青梅市役所相談窓口 電話番号；0428-22-1111（代） 担当部署；健康福祉部 介護保険課
☆羽村市役所相談窓口 電話番号：042-555-1111（代） 担当部署：福祉健康部 社会福祉課
☆国民健康保険団体連合会 電話番号；03-5326-0949 担当部署；介護保険部相談指導課

事業者名 社会福祉法人 積善会
青梅複合型ケアサービスセンター
住 所 東京都青梅市友田町5丁目533番1
代表者名 理事長 川口 睦弘 印

私は、契約書および本書面により、事業所から複合型サービスについての契約書別紙の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日 利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印（続柄 _____）