

高齢者介護総合センター―聖母の園短期入所生活介護1割料金表(1日あたり)
(令和6年8月1日より)

(1)多床室 介護サービス利用料自己負担額(介護職員処遇改善加算Ⅰ、特定処遇改善加算Ⅰを除く)+食事負担額+滞在費(光熱水費)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
基本単位数	603	672	745	815	884	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	22	22	22	22	
介護サービス利用料	¥6,800	¥7,550	¥8,344	¥9,106	¥9,857	
介護保険からの給付	¥6,120	¥6,795	¥7,509	¥8,195	¥8,871	
介護サービス利用料自己負担額	¥680	¥755	¥835	¥911	¥986	
食事負担額	第1段階	300円	※基準費用額(4段階) 1,650円 ○但、所得に応じて負担上限額あり。			
	第2段階	600円				
	第3段階①	1000円				
	第3段階②	1300円				
	第4段階	1,650円				
滞在費	第1段階	0円	※基準費用額(4段階) 915円 ○但、所得に応じて負担上限額あり。			
	第2段階	430円				
	第3段階	430円				
	第4段階	915円				
合計負担額合計	第1段階	¥980	¥1,055	¥1,135	¥1,211	¥1,286
	第2段階	¥1,710	¥1,785	¥1,865	¥1,941	¥2,016
	第3段階①	¥2,110	¥2,185	¥2,265	¥2,341	¥2,416
	第3段階②	¥2,410	¥2,485	¥2,565	¥2,641	¥2,716
	第4段階	¥3,245	¥3,320	¥3,400	¥3,476	¥3,551

(2)従来型個室 介護サービス利用料自己負担額(介護職員処遇改善加算Ⅰ、特定処遇改善加算Ⅰを除く)+食事負担額+滞在費(光熱水費+室料)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
基本単位数	603	672	745	815	884	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	22	22	22	22	
介護サービス利用料	¥6,800	¥7,550	¥8,344	¥9,106	¥9,857	
介護保険からの給付	¥6,120	¥6,795	¥7,509	¥8,195	¥8,871	
介護サービス利用料自己負担額	¥680	¥755	¥835	¥911	¥986	
食事負担額	第1段階	300円	※基準費用額(4段階) 1,650円 ○但、所得に応じて負担上限額あり。			
	第2段階	600円				
	第3段階①	1000円				
	第3段階②	1300円				
	第4段階	1,650円				
滞在費	第1段階	380円	※基準費用額(4段階) 1,231円 ○但、所得に応じて負担上限額あり。			
	第2段階	480円				
	第3段階	880円				
	第4段階	1,231円				
合計負担額合計	第1段階	¥1,360	¥1,435	¥1,515	¥1,591	¥1,666
	第2段階	¥1,760	¥1,835	¥1,915	¥1,991	¥2,066
	第3段階①	¥2,560	¥2,635	¥2,715	¥2,791	¥2,866
	第3段階②	¥2,860	¥2,935	¥3,015	¥3,091	¥3,166
	第4段階	¥3,561	¥3,636	¥3,716	¥3,792	¥3,867

※1単位 10.88円

★上記の合計負担額に介護職員等処遇改善加算Ⅰを足した金額が利用料となります。

※1日単位介護職員処遇改善加算Ⅰ(この加算は月の総単位で計算するので目安として参考してください)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
多床室介護職員処遇改善加算Ⅰ(単位数)	87	97	107	117	126
個室介護職員処遇改善加算Ⅰ(単位数)	87	97	107	117	126

多床室利用者自己負担額	¥95	¥106	¥117	¥128	¥137
従来型個室利用者自己負担額	¥95	¥106	¥117	¥128	¥137

(3)加算額

介護職員等処遇改善加算 I	介護職員等の処遇改善を目的とした加算。事業所が加算の算定額に相当する賃金改善を実施する事や、介護職員処遇改善計画書作成等、一定の条件を行っている場合。サービスごとに設定された加算率(14.0%)を月の報酬単価に掛け、その分を上乗せするというものです。	自己負担額は個々に算定額が変わります。
<p>○1ヶ月の当施設短期入所利用総単位数に8.3%を乗じた単位数 当施設の短期入所利用分月総単位×0.14=介護職員等処遇改善加算 I の単位(四捨五入) (介護職員等処遇改善加算 I 単位×10.88円『切り捨て』)-(介護職員等処遇改善加算 I 単位×10.88円×0.9『切り捨て』)=自己負担額</p>		

		基本単位数	介護サービス利用料	介護保険からの給付	自己負担額
サービス提供体制強化加算(I)	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上配置されている場合。	22単位/1日	239円	215円	24円

(4)その他の加算額

		基本単位数	介護サービス利用料	介護保険からの給付	自己負担額
送迎加算	御自分で来所が困難な方は、御希望で入退所時の送迎を行います。	184単位/片道	2,001円	1,800円	201円
療養食加算	利用者の病状等に応じて、主治の医師より、利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合。(食事せんが必要です。)	8単位/1食	87円	78円	9円

(5)入所・退所日の食費

入所日・退所日の食費は、1食毎で計算させていただきます。	朝食	昼食	夕食	1日
	300円	700円 (おやつ代込)	650円	1,650円

(6)利用者の負担段階ごとの対象者要件とその負担限度額

利用者の負担段階		負担限度額		
区分	対象者	滞在費		食費
第1段階	市町村民税・世帯全員非課税で老齢福祉年金、または生活保護受給者	従来型個室	380円	300円
		多床型	0円	
第2段階	市町村民税・世帯全員非課税であって高齢者本人の年金収入が80万円以下であって、年金以外に所得がない方	従来型個室	480円	390円
		多床型	430円	
第3段階	市町村民税・世帯非課税であって、第2段階に該当しない方	従来型個室	880円	650円
		多床型	430円	
第4段階	上記以外の方	従来型個室	1231円	1,650円
		多床型	915円	
※基本的に4段階は負担限度額はありません。				

(7)その他費用

理髪・美容	横浜ビューティヘルパー	毎月2回		2000円+税
買い物代行		毎月3回	木曜日	ベッドサイド2300円+税
特別な食事				要した費用の実費
外出・クラブ等				要した費用の実費
喫茶コーナー	コーヒー代			100円

令和6年8月1日現在

17 安全対策担当者

組織的に安全対策を実施する体制を整備する為、外部の研修をけた安全対策担当者を専任・配置します。

安全対策担当者	生活相談員 阿部 正太
---------	-------------

18 協力医療機関

医療機関の名称	医療生協かながわ生活協同組合 戸塚病院
所在地	横浜市戸塚区汲沢町1025-6
電話番号	045-864-1241
診療科	内科、神経科、整形外科、外科、眼科、泌尿器科 リハビリテーション科、
入院設備	ベッド数計111床

医療機関の名称	社会福祉法人 聖テレジア会 聖テレジア病院
所在地	鎌倉市腰越1-2-1
電話番号	0467-32-4125
診療科	内科、整形外科、リハビリテーション科
入院設備	ベッド数計149床

医療機関の名称	あおぞら歯科医院
所在地	大和市大和南1-12-22-1F
電話番号	046-260-6010
診療科	歯科診療

19 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「高齢者介護総合センター聖母の園 消防計画書」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	ファミリー第2戸塚と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「高齢者介護総合センター聖母の園 消防計画書」にのっとり年3回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称 個数等	
	スプリンクラー	あり	防火扉 シャッター	15個所
	非難階段	3個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	各所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：令和元年6月 防火管理者：安齋 崇之			

20 事業所ご利用の際に留意いただく事項

予約受付日時	午前9時～午後5時（日曜日と12月30日～1月3日を除く日）。
ご予約の方法	ご利用の予約は、利用開始日の2カ月前の1日に聖母の園指定申込書に記入しFAX送信にて受付とします。
入所時の面接	入所受け入れ時には要介護者またはその家族と複数の職種（生活相談員、看護職員、介護職員、栄養士）による面接を実施し、適切な健康管理と介護サービスが提供されるよう、十分な情報収集を行います。
来訪・面会	来訪者は、面会時に、必ずその都度届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。事業所への入館時間帯は午前9時から午後7時までとします。ただし予め連絡があり、事業所が認めた場合は除きます。
外出・外泊	外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	受診する場合は、その介添えについてできるだけ配慮しますが、家族への付き添いを依頼する場合があります。
居室・設備器具の利用	事業所内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名_____氏名_____）から上記重要な事項の説明を受け同意し、重要事項説明書を受領いたしました。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所_____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所_____

氏名 _____ 印

続柄_____

注 短期入所生活介護サービス利用契約における、事業所使用の際の留意事項を含みます。