

花の木ハイム荒川介護予防短期入所生活介護 介護保険単位数・利用料金表

重要事項説明書（別紙）【令和7年7月1日版】



介護保険単位数 1日あたりの	1日当たりの指定介護予防短期入所生活介護費 併設型 従来型個室・多床室 (A)			要支援 1	要支援 2	
				451	561	
	加算分	1日あたりの加算 (B)		機能訓練体制加算12単位	計12単位	
		介護職員等処遇改善加算 (I) (A+B) × 14%		64	80	
	介護保険単位数合計			528	653	
日あたりの利用料自己負担分 ※単位数×11.1円の額の負担割合分				1割	587円	725円
				2割	1,173円	1,450円
				3割	1,759円	2,175円
				10割	5,861円	7,249円
日額利用料金	1割負担	第4段階 R6.7までは多床室855円・個室1,171円	食費 2,100円 多床室 1,085円	多床室	3,772円	3,910円
			個室 1,431円	個室	4,118円	4,256円
		第3段階② R6.7までは多床室370円・個室820円	食費 1,300円 多床室 430円	多床室	2,317円	2,455円
			個室 880円	個室	2,767円	2,905円
		第3段階① R6.7までは多床室370円・個室820円	食費 1,000円 多床室 430円	多床室	2,017円	2,155円
			個室 880円	個室	2,467円	2,605円
		第2段階 R6.7までは多床室370円・個室420円	食費 600円 多床室 430円	多床室	1,617円	1,755円
			個室 480円	個室	1,667円	1,805円
		第1段階 R6.7までは多床室0円・個室320円	食費 300円 多床室 0円	多床室	887円	1025円
			個室 380円	個室	1,267円	1,405円
		2割負担 R6.7までは多床室855円・個室1,171円	食費 2,100円 多床室 1,085円	多床室	4,358円	4,635円
			個室 1,431円	個室	4,704円	4,981円
	3割負担 R6.7までは多床室855円・個室1,171円	食費 2,100円 多床室 1,085円	多床室	4,944円	5,360円	
		個室 1,431円	個室	5,290円	5,706円	
	10割 R6.7までは多床室855円・個室1,171円	食費 2,100円 多床室 1,085円	多床室	9,046円	10,434円	
		個室 1,431円	個室	9,392円	10,780円	

- ・送迎加算（184単位）/片道 自己負担 1割負担:205円 2割負担:409円 3割負担:613円 10割負担:2,042円
 - ・荒川区（1級地）の単価は1単位11.1円となり、単位数×単価の1割・2割又は3割が自己負担分となります。
 - ・料金表の額は概算となり、端数処理の関係で実際の料金と若干の誤差が生じることがあります。
 - ・施設のサービスまたは人員体制等の変更により、算定する加算の変更および料金が増減する場合があります。
 - ・食費日額2,100円の内訳は、朝食700円、昼食700円、夕食700円となります。
- *1 令和6年5月までは処遇改善加算（I）8.3%、特定処遇改善加算（I）2.7%、介護職員等ベースアップ支援加算1.6%となります。
- *1 令和6年6月以降体制に応じて、（Ⅱ）13.6%、（Ⅲ）11.3%、（Ⅳ）9.0%となることがあります。

介護保険以外の料金		
理美容費用	実費	ご希望により訪問理容サービスを実施した場合
レクリエーション費用	実費	個別のご希望で行ったレクリエーションにて費用がかかった場合
日常生活品	実費	生活品（ティッシュ・電池・歯ブラシ等）の購入費用
特別な食事	実費	ご希望による外注・外食・納涼祭などでの行事食費用、嗜好品
医療費	実費	病院受診・訪問歯科・訪問マッサージ等に伴う医療費自己負担分
その他	実費	ご希望により購入する健康維持等の為の栄養補助食品、施設備品以外の介護用品や機器、施設で用意する以外の衛生材料など個人使用を希望して購入する全ての物

【その他 利用料金について】

その他の加算・個別加算の料金（1割負担で表記）

サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)25円(Ⅱ)20円 (Ⅲ)7円/日	介護福祉士、常勤職員を一定数以上配置した場合。
個別機能訓練加算	63円/日	機能訓練指導員等が適宜居宅を訪問し計画を立てた上で個別機能訓練を行った場合。
認知症行動心理症状 緊急対応加算	222円/日	認知症の方が医師の判断で緊急にご利用となった場合。7日を上限として算定。
若年性認知症利用者 受入加算	134円/日	若年性認知症の方に対して個別担当者を決め、個別ニーズに沿ったケアを提供した場合。
口腔連携強化加算	56円/回	歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供した場合。
療養食加算	9円/食	医師の指示により療養食を提供した場合。
生産性向上推進体制 加算	(Ⅰ)111円/月(Ⅱ)12円/月	見守り機器等のテクノロジーを導入し、業務改善を継続的に行ない、効果を示すデータの提供を行った場合。
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)4円(Ⅱ)5円	(Ⅰ)日常生活自立度Ⅲ50%以上、研修修了者の配置(Ⅱ)更に研修修了者を配置、研修実施等した場合。
生活機能向上連携加 算	(Ⅰ)111円(Ⅱ)222円/月 (個別機能訓練加算算定時111円)	外部理学療法士等と連携し計画を作成した場合等。
長期利用減算	マイナス34円/日	30日以上連続で利用した場合31日目以降減算。

・利用キャンセルの場合は、利用開始予定日6日前の17時までに施設にご連絡ください。

上記期日を過ぎて利用をキャンセルされた場合は、利用予定期間の食費と居住費相当額（第4段階の1日分の食費と居住費と同額）をキャンセル料として請求させていただきます。なお、キャンセル料については、介護保険負担限度額(食費・居住費の軽減)は適用されません。

又、利用開始日に送迎に伺った後の利用キャンセルは、送迎加算相当額(10割)を実費で請求させていただきます。

・月末締め翌月末日までに自動引き落としにてお支払いいただきます。

介護予防短期入所生活介護のご利用にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

＜事業者＞

所在地 東京都荒川区荒川5-47-2
名称 荒川区立特別養護老人ホーム花の木ハイム荒川

説明日 令和 年 月 日

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け、十分に理解し同意いたしました。

＜利用者＞

住所

氏名

＜ご利用者家族/代理人/身元保証人等＞

住所

氏名 続柄