

【重要事項説明書 別紙】

サービスに要した費用と利用者負担の目安は、下記の通りです。

基本サービス単位数 日中時間帯(午前8時～午後6時までの間)

下記の利用料(サービスに要した費用)は、本事業所(1級地)の1単位単価(11.20円)で算定しています。また、利用者負担額は利用料の1割相当額を記載しています。

(1円未満の端数は、端数金額を切り捨てて算定しています。)

実際にお支払いいただく利用料は、障害福祉サービス受給者証の「負担上限月額」の金額により請求させていただきます。

令和6年4月1日 障害福祉サービス等の基本報酬改定

1・基本利用料

○ 居宅介護サービス費 単位数及び料金表

		所要時間	単位数	利用料	利用者負担額
居宅 身体 介護	(1)	30分未満	256	2,867	286
	(2)	30分以上1時間未満	404	4,524	452
	(3)	1時間以上1時間30分未満	587	6,574	657
	(4)	1時間30分以上2時間未満	669	7,492	749
	(5)	2時間以上2時間30分未満	754	8,444	844
	(6)	2時間30分以上3時間未満	837	9,374	937
	(7)	3時間以上の場合	921		
		921単位に30分増すごとに+83単位を加算した単位			
通院等 介助 (身体を伴)	(1)	30分未満	256	2,867	286
	(2)	30分以上1時間未満	404	4,524	452
	(3)	1時間以上1時間30分未満	587	6,574	657
	(4)	1時間30分以上2時間未満	669	7,492	749
	(5)	2時間以上2時間30分未満	754	8,444	844
	(6)	2時間30分以上3時間未満	837	9,374	937
	(7)	3時間以上の場合	921		
		921単位に30分増すごとに+83単位を加算した単位			
家事 援助	(1)	30分未満	106	1,187	118
	(2)	30分以上45分未満	153	1,713	171
	(3)	45分以上1時間未満	197	2,206	220
	(4)	1時間以上1時間15分未満	239	2,676	267
	(5)	1時間15分以上1時間30分未満	275	3,080	308
	(6)	1時間30分以上の場合	311		
		311単位に15分増すごとに+35単位を加算した単位			
通院等 介助 (身体を伴わない場合)	(1)	30分未満	106	1,187	118
	(2)	30分以上1時間未満	197	2,206	220
	(3)	1時間以上1時間30分未満	275	3,080	308
	(4)	1時間30分以上の場合	345	3,864	386
		345単位に30分増すごとに+69単位を加算した単位			
	(5)	通院の為の乗車または車の介助中心	102	1,142	114

地域区分:1級地

○ 同行援護サービス費 単位数表及び料金表

		所要時間	単位数	利用料	利用者負担額
平成30年4月以降に支給 決定請けた場合	(1)	30分未満	191	2,139	213
	(2)	30分以上1時間未満	302	3,382	338
	(3)	1時間以上1時間30分未満	436	4,883	488
	(4)	1時間30分以上2時間未満	501	5,611	561
	(5)	2時間以上2時間30分未満	566	6,339	633
	(6)	2時間30分以上3時間未満	632	7,078	707
	(7)	3時間以上の場合	697		
		697単位に30分増すごとに+66単位を加算した単位			

○初回加算 初回訪問時、状況把握の為 200単位加算いたします

○福祉・介護職員処遇改善加算算定について

《 2024年4月ご利用分～5月末までのご利用分 》

- ・居宅 介護職員処遇改善加算Ⅰ算定
総単位数/月 に処遇改善加算として27.4%算定し加算いたします
- ・居宅 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ算定
総単位数/月 に処遇改善加算として5.5%算定し加算いたします
- ・居宅 介護職員ベースアップ等支援加算
総単位数/月 ベースアップ等支援加算として(5.5%)算定し加算いたします
- ・同行 介護職員処遇改善加算Ⅰ算定
総単位数/月 に処遇改善加算として27.4%算定し加算いたします
- ・同行 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ算定
総単位数/月 に処遇改善加算として5.5%算定し加算いたします
- ・同行 介護職員ベースアップ等支援加算
総単位数/月 ベースアップ等支援加算として(5.5%)算定し加算いたします

《 2024年6月～のご利用分 》

- ・居宅及び同行援護 介護職員処遇改善加算Ⅱ算定
総単位数/月 に処遇改善加算として40.2%算定し加算いたします

○同行援護 盲ろう者向け通訳・介助員が盲ろう者を支援した場合の加算

《障害支援区分4以上の利用者を支援した場合の加算》

障害支援区分4以上の利用者を支援した場合は、100分40に相当する単位数を所定単位数に加算し算定します。

《障害支援区分3以上の利用者を支援した場合の加算》

障害支援区分3以上の利用者を支援した場合は、100分20に相当する単位数を所定単位数に加算し算定します。

上限を超過する場合は、利用者が依頼した利用者負担上限管理事業者が算定し当該事業者を利用負担額をお支払いいただきます。

2.その他、サービスに係わる費用について

①交通費

- ・「サービス提供地域」として定める葛飾区・足立区におけるサービス利用については交通費が無料となります。
- ・従業者がサービスを提供するために必要となる交通費や従業者単独移動に関する交通費は算定できない為、利用者自費負担となります。

②記録等複写サービス

- ・利用者の実費負担となります。

③通院介助等における従業者の公共交通機関等の交通費

- ・ 利用者の実費負担となります。

④食事代

- ・ サービス提供時の従業者の個人負担は800円を上限とし、その範囲内の場合は従業者負担となります。
- ・ 利用者の指定した食事場所が高額設定で800円を超える食事の場合、差額は利用者の実費負担となります。

⑤施設利用料

- ・ 従業者がサービスを提供するための施設料は利用者の自費負担となります。
- ・ 食事が目的の場合は、従業者の食事代も全額施設料と考え、利用者の自費負担となります。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が署名押印のうえ1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者 (住所) 東京都葛飾区亀有三丁目16番15号

(事業者名) オリーブ介護サービス 亀有
(代表者名) 代表取締役 勅使河原 潤

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者 (住所)

(氏名) _____

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応いたします。(契約時において)判断が下せない場合、下記の方を契約者とさせていただきます。

代理人または立会人等
(住所)

(氏名) _____

ご利用者との関係 (○印)

親 族 (: 続柄)

成年後見人

代理人

* 確認資料をお見せ頂く場合がございます。予めご了承ください。