

介護老人福祉施設 相良清風園

重要事項説明書別紙

重要事項説明書「5. 利用料金」は次の通りです。

※以下の各項の自己負担目安額は、1割負担の場合を表記しています。介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合に応じた利用者の負担額となります。

1. 基本料金（多床室）

要介護度	1日の単位	1日当たりの自己負担目安額
介護度1	589単位	589円
介護度2	659単位	659円
介護度3	732単位	732円
介護度4	802単位	802円
介護度5	871単位	871円

※利用者が支払う基本料金は厚生労働大臣が定める介護給付費の法令の定める自己負担割合による額とします。

※基本料金の計算は以下の通りです。

基本料金の算定＝1日の単位×日数×10円（切り捨て）

個人負担額の算定＝基本料金×介護保険負担割合証の割合（切り上げ）

※職員の人員配置は規定のI型、夜勤条件は基準型、機能訓練指導員は常勤配置、管理栄養士は常勤配置とします。

2. 各種加算料金等

	1日の単位	自己負担額		
		1割	2割	3割
日常生活継続支援加算Ⅰ	36単位/日	36円	72円	108円
日常生活継続支援加算Ⅱ	46単位/日	46円	92円	138円
看護体制加算Ⅰイ	6単位/日	6円	12円	18円
看護体制加算Ⅰロ	4単位/日	4円	8円	12円
看護体制加算Ⅱイ	13単位/日	13円	26円	39円
看護体制加算Ⅱロ	8単位/日	8円	16円	24円
夜勤職員配置加算Ⅰイ	22単位/日	22円	44円	66円
夜勤職員配置加算Ⅰロ	13単位/日	13円	26円	39円
夜勤職員配置加算Ⅱイ	27単位/日	27円	54円	81円

夜勤職員配置加算Ⅱロ	18単位/日	18円	36円	54円
夜勤職員配置加算Ⅲイ	28単位/日	28円	56円	84円
夜勤職員配置加算Ⅲロ	16単位/日	16円	32円	48円
夜勤職員配置加算Ⅳイ	33単位/日	33円	66円	99円
夜勤職員配置加算Ⅳロ	21単位/日	21円	42円	63円
準ユニットケア加算	5単位/日	5円	10円	15円
生活機能向上連携加算Ⅰ ※個別機能訓練加算算定の場合	100単位 /3か月に1回	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位/月	200円	400円	600円
個別機能訓練加算Ⅰ	12単位/日	12円	24円	36円
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月	20円	40円	60円
個別機能訓練加算Ⅲ	20単位/月	20円	40円	60円
ADL維持等加算Ⅰ	30単位/月	30円	60円	90円
ADL維持等加算Ⅱ	60単位/月	60円	120円	180円
若年性認知症入所者受入加算	120単位/日	120円	240円	360円
常勤医師配置加算	25単位/日	25円	50円	75円
精神科医療養指導加算	5単位/日	5円	10円	15円
障害者生活支援体制加算Ⅰ	26単位/日	26円	32円	78円
障害者生活支援体制加算Ⅱ	41単位/日	41円	82円	123円
外泊時費用	246単位/日	246円	492円	738円
外泊時在宅サービス利用の費用	560単位/日	560円	1,120円	1,680円
福祉施設初期加算	30単位	30円	60円	90円
再入所時栄養連携加算	200単位/1回限り	200円	400円	600円
退所前訪問相談援助加算	460単位/回 (入所中1回又は 2回限度)	460円	920円	1,380円
退所後訪問相談援助加算	460単位/回 (退所後1回限度)	460円	920円	1,380円
退所時相談援助加算	400単位/1回限り	400円	800円	1,200円
退所前連携加算	500単位/1回限り	500円	1,000円	1,500円
退所時栄養情報連携加算	70単位/1回限り	70円	140円	210円
栄養マネジメント強化加算	11単位/日	11円	22円	33円

経口移行加算	28 単位/日	28 円	56 円	84 円
経口維持加算 I	400 単位/月	400 円	800 円	1,200 円
経口維持加算 II	100 単位/月	100 円	200 円	300 円
口腔衛生管理加算 I	90 単位/月	90 円	180 円	270 円
口腔衛生管理加算 II	110 単位/月	110 円	220 円	330 円
療養食加算	6 単位/回 (1日3回限度)	6 円	12 円	18 円
配置医師緊急時対応加算 (早朝・夜間の場合)	650 単位/回	650 円	1,300 円	1,950 円
協力医療機関連携加算 I (令和6年度)	100 単位/月	100 円	200 円	300 円
協力医療機関連携加算 I (令和7年度以降)	50 単位/月	50 円	100 円	150 円
協力医療機関連携加算 II	5 単位/月	5 円	10 円	15 円
高齢者施設等感染対策向上加算 I	10 単位/月	10 円	20 円	30 円
高齢者施設等感染対策向上加算 II	5 単位/月	5 円	10 円	15 円
新興感染症等他施設療養費	240 単位/回	240 円	480 円	720 円
配置医師緊急時対応加算 (深夜の場合)	1300 単位/回	1,300 円	2,600 円	3,900 円
配置医師緊急時対応加算 (勤務時間外の場合)	325 単位/回	325 円	650 円	975 円
看取り介護加算 I (31日以上45日以下)	72 単位/日	72 円	144 円	216 円
看取り介護加算 I (4日以上30日以下)	144 単位/日	144 円	288 円	432 円
看取り介護加算 I (2日又は3日)	680 単位/日	680 円	1,360 円	2,040 円
看取り介護加算 I (死亡日)	1280 単位/日	1,280 円	2,560 円	3,840 円
看取り介護加算 II (31日以上45日以下)	72 単位/日	72 円	144 円	216 円

看取り介護加算Ⅲ (4日以上30日以下)	144単位/日	144円	288円	432円
看取り介護加算Ⅳ (2日又は3日)	780単位/日	780円	1,560円	2,340円
看取り介護加算Ⅴ (死亡日)	1580単位/日	1,580円	3,160円	4,740円
在宅復帰支援機能加算	10単位/日	10円	20円	30円
在宅・入所相互利用加算	40単位/日	40円	80円	120円
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位/日	3円	6円	9円
認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位/日	4円	8円	12円
認知症行動・心理症状 緊急対応加算 (入所後7日限度)	200単位/日	200円	400円	600円
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3単位/月	3円	6円	9円
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13単位/月	13円	26円	39円
排せつ支援加算Ⅰ	10単位/月	10円	20円	30円
排せつ支援加算Ⅱ	15単位/月	15円	30円	45円
排せつ支援加算Ⅲ	20単位/月	20円	40円	60円
排泄支援加算Ⅳ	100単位/月	100円	200円	300円
自立支援促進加算	300単位/月	300円	600円	900円
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40単位/月	40円	80円	120円
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50単位/月	50円	100円	150円
安全対策体制加算	20単位/1回限り	20円	40円	60円
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100単位/月	100円	200円	300円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10単位/月	10円	20円	30円
自立支援促進加算	280単位/月	280円	560円	840円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位/日	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位/日	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/日	6円	12円	18円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	基本料金＋各種 加算で算定した 単位数の総数の 140/1000/ 月			

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	基本料金＋各種加算で算定した単位数の総数の 136/1000/月			
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	基本料金＋各種加算で算定した単位数の総数の 113/1000/月			
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	基本料金＋各種加算で算定した単位数の総数の 90/1000/月			
介護職員等処遇改善加算Ⅴ(1)～(14) 令和6年度末までの経過措置区分	現行の3加算の取得状況に基づく加算率			

### 3. その他の料金（介護保険外料金）

#### (1) 居住費および食費（居室種別・施設ごとに変更）

限度額認定	1日の居住費(多床室)	1日の居住費(個室)	1日の食費
第1段階	0円	380円	300円
第2段階	430円	480円	390円
第3段階①	430円	880円	650円
第3段階②	430円	880円	1,360円
第4段階	950円	1,300円	1,750円

※外泊、入院の場合であっても居住費はお支払いいただきます。ただし、短期入所生活介護の居室として使用させていただく場合は、その期間の居住費はいただきません。

※外泊、入院時にお支払いいただく居住費は、第4段階の金額です。

※入院中、外泊中のおむつ代は自費となります。

#### (2) 冷蔵庫使用料、およびテレビ使用料

利用者負担はありません。

#### (3) クラブ・活動費

活動にご参加になった場合は、活動実費をご負担いただきます。

(4) 理容サービス

1回あたり2,600円をご負担いただきます。

(5) その他生活必需品等

個人的に必要な生活必需品等に関しましては、実費をご負担いただきます。

# 確認書

年 月 日

特別養護老人ホーム 相良清風園の入所にあたり、ご利用者に対して重要事項説明書別紙に基づいて重要な事項を説明しました。

## 事業者

〔事業者名〕 社会福祉法人 賛育会  
〔施設名〕 特別養護老人ホーム 相良清風園  
〔事業所番号〕 静岡県 2275500425号  
〔住所〕 〒421-0508  
静岡県牧之原市西萩間695番地6

〔代表者名〕 施設長 小林 正和 ⑩

〔説明者〕 ⑩

私は、重要事項説明書別紙により、施設から介護老人福祉施設についての重要な事項の説明を受けました。

## ご利用者

〔住所〕 〒

〔氏名〕 ⑩

(代筆者： )

## 代理人 (成年後見人)

〔住所〕 〒

〔氏名〕 ⑩

## 家族代表者

〔住所〕 〒

〔氏名〕 ⑩

(ご利用者本人との関係： )