

介護老人福祉施設 東海清風園

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・個室）

要介護度	多床室		ユニット型（個室）	
	1日の単価	1日当たりの自己負担額	1日の単位	1日当たりの自己負担額
介護度1	589単位	589円	670単位	670円
介護度2	659単位	659円	740単位	740円
介護度3	732単位	732円	815単位	815円
介護度4	802単位	802円	886単位	886円
介護度5	871単位	871円	955単位	955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

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）

※職員の人員配置は厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものとします。

2. 各種加算料金等

加算/減算名	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	100単位/月 (3か月に1回)	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算Ⅱ ※個別機能訓練加算算定の場合	200単位/月 100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/月	40円/月	60円/月
A D L維持等加算Ⅰ	30単位/月	30円	60円	90円
A D L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	52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	1120円	1680円
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	1380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	1380円
退所時相談援助加算	400単位/1回限り	400円	800円	1200円
退所前連携加算	500単位/1回限り	500円	1000円	1500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	1200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	1300円	1950円
配置医師緊急時対応加算 (深夜の場合)	1300単位/回	1300円	2600円	3900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	1360円	2040円
看取り介護加算Ⅰ (死亡日)	1280単位/日	1280円	2560円	3840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	1560円	2340円
看取り介護加算Ⅴ (死亡日)	1580単位/日	1580円	3160円	4740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	200単位/日 (入所後7日限度)	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

退所時栄養情報連携加算	70単位/1回限り	70円	140円	210円
協力医療機関連携加算	50単位/月	50円	100円	150円
協力医療機関連携加算	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
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
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
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	21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+加減算で算定した 総単位数に14.0%を乗じる/月×負担割合			
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	基本料金+加減算で算定した 総単位数に13.6%を乗じる/月×負担割合			
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	基本料金+加減算で算定した 総単位数に11.3%を乗じる/月×負担割合			
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	基本料金+加減算で算定した 総単位数に9.0%を乗じる/月×負担割合			

### 3. その他の料金（介護保険外料金）

#### (1) 居住費および食費

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	880円	300円
第2段階	430円	880円	390円
第3段階①	430円	1,370円	650円
第3段階②	430円	1,370円	1,360円
第4段階	950円	2,066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、負担限度額認定に準じます。

※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

ご利用につきましては実費をご負担いただきます。

(5) 預り金管理費                    1日     100円

(6) その他生活必需品等

歯ブラシ、柄付くるりーナブラシ、吸引くるりーナブラシ、口腔ケア用スポンジ、歯磨き粉、口腔保湿ジェル、義歯歯ブラシ、義歯洗浄剤、義歯容器、ワンタフトブラシ、舌クリーナーブラシ、吸引歯ブラシ、吸引スポンジ、髭剃り（本体、替刃）、シェービングフォーム、吸引カテーテル、カテーテルチップシリンジ、吸引カテーテル消毒用アルコール綿、インスリン注射消毒用アルコール綿、膀胱留置カテーテル、採尿バッグ、生理食塩水、クリーンコットンアイ、酸素マスク等

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 東海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 東海清風園  
〔事業所番号〕 2276100100  
〔住所〕 〒437-1612  
静岡県御前崎市池新田4094

〔代表者名〕 施設長 生井 知三

〔説明者〕

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： )