

指定介護老人福祉施設

## 特別養護老人ホーム 光葉園（従来型部）利用料金説明書

## (1) 利用料

## ①施設入所利用料 介護福祉サービス費（Ⅰ）従来型個室（介護保険給付対象内）

介護度	1日当りの料金		保険給付額		1日当りの自己負担額	
要介護度 1	5,730	円	5,157	円	573	円
要介護度 2	6,410	円	5,769	円	641	円
要介護度 3	7,120	円	6,408	円	712	円
要介護度 4	7,800	円	7,020	円	780	円
要介護度 5	8,470	円	7,623	円	847	円
初期加算	300	円	270	円	30	円
外泊時費用	2,460	円	2,214	円	246	円

## ②施設入所利用料 介護福祉サービス費（Ⅱ）多床室（介護保険給付対象内）

介護度	1日当りの料金		保険給付額		1日当りの自己負担額	
要介護度 1	5,730	円	5,157	円	573	円
要介護度 2	6,410	円	5,769	円	641	円
要介護度 3	7,120	円	6,408	円	712	円
要介護度 4	7,800	円	7,020	円	780	円
要介護度 5	8,470	円	7,623	円	847	円
初期加算	300	円	270	円	30	円
外泊時費用	2,460	円	2,214	円	246	円

※ 初期加算は、入所した日、または1ヶ月を超える入院をして再入所した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。

※ 外泊時費用は、入院や外泊は月6日を限度として1日につき246円頂きます。

※ 制度改正に伴う経過措置

「既入所者について」 平成17年10月以前から従来型個室に入所しており、10月以降も従来型個室に入所する人で特別な室料を払っていない人は国が指定するまで当分の間多床室（Ⅱ）の介護報酬を適用し、居室料は光熱費相当分（多床室料金）とします。

「新規入所者について」 平成17年10月1日以降に入所した人は次のいずれかに該当すれば国が指定するまで当分の間多床室（Ⅱ）の介護報酬を適用し、居室料は光熱費相当分（多床室料金）とします。

- 1 感染症等により個室への入所が必要と医師が判断し、その個室への入所が30日以内である人。
- 2 居住する個室の居住面積が10.65㎡以下である人。(当園の個室は12.68㎡)
- 3 著しい精神症状等により、他の同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼす恐れがあり、個室への入所が必要と医師が判断した人。

③ 日常生活継続支援加算Ⅰ (介護保険給付対象内)

次のいずれか該当する場合、加算されます。 **1日36単位**

- ・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4若しくは要介護5の者の占める割合が70%
- ・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症である者の占める割合が65%
- ・たん吸引等を必要とする者の占める割合が入所者の15%
- ・介護福祉士を入所者の数が6又はその端数を増すごとに1人以上配置している。

④ 看護体制加算 (Ⅰ) 2 (介護保険給付対象内)

常勤看護師を1名以上配置した場合に加算されます。 **1日4単位**

⑤ 看取り介護加算 (Ⅰ) (介護保険給付対象内)

医師が終末期にあると判断した入所者について、医師、看護職員、介護支援専門員、介護職員等が共同して、ご本人又はご家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に以下の通り加算されます。

死亡日以前31～45日	1日	72単位
死亡日以前 4～30日	1日	144単位
死亡日の前日・前々日	1日	680単位
死亡日	1日	1,280単位

⑥ 療養食加算 (介護保険給付対象内)

医師の指示せんに基づく経管流動食を含む療養食を提供した場合加算されます。

**1日3食を限度とし1食1回6単位**

療養食とは医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・胃潰瘍食・貧血食・すい臓病食・脂質異常症食・痛風食・特別な場合の検査食をいいます。条件は以下の通りです。

- ・食事の提供が管理栄養士または栄養士によって管理されている
- ・入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている
- ・告示で定める定員利用・人員基準に適合していること。

⑦ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（介護保険給付対象内）

入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、科学的介護情報システム（L I F E）を用いて厚生労働省に提出。フィードバックを受け、入所者のケアプランや計画へ反映した場合に算定されます。

1月 40単位

⑧ 安全対策体制加算（介護保険給付対象内）

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に算定されます。

入所時に1回に限り算定 20単位

⑨ 栄養ケアマネジメント強化加算

管理栄養士を既定以上配置した上で入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、必要な情報を厚生労働省に提出、継続的な栄養管理を行った場合に算定されます。

条件として

- ・低栄養リスクの高い入所者に対し、作成した栄養ケア計画に従って食事観察、栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を行う
- ・入所者毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用する

1日 11単位

⑩ 身体拘束廃止未実施減算（介護保険給付対象内）

現行基準上、原則として行ってはなりません。例外的に行う場合においても理由等の記録を行うことが義務付けられています。こうした基準を満たしていない場合減算になります。

1日にサービス費単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

⑪ 特定処遇改善加算（Ⅰ）（介護保険給付対象内）

介護福祉サービス費と加算に対して一律の割合で上乗せされます。

①から⑨までにより算定した合計単位数の2.7%に相当する単位数

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（介護保険給付対象内）

介護福祉サービス費と加算に対して一律の割合で上乗せされます。

①から⑨までにより算定した合計単位数の8.3%に相当する単位数

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（介護保険給付対象内）

介護福祉サービス費と加算に対して一律の割合で上乗せされます。

①から⑨までにより算定した合計単位数の6.0%に相当する単位数

※利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払を受けるものとする。

⑫その他の費用（介護保険給付対象外）

居室料 基準額	・個室（従来型個室） 日額 1, 1 7 1 円 ・多床室（2人・4人部屋） 日額 8 5 5 円	
食費基準額	・食費 日額 1, 450円	
理 容 代	カット・顔そり1回につき1, 8 0 0円。カットのみ1回につき1, 2 0 0円。	
日 用 品 費	施設が一律に提供しているもの以外でご利用者の選択により、ご利用者に負担して もらうのが適当と思われるものの提供 実費	
教養娯楽費	レクリエーション費用 実費	
貴重品出納 管理サービス	現金以外の貴重品管理及び出納管理 月額 3 0 0 円	
複写物提供	1部 10円	写真代（L版）1枚 30円 大判（A4判）1枚 150円

⑬ 基準費用額

負担限度額

基準費用額		日 額	負担限度額		日 額
居住費	従来型個室	1, 171	第1段階	従来型個室	320
	多床室	855		多床室	0
食 費	1, 450	食 費		300	
			第2段階	従来型個室	420
				多床室	370
				食 費	390
			第3段階①	従来型個室	820
				多床室	370
				食 費	650
第3段階②	従来型個室	820			
	多床室	370			
	食 費	1, 360			
第4段階	従来型個室	1, 150			
	多床室	840			
	食 費	1, 450			

※外泊、入院で居室を空けておく場合、第1～3段階の利用負担段階の方は6日間まで（連続して6日間、複数の月にまたがる場合は最長12日間）負担限度額認定の適用が受けられますが、7日以降は1日当たり、個室1,171円、多床室855円の基準費用額をご負担いただきます。負担限度額認定が非該当（第4段階）の入所者の方は利用料金の負担は変わりません。なお、空床期間に契約者同意の上で他の入所者の方が空床を利用する場合の居室料自己負担は発生しません。（各段階は市役所介護保険課で判定します。また、市役所に申請して各段階の認定証の交付を受け、認定期間内はその負担限度額が適用されます。）

## (2) 料金の支払方法

利用料金をご契約者、入所者のご負担になります。お支払いは口座振替サービス方法でお願いいたします。請求書は毎月10日頃に前月分の請求書を発送いたします。口座振替は毎月20日が振替日となります。振替の確認が出来次第、領収書を発行いたします。支払いが遅れた場合は、2ヶ月から延滞料として110円徴収いたします。

## (3) 料金の変更

利用料につきまして、介護保険給付体系が変更になった場合、または経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更できるものとします。また、変更する際は事前にご契約者・ご利用者に説明し、同意を得るものとします。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの提供開始にあたり、ご契約者・ご利用者に対して本書面に基づいて施設利用料金を説明しました。

事業者 社会福祉法人 みろく会  
所在地 八戸市大字鮫町字金屎 35-90  
指定介護老人福祉施設  
名称 特別養護老人ホーム 光葉園  
説明者名 介護主任 磯谷文子 印  
生活相談員 澤口望 印

私は、本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての施設利用料金の説明を受けました。

ご契約者

住所

氏名

印

ご契約者

住所

氏名

印

ご利用者

氏名

印