

# 介護老人福祉施設重要事項説明書

<令和 2 年 4 月 1 日現在>

## 施設利用料金

(1) 介護福祉施設サービス費 \* 下記の単位数より計算します。

| * 1 割 | 1 日あたりの自己負担分 |           |
|-------|--------------|-----------|
|       | 多 床 室        | 従 来 型 個 室 |
| 要介護 1 | 5 5 9 単位     | 5 5 9 単位  |
| 要介護 2 | 6 2 7 単位     | 6 2 7 単位  |
| 要介護 3 | 6 9 7 単位     | 6 9 7 単位  |
| 要介護 4 | 7 6 5 単位     | 7 6 5 単位  |
| 要介護 5 | 8 3 2 単位     | 8 3 2 単位  |

| * 2 割 | 1 日あたりの自己負担分 |            |
|-------|--------------|------------|
|       | 多 床 室        | 従 来 型 個 室  |
| 要介護 1 | 1 1 1 8 単位   | 1 1 1 8 単位 |
| 要介護 2 | 1 2 5 4 単位   | 1 2 5 4 単位 |
| 要介護 3 | 1 3 9 4 単位   | 1 3 9 4 単位 |
| 要介護 4 | 1 5 3 0 単位   | 1 5 3 0 単位 |
| 要介護 5 | 1 6 6 4 単位   | 1 6 6 4 単位 |

| * 3 割 | 1 日あたりの自己負担分 |            |
|-------|--------------|------------|
|       | 多 床 室        | 従 来 型 個 室  |
| 要介護 1 | 1 6 7 7 単位   | 1 6 7 7 単位 |
| 要介護 2 | 1 8 8 1 単位   | 1 8 8 1 単位 |
| 要介護 3 | 2 0 9 1 単位   | 2 0 9 1 単位 |
| 要介護 4 | 2 2 9 5 単位   | 2 2 9 5 単位 |
| 要介護 5 | 2 4 9 6 単位   | 2 4 9 6 単位 |

\* 上記の単位と加算要件を満たした月に下記および次頁の単位が加算されます。

| 項目                                          | 1 日あたり |
|---------------------------------------------|--------|
| 初期加算<br>(入所後 30 日間及び 30 日以上入院<br>後再入所された場合) | 3 0    |
| 入院・外泊時費用                                    | 2 4 6  |
| 夜勤職員配置加算                                    | 1 3    |
| 個別機能訓練加算                                    | 1 2    |
| 栄養マネジメント加算                                  | 1 4    |
| 精神科医療養指導加算                                  | 5      |
| 日常生活継続支援加算                                  | 3 6    |
| 看護体制加算 (I)                                  | 4      |
| 看護体制加算 (II)                                 | 8      |
| 若年性認知症受入加算                                  | 1 2 0  |
| 認知症専門ケア加算 (I)                               | 3      |
| 認知症専門ケア加算 (II)                              | 4      |
| サービス提供体制強化加算 I イ                            | 1 8    |
| サービス提供体制強化加算 I ロ                            | 1 2    |
| サービス提供体制強化加算 II                             | 6      |
| サービス提供体制強化加算 III                            | 6      |

| 項目                                       | ひと月あたり                     |
|------------------------------------------|----------------------------|
| 生活機能向上連携加算<br>(※1) 個別機能訓練加算を<br>算定している場合 | 2 0 0<br>1 0 0 (※1)        |
| 口腔衛生管理加算                                 | 9 0                        |
| 口腔衛生管理体制加算                               | 3 0                        |
| 経口維持加算 (I)                               | 4 0 0                      |
| 経口維持加算 (II)                              | 1 0 0                      |
| 褥瘡マネジメント加算                               | 1 0                        |
| 低栄養リスク改善加算                               | 3 0 0                      |
| 排せつ支援加算                                  | 1 0 0                      |
|                                          |                            |
| 項目                                       | 1 回あたり                     |
| 療養食加算                                    | 6                          |
| 再入所時栄養連携加算                               | 4 0 0                      |
| 配置医師緊急時対応加算<br>早朝・夜間 (※2)<br>深夜 (※3)     | 6 5 0 (※2)<br>1 3 0 0 (※3) |

| 項目                          |                 | 1日あたり |
|-----------------------------|-----------------|-------|
| 看取り介護加算（Ⅰ）                  | 死亡日以前4日以上～30日以下 | 144   |
|                             | 死亡日の前日及び前々日     | 680   |
|                             | 死亡日             | 1280  |
| 死亡日看取り介護加算（Ⅱ）               | 死亡日以前4日以上～30日以下 | 144   |
|                             | 死亡日の前日及び前々日     | 780   |
|                             | 死亡日             | 1580  |
| *加算要件として、看護体制加算（Ⅱ）を算定している場合 |                 |       |

|                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）    | 算定した全ての単位数合計×0.083                   |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | 算定した全ての単位数合計×0.027                   |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） | 算定した全ての単位数合計×0.023                   |
| 身体拘束廃止未実施減算      | 10%/日減算<br>*身体的拘束等の適正化を図る措置を講じていない場合 |
| 退所前訪問相談援助加算      | 460 *1回につき                           |
| 退所後訪問相談援助加算      | 460 *1回につき                           |
| 退所時相談援助加算        | 400 *1回限り                            |
| 退所前連携加算          | 500 *1回限り                            |

### 【法定入居者様負担分の算出方法】

1日の介護給付費単位合計×利用実日数×地域加算10.45＝当月介護報酬分①

① 当月介護報酬額－②（当月介護報酬額×給付費70～90%※負担割合証による）＝入居者様負担分  
※①②とも小数点以下切り捨て

(2) 食費及び居住費 料金は、下記の区分段階によって入居者様負担が異なります。

| 入居者様負担段階    | 1日あたりの負担金額 |      |        |
|-------------|------------|------|--------|
|             | 食費         | 多床室  | 従来型個室  |
| 第1段階        | 300円       | 0円   | 320円   |
| 第2段階        | 390円       | 370円 | 420円   |
| 第3段階        | 650円       | 370円 | 820円   |
| 第4段階(基準費用額) | 1,600円     | 855円 | 1,171円 |

\*入退所日、外出日及び病院への入退院日も上記金額となります。

入居者様個々の負担段階は、入居者様が当該介護保険者への交付申請を行うことで、「介護保険負担限度額認定証」の交付（取得）を受けることができます。各負担段階に該当する対象者には要件があります。

| 入居者様負担段階 | 対象者                                                                                  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 第1段階     | ・生活保護受給者<br>・老齢福祉年金受給者                                                               |
| 第2段階     | ・市民税非課税世帯で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万以下の方                                                  |
| 第3段階     | ・市民税非課税世帯で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万を超える方                                                 |
| 第4段階     | ・①市民税課税世帯 ②配偶者が課税<br>③資産（預貯金）が単身で1000万以上<br>④配偶者と合わせて2000万以上の預貯金<br>*①～④のいずれかに該当する場合 |

\*平成27年8月より、非課税年金収入（遺族年金、障害年金など）がある場合は、介護保険制度では課税収入相当として換算されます。

\*介護保険負担限度額認定証には有効期限がございます。引き続き負担軽減を受けるには、更新申請が必要です

●介護保険負担割合について

一定以上の所得のある場合は、サービスご利用時の負担割合が2割又は3割となります。

2割負担対象者・・・65歳以上で、合計所得金額が160万以上の方です。

（単身で年金収入のみの場合、年収280万円以上）

3割負担対象者・・・65歳以上で、合計所得金額が220万以上の方です。

（単身で年金収入のみの場合、年収340万円以上）

※ 次の方は1割負担になります。

① 64歳以下の方

② 市民税非課税者及び生活保護受給者

③ 世帯で65歳以上の方の「年金収入+その他の合計所得金額」が、1人の場合280万円未満、2人以上いる場合346万円未満の方

※「合計所得金額」とは、収入から公的年金等控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額をいいます。

※「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から、年金の雑所得を除いた所得金額をいいます。

(3) 支払い手数料 1日あたり100円

(4) 個人用リースタオル類 1日あたり80円

(5) 特別室料 1日あたり350円（テレビ、冷蔵庫、大型床頭台設置）

#### (6) その他の料金一覧

|                                                     |    |      |
|-----------------------------------------------------|----|------|
| テレビ使用料（テレビレンタル料含む）                                  | 1日 | 30円  |
| 特別電気機器                                              | 1日 | 10円  |
| 入院時事務手続代行料<br>入院手続き、面会、連絡調整、<br>入出金代行、入院費支払い、通帳管理等々 | 1日 | 300円 |

#### 行事参加費

|         |        |     |      |
|---------|--------|-----|------|
| カラオケBOX | (実費)   | 納涼祭 | 300円 |
| 日帰り旅行   | 場所に応じて |     |      |

#### 特別食

|         |        |            |      |
|---------|--------|------------|------|
| お節料理    | 1,000円 | 出前（注文に応じて） | (実費) |
| 寿司バイキング | 1,000円 | 松花堂弁当      | 500円 |

#### 外出付添支援(交通費含む、但し高速料金は自己負担)

|                 |     |        |     |        |
|-----------------|-----|--------|-----|--------|
| 外出付添料（昼・9時～18時） | 1時間 | 2,000円 | 30分 | 1,000円 |
| 外出付添料（夜・上記以外）   | 1時間 | 3,000円 | 30分 | 1,500円 |

#### 理美容代

|          |        |           |        |
|----------|--------|-----------|--------|
| カット+お顔そり | 2,040円 | お顔そり      | 620円～  |
| ヘアカラー    | 5,000円 | カット+ヘアカラー | 7,040円 |
| パーマ      | 7,140円 | ヘアマニキュア   | 5,210円 |

#### クラブ活動等

|         |    |        |     |        |
|---------|----|--------|-----|--------|
| 華道クラブ   | 花代 | 1,100円 | 展示用 | 2,100円 |
| 書道クラブ   |    |        | 1回  | 50円    |
| くもん学習療法 |    |        | 1ヶ月 | 2,500円 |

#### 日常品その他

\*ご家族で用意される場合には、生活相談員へ申し出ください。

|            |      |           |           |
|------------|------|-----------|-----------|
| 歯ブラシ       | 100円 | 歯磨き粉      | 100円      |
| 舌苔ブラシ      | 180円 | ワントフトブラシ  | 170円      |
| 義歯ブラシ      | 450円 | 義歯洗浄剤     | 600円      |
| ウェットティッシュ  | 100円 | ティッシュペーパー | 70円       |
| コップ        | 100円 | 荷物処分料     | 1箱 1,000円 |
| 入院時浴衣・タオル類 | (実費) | その他実費     | (実費)      |

# 《 料 金 表 》

令和 2年 4月 1日現在

## 1 施設使用料 ※下記の単位数により計算します

| 1日あたりの自己負担分(単位) |     |       |
|-----------------|-----|-------|
|                 | 多床室 | 従来型個室 |
| 要介護度 1          | 559 | 559   |
| 要介護度 2          | 627 | 627   |
| 要介護度 3          | 697 | 697   |
| 要介護度 4          | 765 | 765   |
| 要介護度 5          | 832 | 832   |

\* 上記の単位に下記の単位が要件を満たした時に加算されます。

| 種 類            | 単位(日)                  | 種 類              | 単位(ひと月)  |
|----------------|------------------------|------------------|----------|
| 精神科医療養指導加算     | 5                      | 褥瘡マネジメント加算       | 10       |
| 看護体制加算Ⅰ        | 4                      | 低栄養リスク改善加算       | 300      |
| 看護体制加算Ⅱ        | 8                      | 排せつ支援加算          | 100      |
| 夜勤職員配置加算       | 13                     | 生活機能向上連携加算       | 100      |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ  | 12                     | 口腔衛生管理加算         | 90       |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ  | 6                      | 口腔衛生管理体制加算       | 30       |
| 日常生活継続支援加算     | 36                     | 経口維持加算Ⅰ          | 400      |
| 栄養マネジメント       | 14                     | 経口維持加算Ⅱ          | 100      |
| 個別機能訓練加算       | 12                     | 種 類              | 単位(1回)   |
| 初期加算           | 30                     | 療養食加算            | 6        |
| 入院・外泊時費用       | 246                    | 再入所時栄養連携加算       | 400      |
| 認知症専門ケア加算Ⅰ     | 3                      | 配置医師緊急時対応加算      | 650(*1)  |
| 認知症専門ケア加算Ⅱ     | 4                      | 早朝・夜間(*1) 深夜(*2) | 1300(*2) |
| 看取り介護加算(Ⅰ)     |                        | 看取り介護加算(Ⅱ)       |          |
| 死亡日以前(4~30日)   | 144                    | 死亡日以前(4~30日)     | 144      |
| 死亡日以前(2. 3日)   | 680                    | 死亡日以前(2. 3日)     | 780      |
| 死亡日            | 1280                   | 死亡日              | 1580     |
| 身体拘束廃止未実施減算    | 10%/日減算                |                  |          |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ | 算定した全ての単位数合計×0.027の単位数 |                  |          |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ    | 算定した全ての単位数合計×0.083の単位数 |                  |          |

### 【法定利用者負担分の算出方法】

1日の介護給付費単位数合計×利用実日数×地域加算10.45＝当月介護報酬分①

①当月介護報酬額－②(当月介護報酬額×給付費70～90%＊負担割合証による)＝利用者負担分

※①②とも小数点以下切り捨て

## 2 食費・居住費

| 利用者負担段階区分 | 1日あたりの食費 | 1日あたりの居住費 |       | ※入退所日、外出日及び病院への入退院日も上記金額となります。 |
|-----------|----------|-----------|-------|--------------------------------|
|           |          | 多床室       | 従来型個室 |                                |
| 第1段階      | 300円     | 0円        | 320円  | ※低所得の人には負担限度額が設けられます。          |
| 第2段階      | 390円     | 370円      | 420円  |                                |
| 第3段階      | 650円     | 370円      | 820円  |                                |
| 基準費用額     | 1600円    | 855円      | 1171円 | ※負担の軽減を受けるには介護限度額認定の申請が必要です。   |

## 3 その他の料金(1日あたり)

|                |                       |
|----------------|-----------------------|
| 支払い代行手数料       | 100円                  |
| 特別室利用料(個室使用の方) | 350円 ※テレビ、冷蔵庫、大型床頭台設置 |
| タオルリース代        | 80円                   |

## \* 介護保険負担限度額認定

負担限度額認定申請書に必要事項を記入して介護保険課・各総合事務所健康福祉課に提出して下さい。

有効期間は認定月の初日から7月31日までです。引き続き負担の軽減を受けるには更新が必要となります。

| 利用者負担段階   | 対 象 者                                                                             |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者負担第1段階 | 生活保護受給者・老齢福祉年金受給者                                                                 |
| 利用者負担第2段階 | 市民税非課税世帯で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万以下の方                                                |
| 利用者負担第3段階 | 市民税非課税世帯で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万を超える方                                               |
| 基準費用額     | ①市民税課税世帯 ②配偶者が課税<br>③資産(預貯金)が単身で1000万以上 ④配偶者と合わせて2000万以上の預貯金<br>* ①～④のいずれかに該当する場合 |

## \* 施設利用料 例

\*食費・居住費＋支払い代行手数料＋タオルリース代を含めた月(30日)あたりの利用料の概算です。\* 加算取得項目により金額は多少前後します。

\*別途、医療費、日用品等が自己負担でかかります。

| 1割負担   | 負担第1段階 |        | 負担第2段階 |        | 負担第3段階 |        | 基準費用額   |         |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
|        | 多床室    | 個室     | 多床室    | 個室     | 多床室    | 個室     | 多床室     | 個室      |
| 要介護度 1 | 36,000 | 56,000 | 51,500 | 64,000 | 62,000 | 87,000 | 104,000 | 124,000 |
| 要介護度 2 | 38,000 | 59,000 | 54,000 | 66,000 | 63,500 | 88,500 | 106,500 | 127,000 |
| 要介護度 3 | 40,500 | 60,500 | 56,500 | 68,000 | 65,000 | 90,000 | 108,500 | 129,000 |
| 要介護度 4 | 42,500 | 62,500 | 59,000 | 70,000 | 66,500 | 91,500 | 110,500 | 132,000 |
| 要介護度 5 | 45,000 | 64,500 | 60,500 | 72,000 | 69,000 | 93,500 | 111,000 | 134,000 |

|        | 2割負担    |         | 3割負担    |         |
|--------|---------|---------|---------|---------|
|        | 多床室     | 個室      | 多床室     | 個室      |
| 要介護度 1 | 124,600 | 144,100 | 147,100 | 166,600 |
| 要介護度 2 | 126,600 | 148,600 | 151,100 | 173,100 |
| 要介護度 3 | 132,100 | 151,600 | 158,300 | 177,800 |
| 要介護度 4 | 136,600 | 156,600 | 165,100 | 185,100 |
| 要介護度 5 | 140,600 | 160,600 | 171,600 | 191,600 |

## \* 日用品 自己負担分

|           |      |
|-----------|------|
| 歯ブラシ      | 100円 |
| 義歯ブラシ     | 450円 |
| 舌苔ブラシ     | 180円 |
| 歯磨き粉      | 110円 |
| 入歯洗浄剤     | 600円 |
| ティッシュペーパー | 70円  |
| ウェットティッシュ | 100円 |

\* ご家族様準備、持参可

## 4 別途自己負担分

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| 個人使用リースタオル類(1日)             | 80円         |
| 入院時事務手続代行料                  | 1日 300円     |
| テレビ使用料                      | 1日 30円 他    |
| 行事食                         | 500円 ～1000円 |
| 華道クラブ                       | 花代 1100円    |
|                             | 展示用 2100円   |
| 書道クラブ                       | 1回 50円      |
| 理髪代 (カット、顔そり、ヘアカラー、パーマ etc) | 実費          |
| 外出支援 外出付添料 (昼 9時～18時        | 2000円 /1時間) |
| (夜 上記以外                     | 3000円 /1時間) |
| くもん学習療法                     | 1ヶ月 2500円   |
| 入院時浴衣・タオル類・その他              | 実費          |