特別養護老人ホーム杏掛ホーム　利用料金表

重要事項説明書（別紙１）　【令和8年6月1日版】

HOUYUKAI

			要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１ヶ月（３０日）あたりの介護保険単位数	１日当たりの介護福祉施設サービス費（A）		589単位	659単位	732単位	802単位	871単位
	加算分	1日あたりの加算（B）	日常生活継続支援加算 36単位　夜勤職員配置加算（Ⅰ）13単位 精神科医療養指導加算 5単位　個別機能訓練加算12単位 看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）4単位、8単位　合計70単位（74単位）				
		介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ、ロ (A+B)×30日分×イ16.3%　ロ17.6% ※1 令和8年6月～	2,768単位	3,062単位	3,368単位	3,662単位	3,952単位
	介護保険単位数合計		22,538単位	24,932単位	27,428単位	29,822単位	32,182単位
月あたりの利用料自己負担分 ※単位数×10.9円の額の負担割合分		１割	24,567円	27,176円	29,897円	32,506円	35,079円
		２割	49,133円	54,352円	59,793円	65,012円	70,157円
		３割	73,700円	81,528円	89,690円	97,518円	105,235円

月額利用料金					要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
	１割負担	第4段階	食費 1,750円 多床室 2,066円	多床室	139,047円	141,656円	144,377円	146,986円	149,559円
		第3段階②	食費 1,420円 多床室 530円	多床室	83,067円	85,676円	88,397円	91,006円	93,579円
		第3段階①	食費 680円 多床室 430円	多床室	57,867円	60,476円	63,197円	65,806円	68,379円
		第2段階	食費 390円 多床室 430円	多床室	49,167円	51,776円	54,497円	57,106円	59,679円
		第1段階	食費 300円 多床室 0円	多床室	33,567円	36,176円	38,897円	41,506円	44,079円
	２割負担	食費　1,750円 多床室　2,066円		多床室	163,613円	168,832円	174,273円	179,492円	184,637円
	３割負担	食費　1,750円 多床室　2,066円		多床室	188,180円	196,008円	204,170円	211,998円	219,715円

・杉並区（１級地）の単価は１単位10.9円となり、単位数×単価の１割・２割又は３割が自己負担分となります。

・料金表の額は概算となり、端数処理の関係で実際の料金と若干の誤差が生じることがあります。

・施設のサービスまたは人員体制等の変更により、算定する加算の変更および料金が増減する場合があります。

*1 令和8年6月以降体制に応じて、（Ⅰ）イ16.3%、ロ17.6%（Ⅱ）イ15.9%、ロ17.2%、となることがあります。

・食費と居住費はR8年8月より引き上げられます

介護保険以外の料金		
理美容費用	実費	ご希望により訪問理容サービスを実施した場合
ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ費用	実費	個別のご希望で行ったレクリエーションにて費用がかかった場合
日常生活品	実費	生活品（ティッシュ・電池・歯ブラシ等）の購入費用
特別な食事	実費	ご希望による外注・外食・納涼祭などでの行事食費用、嗜好品
医療費	実費	病院受診・訪問歯科・訪問マッサージ等に伴う医療費自己負担分
電気使用量（月額）	テレビ500円、小型冷蔵庫900円、加湿器150円、電気毛布400円、電気ポット300円、扇風機120円、携帯電話・スマートフォン10円、ホットカーペット4,500円、こたつ3,000円、ファンヒーター6,800円 ※月途中での入退所、入退院、施設都合での外泊があった場合は徴収致しません。 ※持ち込んだ電化製品等の使用を中止する・持ち帰る場合はお申し出ください。お申し出がない場合は継続して徴収いたします。	
事務管理費	1,000/月	ご希望により施設にて預かり金（通帳）等の管理を行った場合
その他	実費	ご希望により購入する健康維持等の為の栄養補助食品、施設備品以外の介護用品や機器、施設でご用意する以外の衛生材料など個人使用を希望して購入する全ての物

その他の加算・個別加算の料金(1割負担で表記)		
看取り介護加算：ご逝去日以前31～45日	(Ⅰ)(Ⅱ)79円/日	ガイドラインに沿った取り組みと意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援等 (Ⅰ)医師より看取り期の診断があり、本人・家族等へ説明・同意を得て看取り介護を提供した場合(Ⅱ)上記に加えて看護師をより手厚く配置し実際に施設で看取った場合。 退居後に自宅、病院等で逝去した場合もご逝去月が算定の対象となります。
看取り介護加算：ご逝去日以前4～30日	(Ⅰ) (Ⅱ)157円/日	
看取り介護加算：ご逝去日前日・前々日	(Ⅰ)742円 (Ⅱ)851円/日	
看取り介護加算：ご逝去日	(Ⅰ)1,396円 (Ⅱ)1,723円	
退所時等相談援助加算	(1) (2) 502円/回 (3) 436円/回 (4) 545円/回 (5) 273円/回	退所にあたって退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合
退所時栄養情報連携加算	77円/回	退所にあたって、栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供した場合
協力医療機関連携加算	(1) 55円※令和6年度中は109円 (2) 6円/月	協力医療機関と入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催した場合
認知症チームケア推進加算	(Ⅰ) 164円/月 (Ⅱ) 131円/月	専門の研修を修了した職員を配置し、認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでチームケアを実践している場合
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ) 11円/月 (Ⅱ)6円/月	新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関との連携体制を構築するなど対応を取り決めている場合
新興感染症等施設療養費	262円/日	新興感染症等に感染した高齢者が施設内で療養した場合
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ) 109円/月(Ⅱ)11円/月	見守り機器等のテクノロジーを導入し、業務改善を継続的に行ない、効果を示すデータの提供を行った場合
療養食加算	7円/食	医師の指示により療養食を提供した場合
口腔衛生管理加算	(Ⅰ)99円(Ⅱ)120円/月	(Ⅰ)月2回以上専門的口腔ケアを行った場合等(Ⅱ)(Ⅰ)に加え必要な情報を国に提出し情報を活用した場合
経口維持加算	(Ⅰ)436円/月(Ⅱ)109円/月	(Ⅰ)摂食障害等を有する方に歯科医等の指示で計画を作成し、管理栄養士が栄養管理を行った場合(Ⅱ) 協力歯科を定め食事観察や会議に医師等が加わった場合
初期加算	33円/日	入所日から30日間、並びに30日以上の入院からの退院後30日間が加算対象
入院外泊時費用	269円/日	入院・外泊中の入所者が対象、月6日が上限
再入所時栄養連携加算	210円/回	入院中更に栄養管理が必要となり管理栄養士が連携して栄養管理を行った場合等
配置医師緊急時対応加算	355円/回 早朝夜間709円/回 深夜1,417円/回	配置医と協力病院医師が連携し、24時間対応できる体制を確保している事等
褥瘡マネジメント加算	(Ⅰ)4円(Ⅱ)15円/月	褥瘡発生ﾘｽｸについて入所時・定期的に評価し評価結果を提出した場合等
排せつ支援加算	(Ⅰ)11円(Ⅱ)17円(Ⅲ)22円	要介護状態軽減について入所時・定期的に評価し国に提出、支援計画の作成、状態改善が見られた場合等
栄養マネジメント強化加算	12円/日	管理栄養士を1名配置、栄養ｹｱ計画作成や必要な情報を国に提出し情報を活用した場合等
自立支援促進加算	306円/月	医師が入所時の医学的評価を行い他職種で支援経過を策定し実施、医学的評価を国に提出した場合等
科学的介護推進体制加算	(Ⅰ)44円/月(Ⅱ)55円/月	(Ⅰ)入所者ごとのADL値、栄養状態、心身の状態等の情報を国に提出した場合(Ⅱ)加えて疾病状況を提出
安全対策体制加算	22円/入所時	外部研修を受けた担当者を配置する等、安全対策を実施する体制を整備した場合
経口移行加算	31円/日	医師の指示に基づき経口への食事に移行する計画しケアに取り組んだ場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	218円/日 7日間迄	認知症の方が医師の判断で緊急に施設入所となった場合
在宅・入所相互利用加算	44円/日	在宅期間と入所期間を定め、在宅ｹｱﾏﾈと連携し居室を利用している場合
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)4円/日(Ⅱ)5円/日	(Ⅰ)日常生活自立度Ⅲ50%以上、研修修了者の配置(Ⅱ)更に研修修了者を配置、研修実施等
ADL維持等加算	(Ⅰ) 33円/月 (Ⅱ) 66円/月	ADL値を測定し国に提出する等の算定要件を満たした場合

・当月末締めの翌月27日までに自動口座振替にてお支払いいただきます。

・上記の額は概算となり、端数処理の関係で実際の料金と若干の誤差が生じることがあります。

介護老人福祉施設の利用にあたり、事業者は入所者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

＜事業者＞

所在地　　東京都杉並区本天沼3-34-28

名称　　特別養護老人ホーム沓掛ホーム

私は、本書面により社会福祉法人奉優会から重要事項説明書別紙について説明を受け、十分に理解し同意致しました。

令和　　年　　月　　日

＜入所者＞

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜ご利用者家族/代理人/身元保証人等＞

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　続柄＿＿＿＿

＜連帯保証人＞　極度額300万円

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　続柄＿＿＿＿