

品川区立地域密着型杜松特別養護老人ホーム 契約書別紙



【サービス利用料】

【令和8年6月1日版】

HOUYUKAI

1ヶ月（30日）あたりの介護保険単位数	基本単位 (A)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
			682単位	753単位	828単位	901単位	971単位	
	サービス体制加算 (B) / 日		看護体制加算 (Ⅰ)イ 12単位 日常生活継続支援加算Ⅱ 46単位 夜勤職員配置加算 (Ⅱ)イ 46単位 栄養マネジメント強化加算 11単位 精神科医定期的療養指導加算 5単位 (R8.7月追加)					
			計120単位					
	サービス体制加算 (C) / 月		科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) 40単位					
		計40単位						
処遇改善加算 (R8.6月変更)		介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)/月((A+B)×30日分+C)×17.6%	4,242単位	4,616単位	5,012単位	5,398単位	5,768単位	
月あたりの利用料自己負担			1割負担	30,893円	33,623円	36,507円	39,315円	42,007円
			2割負担	61,786円	67,245円	73,013円	78,629円	84,013円
※単位数×地域単価10.9円の額の負担割合分			3割負担	92,679円	100,867円	109,519円	117,943円	126,020円
(月額利用料金（30日計算） （令和8年8月食費居住費金額変更））	段階	料金/日	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	第4段階	食費:1,545円	1割負担	142,223円	144,953円	147,837円	150,645円	153,337円
		居住費:2,166円						
	第3段階②	食費:1,420円		117,593円	120,323円	123,207円	126,015円	128,707円
		居住費:1,470円						
	第3段階①	食費:680円		92,393円	95,123円	98,007円	100,815円	103,507円
		居住費:1,370円						
	第2段階	食費:390円		68,993円	71,723円	74,607円	77,415円	80,107円
		居住費:880円						
	第1段階	食費:300円		66,293円	69,023円	71,907円	74,715円	77,407円
		居住費:880円						
	食費:1,545円		2割負担	173,116円	178,575円	184,343円	189,959円	195,343円
	居住費:2,166円							
	食費:1,545円		3割負担	204,009円	212,197円	220,849円	229,273円	237,350円
	居住費:2,166円							

・品川区(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。・生活保護受給者の方の食費は介護扶助から給付されますので自己負担額が異なります。・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。

・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)は、人員体制や取り組みにより(Ⅱ)13.6となる場合があります。

・入院外泊中は居住費2,066円/日をご負担頂きます。尚、入院外泊中にショートステイ等の方がベッドを利用した期間は対象外となり、外泊時費用(月6日上限)算定中の期間のみ負担限度額認定証をお持ちの方の居住費は負担限度額となります。

【介護保険以外の料金(嗜好品・レクリエーション費用等)】

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(ティッシュ類・保湿剤等・歯ブラシ)
特別な食事・嗜好品	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・処方箋・薬・訪問歯科等に伴う医療費自己負担分
電気使用料金 月額	100W以下¥20/日、200W以下¥30/日、300W以下¥50/日 ※持ち込んだ電化製品等を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。	
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/日	
退所時等相关援助加算	(1)2502円(3)436円 (4)545円(5)273円 /回	退所にあたって居宅介護支援事業所、医療機関、市区町村等と連携した場合
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(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(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 月1回連続5日限度	新興感染症等に感染した入所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(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 1日3食が上限(特別食提供時は加算不可)
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 経口移行加算	(Ⅰ)436円(Ⅱ)109円/月 31円/日	(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 医師の指示に基づき経口への食事に移行する計画をし、ケアに取り組んだ場合
初期加算	33円/日	入所日から30日間、並びに30日以上入院からの退院後30日間が加算対象
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	218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	勤務時間外355円 早朝夜間708円 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 ※(Ⅰ)と(Ⅱ)併算不可	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/月	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
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
安全対策体制加算	22円/入所時1回	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
若年性認知症入所者受入加算	131円/日	若年性認知症の利用者に合わせたケアを提供した場合
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(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
精神科医療養指導加算	6円/日	精神科医等が月2回以上療養指導を行った場合
個別機能訓練加算	(Ⅱ)22円(Ⅲ)22円/月	機能訓練を行い(Ⅱ)はデータを国に提出、(Ⅲ)は口腔や栄養に関する加算を算定し共有した場合
サービス体制提供強化加算	(Ⅰ)24円(Ⅱ)20円(Ⅲ)7円/日	介護職員のうち介護福祉士保持者の割合、勤続年数、常勤割合などの要件を満たした場合
科学的介護推進体制加算	(Ⅱ)55円/月	入所者ごとのADL値、栄養状態、心身状態、疾病状況等の情報を国に提出した場合
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、ご利用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】東京都品川区豊町4丁目24番15号 品川区立杜松地域密着型ホーム

説明日 年 月 日

施設長 幸田 礼人 印 説明者 氏名 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重要事項の説明を受け、十分に理解し同意いたしました。

＜ご利用者＞

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 ）