

【重要事項説明書別表】（1 割負担）

1. 利用料金

下表は、2024年8月1日現在の施設利用料金です。利用料につきましては変更することがありますが、変更の際には、『介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）サンフレンズ善福寺利用契約書』第8条第1項のとおり、1か月以上前に文書により連絡します。

（1）基本利用料（端数処理の為、多少金額が変動します。）

介護保険 入居者負担額	要介護度	施設サービス費 (A)	1日あたりの利用料金 【介護報酬額】(B) (B=A×10.9)	1日あたりの 自己負担額 (C) (C=B－(B×0.9))
	1	670 単位	7,303 円	730 円
	2	740 単位	8,066 円	807 円
	3	815 単位	8,884 円	888 円
	4	886 単位	9,657 円	966 円
	5	955 単位	10,410 円	1,041 円

（2）加算

加算名	自己負担額 (1割)	加算の要件
<input type="checkbox"/> 初期加算	33 円/日	入所後30日間、1日につき30単位の加算があります。
<input type="checkbox"/> 入院・外泊加算	269 円/日	入居者の入院・外泊については、1日246単位（ただし、1か月に6日を限度とします。）の加算があります。
<input type="checkbox"/> 精神科療養指導加算	6 円/日	精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われている場合は、1日につき5単位の加算があります。
<input type="checkbox"/> 退所前訪問相談援助加算	502 円/日	退所前及び退所後に居宅を訪問して、退所後の生活について相談を行なった場合は、460単位（2回以内）の加算があります。
<input type="checkbox"/> 退所後訪問相談援助加算	502 円/回	退所後に居宅を訪問して、退所後の生活について相談を行なった場合は、460単位（2回以内）の加算があります。
<input type="checkbox"/> 退院時情報提供加算	250 単位/回	医療機関に退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入居者等を紹介する際、入居者等の同意を得て、当該入居者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

□ 退所時相談援助加算	436 円/回	退所にあたって、居宅サービスの相談援助を行い、かつ、市町村等に対して、入居者の居宅サービスに必要な情報を提供した場合、入居者1人につき400単位（1回を限度）の加算があります。
□ 退所前連携加算	545 円/回	退所に先立ち居宅介護支援事業者等に対して、入居者の居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ当該居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行なった場合入居者1人につき500単位（1回を限度）の加算があります。
□ 協力医療機関連携加算（Ⅰ）	109 円/月	次の①～③の要件を全て満たす場合1月に100単位の加算があります。 ①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を協力医療機関が常時確保していること。 ②施設側から診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。 ③入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること（ただし、緊急時にいつでも入院できるベッドが確保されているわけではありません）。
□ 協力医療機関連携加算（Ⅱ）	5 円/月	上記（Ⅰ）以外の場合、1月に5単位の加算があります。
□ 日常生活継続支援加算	51 円/日	次の①～③のいずれかの要件に該当する場合1日につき46単位の加算があります。 ①前6月間又は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又は要介護5の者の占める割合が100分の70以上 ②前6月間又は12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又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100分の65以上 ③社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる行為※を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上
□ 看護体制加算（Ⅰ）	7 円/日	常勤の看護師を1名以上配置している場合、1日6単位の加算があります。

□ 若年性認知症入居者受入加算	131 円/日	厚生労働大臣が定める若年性認知症入居者に対して施設サービスを行った場合には、1 日につき 120 単位の加算があります。
□ 口腔衛生管理加算（Ⅰ）	99 円/月	①歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行なう。 ②歯科衛生士が、イにおける入所者にかかる口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行う事。 ③歯科衛生士が、イにおける入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。 上記の基準いずれにも該当する場合に、1 月につき 90 単位数の加算があります。
□ 口腔衛生管理加算（Ⅱ）	120 円/月	口腔衛生管理加算（Ⅰ）の要件を満たし、その状況を厚生労働省に提出し、当該情報その他、口腔衛生管理に適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合、1 月に 110 単位の加算があります。 ※口腔衛生管理加算（Ⅰ）あるいは（Ⅱ）いずれかしか算定できません。
□ 看取り介護加算（Ⅰ）	①死亡日前 31 日～45 日以下 79 円/日 ②死亡日以前 4 日～30 日以下 157 円/日 ③死亡日前日～前々日 742 円/日 ④死亡日 1,396 円/日	看護体制加算Ⅰを算定し、厚生労働大臣が定める基準に該当する入居者について施設内で看取り介護を行った場合、①死亡日以前 31 日～45 日以下については 1 日につき 72 単位を、②死亡日以前 4 日以上 30 日以下については 1 日につき 144 単位を、③死亡日以前 2 日又は 3 日については 1 日につき 680 単位を、④死亡日については 1 日につき 1,280 単位を死亡月に加算があります。 但し、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しません。
□ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	4 円/月	入所者ごとに褥瘡の発生と関連あるリスクについて施設入所時に評価。少なくとも 3 か月に 1 回評価を行い、結果を厚生労働省に報告。評価の結果、褥瘡が発生するリスクがある利用者ごとに医師、看護師、介護職員、介護支援専門員その他の職種のもので共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、褥瘡の管理と記録を行うことで、月 3 単位加算します。
□ 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	12 円	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の要件を満たしている

		施設において、評価の結果褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者について、褥瘡の発生のない際に、月11単位加算します。 ※褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）あるいは（Ⅱ）いずれかしか算定できません。
<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算	12 円/日	別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設における管理栄養士が、継続的に入所者ごとの栄養管理をした場合、栄養マネジメント加算として、1日に11単位を加算します。
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	44 円/月	別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人福祉施設が、サービスを行なった場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき40単位の加算があります。
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	55 円/月	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）の要件を満たしたうえで、疾病の状況等も厚生労働省に報告することで、1月につき50単位の加算があります。 ※科学的介護推進体制加算（Ⅰ）あるいは（Ⅱ）いずれかしか算定できません。
<input type="checkbox"/> 安全対策体制加算	22 円/入居時に1回限り	事故の発生または再発を防止するための指針・報告方式・原因分析・再発防止策の周知を職員に周知徹底する取り組みがあり、事故防止を目的とした委員会活動や研修の実施を行う体制を基本としたうえで、外部研修を受けた担当者を設置して安全対策を実施する体制を整備している場合に、入居時に1回限り20単位の加算があります（体制整備がされていない場合は5単位（6円/日）の減算があります）。
<input type="checkbox"/> 高齢者施設等感染対応向上加算（Ⅰ）	11 円/月	次の①～③の全ての要件を満たす場合に1月に10単位の加算があります。 ①感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。 ②協力医療機関との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療起案当と連携し適切に対応していること。 ③診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は

		地域の医師会が定期的に行なう院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。
□ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 円/月	診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染症が発生した場合の完成制御当に係る実地指導を受けていることで、1月に5単位の加算があります。
□ 新興感染症等施設療養費	273 円/日	入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症（現時点で指定されているものではありません）に感染した場合に、相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として、日に250単位を算定します。
□ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	109 円/月	①～④の要件を満たした場合に月100単位の加算があります。 ①（Ⅱ）の要件を満たし、業務改善取り組みによる成果が確認されていること。 ②見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 ③職員間の適切な役割分担の取り組みを行なっていること。 ④1年以内ごとに1回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供を行うこと。
□ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	11 円/月	①～③の要件を満たした場合に月10単位の加算があります。 ①入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行なっていること。 ②見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。 ③1年以内ごとに1回、業務改善の取り組みを示すデータの提供を行うこと。
□ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に14.0%を乗じた単位数	令和5年までの、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算を統合し一本化された加算で、賃金改

		善、賃金体系の整備、研修の実施、昇給の仕組みの整備、介護福祉士の配置要件、職場環境等要件などを満たした場合に、所定単位数（基本サービス費＋各種加算の総単位数）に加算率を乗じた単位数で算定した加算があります。
--	--	---

※ここに示した自己負担額は目安です。実際の額は1か月分の利用料を合算した上で1円未満の端数を処理します。

(3) 介護保険負担割合

介護保険負担割合証記載の割合に応じた自己負担額になります。

自己負担割合	
1割	上記記載自己負担額
2割	上記記載自己負担額の2倍の額
3割	上記記載自己負担額の3倍の額

(4) 食費

食費 (注1)	1,800円/日	食事（朝食・昼食・おやつ・夕食）に関する自己負担分です。
------------	----------	------------------------------

(注1) ただし、補足給付（差額給付）を受ける入居者は、次の負担限度額の負担となります。

所得段階	負担限度額	補足給付	合計
第1段階（生活保護を受給）	300円	1,145円	1,445円
第2段階（年金80万円以下）	390円	1,055円	1,445円
第3段階①（年金80万円超120万円以下）	650円	795円	1,445円
第3段階②（年金120万円超）	1,360円	85円	1,445円
第4段階（年金266万円超）	1,800円	0円	1,800円

(5) 居住費（お部屋代）

居住費 (注2)	2,500円/日	居住費は介護保険の対象外となり、全額自己負担です。
-------------	----------	---------------------------

(注2) ただし、補足給付（差額給付）を受ける入居者は、次の負担限度額の負担となります。

所得段階	負担限度額	補足給付	合計
第1段階（生活保護を受給）	880円	1,186円	2,066円
第2段階（年金80万円以下）	880円	1,186円	2,066円
第3段階①②（年金80万円超266万円以下）	1,370円	696円	2,066円
第4段階（年金266万円超）	2,500円	0円	2,500円

(6) その他の料金

名称	金額	説明
行事・レクリエーション参加費	実費相当額	クラブ活動、忘年会、全員参加ではない選択的な行事については、実費相当額を行事参加費として負担していただきます。 車両を使用して10kmを超過した外出プログラムの参加についても、同じく実費をご負担いただきます。
行事食費	実費相当額	元旦や敬老の日等に提供する行事食では、通常の食材料費を超える食材を用いることがあります。この場合、通常の食材料費を超える差額について、その実費相当額を行事食費として負担していただきます。
日常生活用品の購入代	実費	衣類、歯ブラシ等の日用品、又おかし等の補助食品の購入を職員が代行します。用品代の実費を負担していただきます。
金銭管理サービス利用料	1,250円/月	法人が定める『特別養護老人ホーム預り金等取扱規程』に基づき、入居者や家族等の管理が困難な方に対し、現金、預・貯金の通帳、有価証券・不動産の権利證等の重要書類、実印の管理の他、サンフレンズ善福寺の利用料等の支払いの代行を有料で行います。
移送サービス利用料	1km未満 250円 1km以降、1kmごとに 195円追加 (片道料金)	福祉有償運送事業の規定に基づき、施設車両を使つての入居者の都合による外出については、その運転及び乗車・降車時の介助を有料で行ないます。利用にあたっては事前に登録(無料)が必要です。
理髪・美容サービス利用料	実費	月2回、理髪・美容サービスを実施しています。ご希望により、有料で受けることができます。
インフルエンザ予防接種の費用	実費	希望者に対して、11月頃にインフルエンザ予防接種を実施します。実費を負担していただきます。
肺炎球菌ワクチン接種の費用	実費	希望者に対して、通年で肺炎球菌ワクチンの接種を実施します。実費を負担していただきます。
新型コロナウイルスワクチン接種の費用	実費	希望者に対して、年1回、秋冬頃に新型コロナウイルスワクチンを実施します。実費を負担していただきます。

医療費	医療保険による 自己負担	当施設で行う健康管理や療養指導以外の医療につきましては、医療保険による自己負担をしていただきます。また、他の医療機関の精神科、歯科等の医師による往診や通院・入院につきましても、医療保険による自己負担をしていただきます。
行政手続等の代行	実費	入居者や家族等による手続きが困難な方に対し、行政機関等に提出する書類の代筆、申請の代行、郵便の投函等を行います。手続きに要する実費は、その都度、お支払いいただきます。
買い物代行	実費	入居者や家族等による日用品の購入が困難な方について、個別性が高く、購入が困難なもの以外について買い物代行を行います。
写真	(L判) 40円/枚 (2L判)100円/枚 (A4判)200円/枚	写真プリントの実費相当額です。
コピー代	(A4、A3) (白黒) 15円/枚 (カラー) 50円/枚	コピー実費相当額です。
物品処分費	実費	処分発生時に料金を頂きます。
電気代 (重要事項説明書附則参照)	実費	個別に使用される電化製品(テレビ、加湿器、暖房器具など)については、消費電力に応じて料金を頂きます。(電気代単価の変動により料金を変更することがあります。)

* その他個別に希望された物品、専用で使用する物品等については、入居者の全額負担とします。

例) 衣類、タオル類、衛生用品(歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤・ティッシュペーパー・剃刀・シェーブクリームなど)、介護用品(ポータブルトイレ・車椅子・円座・歩行器・杖・エアマットなど施設が提供するもの以外を望む場合)、施設の洗濯機では対応が不可能なものの洗濯(カーテン・おしゃれ着など)

(7) 軽減制度

介護保険入居者負担額について、特定入所者介護サービス費(負担限度額による補足給付)・当法人による生計困難者に対する入居者負担軽減事業・高額介護サービス費の軽減制度があります。詳しくは生活相談員にご相談ください。

2.お支払い方法

毎月末締めで、翌月の末日のお支払いになります。ただし、お支払い日が土・日曜日、祝祭日にあたる場合は、その翌日になります。

(例) 4月1日から4月30日までの利用料は、5月15日前後に請求書を発送しますので、5月末日前までに指定の口座にご入金ください。

サンフレンズ善福寺では、『ゆうちょ銀行』に口座を開設していただき、その口座からの自動振替をお願いしております。集金代行システムをご利用も可能です。ご相談ください。

サンフレンズ善福寺重要事項説明書附則

電化製品の個別使用に伴う電気代（単価1kwhあたり24円を基準として算出した例）

•居室に設置した個人用テレビ

15型テレビ（定格消費電力 約41w）を、1日あたり5時間使用するとして

$41w \times 5時間 \times 30日 \div 1000 = 6.2kw$

$6.2kw \times 24円 \div 30日 = 5円$

※よって、1日あたり5円と設定する。

•居室に設置した個人用冷蔵庫

容量 45ℓクラスの冷蔵庫（年間消費電力 180kwh）を使用するとして

$180kwh \times 24円 \div 365日 = 12円$

※よって、1日あたり12円と設定する。

◇その他の電化製品についても、上記の算出方法に準じて料金を算出する。

◇入所時および退所時については、日割り計算で料金を請求する。

◇1ヶ月継続で在籍している場合は、外泊や入院に関わらず1ヶ月分の料金を請求する。

◇電気代単価に応じて料金を変更する。

【重要事項説明書別表に記載するご利用料金についての同意書】

私は、本書面により、サンフレンズ善福寺から2024年8月1日以降の介護老人福祉施設サービスの利用料金について説明を受け、これを了承しました。

年 月 日

入居者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

入居者との続柄・関係 _____