

次頁の料金表により、入居者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額1割）をお支払いください。サービス利用料金は、入居者の要介護度に応じて異なります。尚、一定所得以上の方は2割～3割負担となります。行政機関より交付されている『介護保険負担割合証』のご提示をお願いします。

(1) 介護保険対象分費用※基本単価

ユニット型個室 1割負担の方

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1日あたりの利用料金 (10割負担)	7,155 円	7,903 円	8,704 円	9,462 円	10,199 円
1日あたりの 自己負担額 (1割負担)	715 円	790 円	870 円	946 円	1,019 円
1ヶ月（30日）あたり の介護サービス費の 自己負担額	21,450 円	23,700 円	26,100 円	28,380 円	30,570 円

(2) ユニット型個室 2割負担の方

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1日あたりの利用料金 (10割)	6,963 円	7,689 円	8,469 円	9,206 円	9,921 円
1日あたりの 自己負担額 (2割負担)	1,431 円	1,580 円	1,740 円	1,892 円	2,039 円
1ヶ月（30日）あたり の介護サービス費の 自己負担額	42,930 円	47,400 円	52,200 円	56,760 円	61,170 円

(3) ユニット型個室 3割負担の方

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1日あたりの利用料金 (10割)	6,963 円	7,689 円	8,469 円	9,206 円	9,921 円
1日あたりの 自己負担額 (3割負担)	2,146 円	2,370 円	2,611 円	2,838 円	3,059 円
1ヶ月（30日）あたり の介護サービス費の 自己負担額	64,400 円	71,100 円	78,330 円	85,140 円	91,770 円

<利用料の負担が高額になったとき>

介護保険のみ高額になった場合、同じ月に利用した介護保険サービスの利用者負担を合算し、上限額を超えたときは、市への申請により超えた分が「高額介護サービス費」として後から支給されます。

(2) 各種加算

初期加算	入所から 30 日間加算されます。 入所後、30 日を越える入院が発生した場合も加算されます。	30 単位/日
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算Ⅰ ①歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対して口腔ケアを月二回以上おこなう。 ②歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が当該施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導を行っていること。 ③歯科医又は歯科医師の指導を受けている歯科衛生士の助言や指導に基づき口腔ケア計画書を作成していること。 ④歯科衛生士は口腔に関する問題点、歯科医師の指示、口腔ケアの内容、介護職員への技術的助言と指導について必要な事項を記録すること。 ⑤医療保険による対応が必要となる場合、歯科医療機関に対し適切な情報提供を行うこと。 口腔衛生管理加算Ⅱ 厚生労働省に情報を提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって必要な情報を活用する。	90 単位/月 110 単位/月
看護体制加算 (Ⅰ)	常勤の看護師を 1 名以上配置している。	4 単位/日
看護体制加算 (Ⅱ)	看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ当該施設に置くべき看護職員の数に 1 を加えた数以上である場合に加算されます。	8 単位/日
外泊時費用	入院・外泊期間のうち、入院又は外泊の初日と最終日を除いた日について、月に 6 日を限度として算定	246 単位日

日常生活継続支援 加算	①算定月の前 6 月又は前 12 月間の新規入所者のうち、要介護 4・5 の者の割合が 70%以上。 ②介護福祉士数が常勤換算で、入所者数が 6 又はその端数を増すごとに 1 以上。	46 単位/日
栄養マネジメント 強化加算	① 管理栄養士を常勤換算で 70 名に対し 1 名以上配置している。 ②低栄養状態のリスクが高い入所者に対し栄養士と医療職が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察を週 3 回以上行い、入所者ごとの栄養状態や嗜好等を踏まえた食事の調整を実施している。 ③低栄養状態のリスクが低い入所者に対しても、変化を把握し、問題発生時に早期対応している。 ④厚生労働省に情報を提出し、栄養管理の実施に当たって必要な情報を活用する。	11 単位/日
療養食加算	① 医師の発行する食事箋に基づき疾病治療の直接の手段として療養食を提供している。 ②療養食の提供が、管理栄養士、栄養士により管理されている。 ③年齢や心身の状況を考慮して、適切な栄養量、内容の療養食を提供している。 ④療養食とは定められた特定の疾患に対する治療食、検査食とする。	6 単位/回 (3 回まで/日)
経口維持加算	経口維持加算Ⅰ ① 現に経口で食事摂取をする方で、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、医師または歯科医師の指示で、医師・歯科医師・管理栄養士・看護師・介護支援専門員等が共同して、入所者の栄養管理のための食事の観察及び会議等を行う。 ② 入所者毎に経口による食事を継続できるようにするための経口維持計画を作成する。 ③ 医師又は歯科医師の指示の下で管理栄養士または栄養士が栄養管理を行っている。 経口維持加算Ⅱ 経口維持加算Ⅰの算定にあたり、入所者の食事の観察、会議に医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれか 1 名以上が参加している。	400 単位/月 100 単位/月

退所時相談援助等 支援加算	① 当該施設の入所者及びご家族に対して退所後の居宅サービス等を利用する場合に生活や機能訓練、家の改修等の相談援助を行う。 ② 退所から二週間以内に、居宅地である市町村及び居宅介護支援センターまたは地域包括支援センターに対して文書で情報提供した場合	400 単位/回
退所時情報提供 加算	医療機関へ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所者等を紹介する際、入所者等の同意を経て、当該入所者の心身の状況、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。	250 単位/回
退所時栄養情報 連携加算	① 厚生労働省が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると判断した入所者が対象となる。 ② 管理栄養士が退所先の医療機関に対して当該者の栄養管理に関する情報を提供する。 ③ 1 月につき 1 回を限度として所定単位数を算定する。	70 単位/月
認知症チームケア 推進加算	認知症チームケア推進加算(Ⅰ) ① 事業所または施設における入所者の総数のうち、日常生活に対する注意を要する認知症の方の占める割合が 2 分の 1 以上。 ② 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了した者、または認知症の行動心理症状の予防等に資するケアプログラムを終了した者を 1 名以上配置し、複数の介護職員からなる認知症の行動心理症状に対応するチームを組んでいる。 ③ 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、予防等に資するチームケアを実施。 ④ 認知症の行動心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施。 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) ① 加算(Ⅰ)の①③④の基準に適合 ② 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了	加算(Ⅰ) 150 単位/月 加算(Ⅱ) 120 単位/月

	した者を1名以上配置し、複数の介護職員からなる認知症の行動心理症状に対応するチームを組んでいる。	
褥瘡マネジメント 加算	褥瘡マネジメント加算Ⅰ ① 入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3カ月に1回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告している。 ② 褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに各専門職が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成、定期的に記録をして、3カ月に1回計画の見直しを実施している。	3 単位/月
	褥瘡マネジメント加算Ⅱ 施設入所時の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について褥瘡発生のないこと。	13 単位/月
排泄支援加算	排泄支援加算Ⅰ ①排泄に介護を要する入所者等毎に要介護状態の軽減の見込みについて医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに少なくとも6か月に1回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出したうえで排泄支援に活用している。 ②①の評価の結果適切な対応を行うことで要介護状態の軽減が見込まれる方について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排泄に介護を要する原因を分析して支援計画を作成し計画に基づく支援を継続して実施していること。 ③①の評価に基づき、少なくとも3か月に一回、入所者等毎に支援計画を見直していること。	10 単位/日
	排泄支援加算Ⅱ 加算Ⅰの要件に加えて、施設入所時等と比較して排尿、排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない、またはおむつの使用ありからおむつの使用なしに改善している。	15 単位/日
	排泄支援加算Ⅲ 加算Ⅰの要件に加えて、施設入所時等と比較して排尿、排便の状態の少なくとも一方が改善すると	20 単位/日

	ともに、いずれにも悪化がない、かつ、おむつの使用ありからおむつの使用なしに改善している	
科学的介護推進体制加算	科学的介護推進体制加算Ⅰ ①入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFE を用いて厚生労働省に提出している。 ②サービスの提供にあたって上記の情報やその他サービスを有効かつ適切に提供するために必要な情報を活用していること。	40 単位/日
	科学的介護推進体制加算Ⅱ 加算Ⅰの要件にある基本的な情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を LIFE を用いて厚生労働省に提出している。	50 単位/日
夜勤職員配置加算	夜勤を行う介護職員、看護職員の数が、最低基準を 1 以上上回っている場合に算定可能。 ・夜勤職員配置加算Ⅱ 18 単位/日	18 単位/日
安全対策体制加算	① 事故防止のための指針が整備されている。 ②事故報告、再発防止策の提示・周知徹底がなされている。 ③ 事故防止を目的とした委員会、研修が実施されている。 ④ 事故防止対策の担当者が選定、配置されている。	20 単位/月 入所時のみ
看取り介護加算（Ⅰ）	◎看取り介護加算について ・死亡日 45 日前～31 日前 72 単位/日 ・死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 単位/日 ・死亡日前日及び前々日 680 単位/日 ・死亡日 1,280 単位/日 看取り介護加算（Ⅰ） ① 常勤の看護師を 1 名以上配置し、当該施設看護職員、又は病院の看護職員との連携により 24 時間連絡できる体制を確保していること。 ② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、指針の内容を説明し、同意を得ていること。また多職種による協議の上、必要時には適宜指針を見直すこと。 ③ 看取りに関する職員研修を行っていること。	72 単位/日 144 単位/日 680 単位/日 1,280 単位/日

看取り介護 加算（Ⅱ）	④ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるように配慮を行うこと。 看取り介護加算(Ⅱ) 看取り介護加算について <table border="0"> <tr> <td>・死亡日 45 日前～31 日前</td><td>72 単位/日</td><td>72 単位/日</td></tr> <tr> <td>・死亡日以前 4 日以上 30 日以下</td><td>144 単位/日</td><td>144 単位/日</td></tr> <tr> <td>・死亡日前日及び前々日</td><td>780 単位/日</td><td>780 単位/日</td></tr> <tr> <td>・死亡日</td><td>1,580 単位/日</td><td>1,580 単位/日</td></tr> </table> ① 加算Ⅰの要件を満たしていること。 ② 配置医師と施設間で、緊急事態が起きた場合の注意点や情報連携の方法及び曜日、時間外別の連絡手段や診察依頼時間について定めている。 ③ 複数名の配置医師がいる、または協力関係にある医療機関の医師が、必要な際に 24 時間対応できること。 ④ 要件の②③について書面にして届け出を行っている。 ⑤ 看護体制加算Ⅱを算定していること。	・死亡日 45 日前～31 日前	72 単位/日	72 単位/日	・死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位/日	144 単位/日	・死亡日前日及び前々日	780 単位/日	780 単位/日	・死亡日	1,580 単位/日	1,580 単位/日	
・死亡日 45 日前～31 日前	72 単位/日	72 単位/日												
・死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位/日	144 単位/日												
・死亡日前日及び前々日	780 単位/日	780 単位/日												
・死亡日	1,580 単位/日	1,580 単位/日												
配置医師緊急時 対応加算	① 入所者に対する注意事項や病状等についての報共有、医師との連絡方法、診療を依頼する際の具体的な状況等について配置医師と施設間で取り決めたを定めている。 ② 複数名の配置医師をおいていることまたは、配置医師と協力医療機関の医師が連携し、24 時間対応できる体制を確保していること。 ③ 配置医師が施設の求めに応じ、早朝（午前 6 時から午前 8 時）及び夜間（午後 6 時から午後 10 時）または深夜（午後 10 時から午前 6 時）に又は、配置医師の通常の勤務時間外(早朝、夜間及び深夜を除く)に入所者に対して診療を行いかつ、診療を行った理由を記録した場合。	早朝夜間 650 単位/回 深夜 1300 単位/回 配置医師の通常の勤務時間外(早朝、夜間及び深夜を除く) 325 単位/回												

	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やっている。 ② 見守り機器等のテクノロジーを一つ以上導入していること。 ③ 1年以内毎に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。	
サービス提供体制強化加算	サービス提供体制を強化し、職員配置等の基準を満たしている際に算定される加算。 ・サービス提供体制強化加算Ⅰ 22 単位/日 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 80% ・サービス提供体制強化加算Ⅱ 18 単位/日 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 60% ・サービス提供体制強化加算Ⅲ 6 単位/日 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 50%	22 単位/日 18 単位/日 6 単位/日
介護職員等処遇改善加算	介護職員の処遇改善のための措置が多く事業所に活用されるよう推進する観点から「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」について、各加算、各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 14.0% 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 13.6% 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 11.3% 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 9.0%	

(3)介護保険対象外費

介護老人福祉施設を利用する場合、市区町村が低所得者の方に対して食費と居住費の上限額を設定しています。対象となる方は以下の通りです。

1. 市民税非課税世帯の方
2. 世帯を別にしていて配偶者がいる方は配偶者が市民税非課税
3. 下表の該当する利用者負担額が
 - (1) 第一段階の場合、預貯金額等が単身で 1,000 万円以下、夫婦で 2,000 万円以下
 - (2) 第二段階の場合、預貯金額等が単身で 650 万円以下、夫婦で 1,650 万円以下
 - (3) 第3段階①の場合、預貯金額等が単身で 550 万円以下、夫婦で 1,550 万円以下
 - (4) 第3段階②の場合、預貯金額等が単身で 500 万円以下、夫婦で 1,500 万円以下

		第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
居住費	1日当たりの自己負担額	820 円	1,370 円	1,370 円	2,850 円
朝食	1食あたりの自己負担額	390 円/日	650 円/日	1,360 円/日	400 円
昼食	1食あたりの自己負担額				850 円
夕食	1食あたりの自己負担額				680 円

第1段階：市民税世帯全員非課税の老齢福祉年金受給者及び生活保護受給者

第2段階：市民税世帯全員非課税であって、公的年金等の収入金額等が80万円以下の方

第3段階①：市民税世帯全員非課税であって、公的年金等の収入金額等が80万円超
120万円以下の方

第3段階②：市民税世帯全員非課税であって、公的年金等の収入金額等が120万円超の方

※平成28年8月より、非課税年金（遺族年金・障害年金）も含めて判定されています。

(4) その他の料金

医 療 費	通院診察料	医療保険による 自己負担
日用品費	ご本人が必要とする身の回りの日用品 で個別に選択して使用するもの	実 費
介護用品費 医療用品費	ご本人が必要とする介護用品及び医療 用品で個別に選択して使用するもの	実 費
移動販売費	移動販売で品物を購入した際にかかる 費用	実 費
栄養補助食品費	栄養補助食品を購入した際にかかる費 用	実 費
予防接種費用	施設でワクチン接種を行った際にかか る費用	実 費
理美容費	理美容師による理容	実 費
行事参加費	クラブ活動等の選択参加する行事にか かる費用	実 費
行事食費	年間行事等で通常の食費以上にかかる 食材等の費用	実 費
書類謄写費	家族や身元保証人の求めによって必要 書類の謄写にかかわる費用	1枚あたり 白黒：10 円 カラー30 円
物品処分費	処分発生時に料金をいただきます。	実 費

(5) 入院時の居住費の取り扱いについて

傷病等により医療機関に入院が必要になった場合、入院期間中の居室料については全額負担となります(第4段階相当)。

また、入院中に居室を短期入所生活介護で利用する場合、その期間の居室料の費用負担はいたしません。

2. お支払方法

1) 口座振替 三菱 UFJ ファクター株式会社

～ほぼ全ての金融機関の利用が可能です～

口座振替日 毎月 20 日

※振替日が金融機関休業日の場合は、翌営業日が実振替日となります。

2) お振り込み

多摩信用金庫 学園東支店

支店番号) 024

口座番号) 0440215

口座名義) 社会福祉法人緑山会 理事長 齋藤淳

私は本書「グランてらす小平団地 重要事項説明書別表」により、グランてらす小平団地から介護福祉施設サービス利用料金について説明を受け、これを了承しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

㊞

<代理人>

住所

氏名

㊞

続柄:

<家族または身元引受人>

住所

氏名

㊞

続柄:

令和6年5月10日制定