

別紙 1-1 (2024 年 8 月 1 日)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス…①

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金の自己負担額をお支払い下さい。サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。

※利用者負担額改定の際には、別紙の交付と説明をもってご利用者の同意にかえさせていただきます。

【ユニット型個室】

＜基本的な料金＞ (1 日あたり)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1.ご利用者の要介護度とサービス利用料金	704 単位	772 単位	847 単位	918 単位	987 単位
2. サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位				
3.看護体制加算 I	4 単位				
4.看護体制加算 II (イ)	8 単位				
5.夜勤職員配置加算IV	20 単位				
6.機能訓練体制加算	12 単位				
7.サービス利用料合計 (1+2+3+4+5+6)	770 単位	838 単位	913 単位	984 単位	1,053 単位
8.介護職員等処遇改善加算 (7.×140/1000)	108 単位	117 単位	128 単位	138 単位	147 単位
9.サービス利用料合計 (7.+8.)	878 単位	955 単位	1,041 単位	1,122 単位	1,200 単位
10. 1 単位=10.17 円 (注 1)	8,929 円	9,712 円	10,586 円	11,410 円	12,204 円

自己負担額 (1 割負担の方)

11.うち、介護保険から給付される金額 (10.×90/100)	8,036 円	8,740 円	9,527 円	10,269 円	10,983 円
12.サービス利用に関わる自己負担 (10.-11.)	893 円	972 円	1,059 円	1,141 円	1,221 円

自己負担額 (2 割負担の方)

11.うち、介護保険から給付される金額 (10.×80/100)	7,143 円	7,769 円	8,468 円	9,128 円	9,763 円
12.サービス利用に関わる自己負担 (10.-11.)	1,786 円	1,943 円	2,118 円	2,282 円	2,441 円

自己負担額（3割負担の方）

11.うち、介護保険から給付される金額（10.×70/100）	6,250 円	6,798 円	7,410 円	7,987 円	8,542 円
12.サービス利用に関わる自己負担（10.-11.）	2,679 円	2,914 円	3,176 円	3,423 円	3,662 円

（注 1）浜松市は地域区分が「7 級地」に該当するため、単位数に 10.17 円を乗じた金額となります。

- ・施設の体制等の状況により介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額が変更されます。
- ・小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。
- ・ご利用者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については利用料金表と異なる場合があります。

(2) 介護保険の給付の対象となるサービス…①

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金の自己負担額をお支払い下さい。サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。

※利用者負担額改定の際には、別紙の交付と説明をもってご利用者の同意にかえさせていただきます。

【ユニット型個室】

＜基本的な料金＞ (1 日あたり)

	要支援 1	要支援 2
1.ご利用者の要介護度とサービス利用料金	529 単位	656 単位
2.機能訓練体制加算	12 単位	
3.サービス提供体制強化加算 I	22 単位	
4.サービス利用料合計 (1+2+3)	563 単位	690 単位
5.介護職員等処遇改善加算 (4.×140/1000)	79 単位	97 単位
6.サービス利用料 合計 (4.+5.)	642 単位	787 単位
7. 1 単位＝10.17 円 (注 2)	6,529 円	8,003 円

自己負担額 (1 割負担の方)

8.うち、介護保険から給付される金額 (7.×90/100)	5,876 円	7,202 円
9.サービス利用に関わる自己負担 (7.-8.)	653 円	801 円

自己負担額 (2 割負担の方)

8.うち、介護保険から給付される金額 (7.×80/100)	5,223 円	6,402 円
9.サービス利用に関わる自己負担 (7.-8.)	1,306 円	1,601 円

自己負担額 (3 割負担の方)

8.うち、介護保険から給付される金額 (7.×70/100)	4,570 円	5,602 円
9.サービス利用に関わる自己負担 (7.-8.)	1,959 円	2,401 円

(注 1) 浜松市は地域区分が「7 級地」に該当するため、単位数に 10.17 円を乗じた金額となります。

- ・施設の体制等の状況により介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご利用者の負担額が変更されます。
- ・小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。
- ・ご利用者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については利用料金表と異なる場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス…②

<加算>

当施設の体制やご利用者の心身の状況に応じて介護保険法上の料金が加算されます。

加算項目	内 容		単位/日
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1 月に 1 回に限り所定単位数を加算する。		50 単位/回
療養食加算	※主治医の指示のもと治療食を提供した場合。(糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍病食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食等)		8 単位/回
医療連携強化加算	重度者(注 1)への対応の取り決めや看護職員による定期的な巡視		58 単位
個別機能訓練加算	専従の OT、PT、または ST の配置があり看護、介護等が共同で個別機能訓練計画を作成している。 機能訓練指導員等が利用者宅へ訪問し計画作成、3 か月ごとに 1 回以上説明のための訪問を行う。		56 単位
緊急短期入所受入加算	利用者、家族等の事情により介護支援専門員が緊急に短期入所を受けることが必要と認め、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を行った場合。		90 単位 7 日（やむを得ない事情がある場合は 14 日）まで
在宅中重度者受入加算	当該利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所に当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合。		413 単位
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	医療提供施設の理学療法士や医師からの助言を受けた上で機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成した場合		100 単位/月 (3 月に 1 回を限度)
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	外部の通りハ事業所等の専門職が施設を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成した場合	個別機能訓練加算を算定していない場合	200 単位/月
		個別機能訓練加算を算定している場合	100 単位/月
若年性認知利用者受入加算	若年性認知利用者に対しサービス提供を行った場合。		120 単位
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所を利用することが適当であると判断した場合。		200 単位 7 日まで
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	認知症の方が入所総数のうち 50%以上おり、認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を配置している場合		3 単位

認知症専門ケア加算（Ⅱ）	認知症の方が入所総数のうち 50%以上おり、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を配置している場合	4 単位
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	見守り機器等を複数導入し、ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行い、取組による成果が確認された場合	100 単位/月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	見守り機器等を 1 つ以上導入し、ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行い、取組による効果が確認された場合	10 単位/月
長期利用者提供減算	連続して 30 日を超えて短期入所生活介護を利用した場合、所定単位数から減算。	- 30 単位
看護体制加算Ⅲ	看護体制加算Ⅰの算定要件を満たし、利用者のうち要介護 3 以上の利用者を 70%以上受け入れる場合。	12 単位
看護体制加算Ⅳ	看護体制加算Ⅱの算定要件を満たし、利用者のうち要介護 3 以上の利用者を 70%以上受け入れる場合。	23 単位
短期入所生活送迎加算	送迎サービスを利用した場合。	184 単位/回
看取り連携体制加算	看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。	64 単位/日

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス…①

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食費・居住費

【食 費】食材料費と調理費は全額自己負担となります。

朝食：530 円 昼食：820 円 夕食：650 円

【居住費】室料と光熱費相当が全額自己負担となります。

*介護保険負担限度額認定証・社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証がある場合には減額されます。

2025 年 4 月 1 日以降	金額/日	
	食費	居住費
基準費用額	2,000	2,070
第 1 段階	300	880
第 2 段階	600	880
第 3 段階①	1,000	1,370
第 3 段階②	1,300	1,370

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス…②

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

② 特別な食事

- ・ご利用者のご希望や必要に応じて、特別な食事を提供した場合
(おやつ・栄養補助食品を含む)

おやつ 1 回につき 80 円 (税込) **栄養補助食品 実費**

③ 理美容 (実費負担)

- ・理容師及び美容師の出張サービスをご利用いただけます。ただし、独居の方などご家族の協力が困難な場合に限ります。

④ レクリエーション・クラブ活動 (実費負担)

- ・ご利用者のご希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただけます。材料代等の実費をご負担いただきます。

⑤ タオル・おしぼり

- ・原則として、食事介助、入浴介助、排泄介助等に使用するタオル・おしぼりにつきましては、施設の提供する物品をご利用いただきます。

入浴用品 (タオル・シャンプー・ボディシャンプー) 1 回 74 円 (税込)

食事用おしぼり・洗面用タオル 1 日 32 円 (税込)

⑥ 複写物の交付

- ・ご希望により、サービス提供に関する記録やその他の複写物を交付します。

1 枚につき 10 円

⑦ 支払証明書の発行

- ・ご希望により、支払証明書を発行いたします (利用料領収書の再発行は、いたしません)。

1 回につき 1,650 円 (税込)

⑧ ご利用者の移送に係る費用

- ・旧引佐郡 (引佐町・細江町・三ケ日町・神宮寺町) を超える送迎を実施 21 円/km (税込)

同意書

指定介護老人福祉施設 いなさ愛光園
施設長 上野 拓朗 殿

年 月 日

2025 年 4 月 1 日に改訂されたサービスの概要と利用料金（別紙 1-1～2-2）の内容について、十分に理解した上で同意します。

利 用 者 氏名 _____

代 筆 者 氏名 _____（続柄：_____）

身元引受人 氏名 _____（続柄：_____）