4.利用者の介護サービスに関する利用料の内容等の目安

(1)当ホームにおける介護費(31日分)について　　令和　8　年　6　月　1　日　　1割負担の場合

要介護認定等の結果	1日の基本単位	介護費の目安(31日分)（単位）	サービス提供体制強化加算額（31日分）↓1日の単位 22 単位	小計（単位）	介護職員等処遇改善加算額 15.9 %（単位）	生産性向上Ⅱ 10（単位）	特定施設協力医療機関連携 100（単位）	合計（単位）	地域区分 その他 10（円）	法定代理受領の目安(31日分1割負担の場合)（円）	利用者負担の目安(31日分1割負担の場合)（円）
要支援1	183	5,673	682	6,355	1,011	10	100	7,476	10.00	67,284	7,476
要支援2	313	9,703	682	10,385	1,652	10	100	12,147	10.00	109,323	12,147
要介護1	542	16,802	682	17,484	2,780	10	100	20,374	10.00	183,366	20,374
要介護2	609	18,879	682	19,561	3,111	10	100	22,782	10.00	205,038	22,782
要介護3	679	21,049	682	21,731	3,456	10	100	25,297	10.00	227,673	25,297
要介護4	744	23,064	682	23,746	3,776	10	100	27,632	10.00	248,688	27,632
要介護5	813	25,203	682	25,885	4,116	10	100	30,111	10.00	270,999	30,111

(2)入居者の介護サービス利用についての負担額（31日利用の場合の目安）　　単位：(円)

			法定代理受領の場合	償還払いの場合	備考
介護保険給付対象サービス分	利用者負担額 1割負担額の場合 (A)		7,476 円 ～ 30,111 円		・31日分の目安です。 ・利用日数により変わります。 ・消費税は非課税になります。
	法定代理受領の場合 (9割相当の場合) (B)		67,284 円 ～ 270,999 円		
(C)基準を上回る部分の考え方は、後述に説明します。					
(D)介護保険給付対象外サービス費用 介護サービスの提供は別添の介護サービス一覧表に基づいて介護保険給付で賄います。ただし、サービスの給付範囲や保険給付外の実費支払いについては、重要事項説明書の利用料金欄に記載のほか、別添の「おむつ代等一覧表」などによります。			実費 (C)	実費	・実際の利用に応じて変わります。 ・消費税は非課税になります。
合計（当ホームへの支払料金の目安）			(A)+(B)+(C)		

ア．当ホームにおける介護保険給付対象外サービスの費用については、別に定める「介護サービス等の一覧表」「おむつ代等一覧表」「各種費用の明細表」などによります。
イ．当ホームの介護費は、１単位＝１０円（その他）です。
ウ．上記表には介護職員処遇改善給付加算、介護職員等特定処遇改善給付加算、介護職員等ベースアップ等支援加算、サービス提供体制強化加算が含まれています。
エ．上記表の利用者負担額は１割、２割、３割の負担割合になりますが、各個人の所得状況により負担割合が決められています。

（３）「基準を上回る部分」の考え方
ア．当施設での標準的入浴回数は週に３回となっておりますが、身体状況(汗も、汚れなど)や医師の指示がある場合には、この回数を超えて入浴することが可能です。この場合の費用は介護保険給付で賄います。
イ．当施設での標準的洗濯回数は週に２回となっておりますが、汚れ物が著しく多く出た場合で着替えがない場合に限り、この回数を超えて洗濯をいたします。この場合の費用は介護保険給付で賄います。
ウ．当施設での標準的居室清掃回数は週に１回となっておりますが、著しく汚れた場合に限り、この回数を超えて居室清掃をいたします。この費用は介護保険給付で賄います。
エ．保険制度における人員配置が手厚い場合とは、要介護者等の数が２．５又はその端数を増すごとに１人以上の直接処遇員(看護・介護職員)が配置されていることとされています。当施設では、この手厚い人員配置(２．５：１以上)にそってサービス提供をしておりますが、この費用は介護保険給付で賄います。
オ．介護保険給付以外のサービスには消費税が課税されます。

（４）利用料金の支払い方法
上記の料金・費用は、１か月ごとに計算し、翌月の１０日前後に明細をそえてご請求します。尚、支払い方法は管理費や食費などに準じるものとします。

５．同意事項（〇印を）
「介護保険による介護費」の支払方法について（どちらかを選択してください）
ア．「法定代理受領」を選択し、
事業者に対し１割又は２割又は３割の負担のみを支払う。　（　　）

イ．「償還払い」を選択し、
事業者に対し１０割全額を支払い、市区町村への請求を行う。（　　）

６．その他の確認事項（〇印を）
入居者が希望すれば、当施設の特定施設入居者生活介護サービスに代えて、訪問介護等の介護サービスを利用することが可能です。
ア．施設の特定施設入居者生活介護サービスを利用する。（　　）

イ．訪問介護等の介護サービスを利用する。この場合、当施設の介護サービス提供費用については、自費になります。
（　　）

７．介護支援専門員（介護サービス計画作成担当者）
入居者の「特定施設入居者および介護予防特定施設入居者生活介護サービス計画」を作成する者は、山口美菜子を予定しています。

８．加算給付について
ア．介護職員等の処遇改善の加算（R6.6.1より一本化）
介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、基本報酬と各種加算報酬の合計に一定率（15.9%）を乗じる体制加算です。

イ．サービス提供体制強化加算
サービス提供体制強化加算（介護福祉士の人数など）として、１日あたり（22 単位×10 円）が加算されます。

ウ．特定施設協力医療機関連携加算（当施設では R6.7.1 より開始）
協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、１か月あたり（100 単位×10 円）が加算されます。（現病歴等の情報共有を行う会議等を定期的に開催する事を評価）

エ．生産性向上推進体制加算（Ⅱ）
見守り機器等のテクノロジーの導入として、1 か月あたり（10 単位×10.14 円）が加算されます。

上記すべての内容について、説明を受け、同意いたしました。

令和　　年　　月　　日

入居者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

立会人（代理人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（入居者との関係：　　）

上記の内容について、説明を行い、ご本人等の同意について確認しました。

事業者：株式会社　伊豆の里
有料老人ホーム　サンリッチ伊東

説明者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿