

社会福祉法人 武蔵村山正徳会
特別養護老人ホーム サンシャインホーム
介護老人福祉施設利用契約書別紙

1 担当者 生活相談員（介護支援専門員）
電 話 042-531-3741

2 サービスの内容

①居室

基本的には、定員4名の居室になります。
各室に洗面所・トイレ・専用物入れが用意されています。

②食事

朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
原則、各階の食堂にてお召し上がりいただきます。

③入浴

週に2回以上入浴していただけます。
ただし、状態に応じて、介助浴槽又は特別浴槽をご使用いただく
ことがあります。健康上の理由により入浴ができない場合は、必
要に応じ清拭または部分浴となる場合があります。

④介護

施設サービス計画に沿って、排泄・入浴・食事等の介助、体位変
換、シーツ交換、施設内の移動の付添い等を行います。

⑤機能訓練

各階にて集団リハビリテーションやレクリエーション活動を行
います。各階・ベットサイド又は1階の訓練室にて運動療法・物理
療法・作業療法等機能訓練を行います。

⑥生活相談

生活相談員に、日常生活に関する相談ができます。

⑦健康管理

年間1回健康診断を行います。また、医務室にて診察や健康相談
サービスを受けることができます。

⑧季節食の提供

季節・行事にあわせた献立を用意しております。

⑨療養食の提供

通常のメニューの他に、配置医等の指示により一部療養食も対応
しています。また、嗜好上により代替食もお出しします。

⑩レクリエーション

毎日を豊かに過ごしていただく為に行事・クラブ活動等を実施し
ています。詳しくは、予定表をご覧ください。

⑪理美容サービス

施設では毎月、理美容サービスを実施しております。

⑫社会的サービス

選挙権の行使、日用品購入等の社会生活のお手伝いをいたします。

⑬行政手続代行サービス

必要に応じて市都民税の申告、年金現況届け等行政手続きの代行を申し受けます。

⑭預金管理代行サービス

預金の管理、各種支払代行等をします。

3 料金

①施設利用料（1日につき）

表1：多床室・従来型個室

	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の1日 あたりの自己負担額		
		1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護度1	¥5,884	¥589	¥1,177	¥1,766
要介護度2	¥6,583	¥659	¥1,317	¥1,975
要介護度3	¥7,312	¥732	¥1,463	¥2,194
要介護度4	¥8,010	¥801	¥1,602	¥2,403
要介護度5	¥8,698	¥870	¥1,740	¥2,610

必要に応じて以下の加算が施設利用料に加えられます。

加算の種類	1割 負担額	2割 負担額	3割 負担額
看護体制加算（Ⅰ）／（Ⅱ）	¥5／¥9	¥9／¥17	¥13／¥25
個別機能訓練加算（Ⅰ）／（Ⅱ）	¥13／¥21	¥25／¥41	¥37／¥61
精神科医師配置	¥6	¥11	¥16
初期加算	¥31	¥62	¥93
夜勤職員配置加算（Ⅰ）	¥14	¥27	¥40
生活機能向上連携加算（Ⅰ）（月1回）	¥103	¥206	¥309
生活機能向上連携加算（Ⅱ）（月1回）	¥206	¥411	¥617
認知症専門ケア加算（Ⅰ）／（Ⅱ）	¥3／¥5	¥6／¥9	¥9／¥13
認知症行動・心理症状緊急対応加算	¥206	¥411	¥617
常勤医師配置加算	¥26	¥51	¥77
若年性認知症受入加算	¥124	¥247	¥370
障害者生活支援体制加算	¥27	¥54	¥81
入院外泊時費用	¥253	¥506	¥758

療養食加算（1食）	¥7	¥13	¥19
排せつ支援加算（月1回）（Ⅰ）	¥11	¥21	¥31
排せつ支援加算（月1回）（Ⅱ）／（Ⅲ）	¥16／¥21	¥31／¥41	¥47／¥62
退所前訪問相談援助加算	¥473	¥945	¥1,418
退所後訪問相談援助加算	¥473	¥945	¥1,418
退所時相談援助加算	¥411	¥822	¥1,233
退所前連携加算	¥514	¥1,027	¥1,541
在宅復帰支援機能加算	¥11	¥21	¥31
在宅・入所相互利用加算	¥41	¥82	¥123
経口移行加算	¥29	¥58	¥87
経口維持加算（Ⅰ）	¥411	¥822	¥1,233
経口維持加算（Ⅱ）	¥103	¥206	¥309
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	¥93	¥185	¥278
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	¥113	¥226	¥339
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	¥37	¥74	¥111
科学的介護推進体制加算（月1回）（Ⅰ）／（Ⅱ）	¥41／¥52	¥82／¥103	¥123／¥154
ADL維持等加算（月1回）（Ⅰ）／（Ⅱ）	¥31／¥62	¥62／¥124	¥93／¥185
看取り介護加算（死亡日前31～45日）	¥74	¥148	¥222
看取り介護加算（死亡日前4～30日）	¥148	¥296	¥444
看取り介護加算（死亡日前日及び前々日）	¥699	¥1,397	¥2,095
看取り介護加算（死亡日当日）	¥1,315	¥2,629	¥3,944
褥瘡マネジメント加算（月1回）（Ⅰ）／（Ⅱ）	¥3／¥14	¥6／¥27	¥9／¥40
栄養マネジメント強化加算	¥12	¥23	¥34
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	¥23	¥45	¥68
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）／（Ⅲ）	¥19／¥7	¥37／¥13	¥56／¥19
外泊時在宅サービス利用費	¥576	¥1,151	¥1,726
再入所時栄養連携加算	¥206	¥411	¥617
安全対策体制加算（入所日）	¥21	¥41	¥62
自立支援促進加算（月1回）	¥309	¥617	¥925
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	算定した単位数の1000分の83に相当する単位数		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	算定した単位数の1000分の60に相当する単位数		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	算定した単位数の1000分の33に相当する単位数		
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	算定した単位数の1000分の27に相当する単位数		
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	算定した単位数の1000分の23に相当する単位数		

*償還払いでのご利用者は、表1の1日あたりの利用料金全額を施設に支払い、後日保険者より施設利用料の9割（又は8割、又は7割）が償還されます。

*介護保険適用以外のご利用者は、表1の1日あたりの利用料金及び対象の加算を追加した全額負担です。

*令和3年9月末まで、新型コロナウイルス感染症対策として基本

報酬に0.1%が上乘せされます。

②食費

* 1日あたり¥1,392です。

* 療養食を必要とする方は、配置医の指示により1食あたり¥6(最大3食¥19)が加算となります。濃厚流動食のみ提供の場合1日の給与量の指示があれば2回の提供でも3食分の加算となります。

* 令和3年8月より、1日あたり¥1,445に変更となります。

③居住費

多床室

* 1日あたり¥855です。

従来型個室

* 1日あたり¥1,171です。

(居住費については、入院・外泊の期間中においても居室が当該利用者のために確保されている場合は、自己負担となります。)

※②・③は生活保護受給者及び低所得の方には、負担限度額申請により施設利用の居住費・食費が軽減されます。

④日用品費

* Aセット：150円/日

※自歯・入れ歯のある方向けです。

* Bセット：150円/日

※自歯が無い・入れ歯を使用していない方向けです。

* Cセット：150円/日

※胃ろうの方むけです。

・いずれかのセットを選択して頂きます

※セット内容は重要事項説明書別紙参照

⑤日常生活支援費

* 内容は以下のとおりで実費徴収となります。

- ・入所者の嗜好に基づいた日用品、衛生用品の購入に係る費用。
- ・入所者の嗜好に基づいた飲食物の購入に係る費用。
- ・個人の希望による外出に係る費用。
- ・参加者を募っての行事、活動に係る費用。
- ・理美容サービス費。
- ・クラブ活動参加費
- ・個人が持ち込んだ電気製品に係る電気代。

- ・その他、入所者が嗜好として求めるものであり、施設が準備すべきではないもの。

⑥預金管理の代行サービス費
1ヶ月あたり¥3,000です。

⑦サービスの提供に関する記録等の複写費
1枚あたり¥10です。

4 支払方法

施設は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月10日までにご利用者または代理人に通知しますので、ご利用者又は代理人のご指定の口座より、当月の利用請求額を翌月22日（ご指定の銀行等が、休日等の場合は翌営業日）に、預金口座振替による自動引落としの方法で施設にお支払いください。施設は、ご利用者から料金の支払いを受けたときは、ご利用者に対し領収書を発行します。

5 緊急時の対応

ご利用者の体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡します。（別世帯で2名の記入）

緊急連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話番号			
携帯電話			
勤務先名			
勤務先電話			
メールアドレス			

氏名		続柄	
住所			
電話番号			
携帯電話			
勤務先名			
勤務先電話			
メールアドレス			

前記の契約を証するため、本書2通を作成し、ご利用者・代理人及び施設が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

サービス提供者

指定番号 介護老人福祉施設 東京都 第1374900171号

<提供者名> サンシャインホーム

<住所> 東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2

<代表者名> 施設長 奥下 洋平 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

<ご利用者> _____ 印

<代理人> _____ 印

契約書別紙の説明者

<事業所名> サンシャインホーム

<住所> 東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2

<氏名> _____ 印