【重要事項説明書別紙】 令和6年4月1日現在

施設利用料(1日につき)

多床室・従来型個室

要介護度	介護保険1日あたりの利用総額(10割)		1日あたりの負担額					
安川設及	基本単位	利用総額(円)	1割負担		2割負担		3割負担	
要介護度1	589	6,049	605	円	1,210	円	1,815	田
要介護度2	659	6,767	677	円	1,354	円	2,031	円
要介護度3	732	7,517	752	円	1,504	円	2,256	æ
要介護度4	802	8,236	824	円	1,648	円	2,471	田
要介護度5	871	8,945	895	円	1,789	円	2,684	田

食費及び居住費(1日あたりの金額)

段階	食費負担額	居住費負担額 (多床室)	居住費負担額 (従来型個室)		
1段階 (生活保護受給者等)	300円	O円			
2段階	390円	370円	420円		
3段階①	650円	370円	820円		
3段階②	1,360円	370円	820円		
4段階 (助成対象外の方)	1,645円	855円	1,171円		

加算

191- 21				
必要に応じて算定される加算	単位	必要に応じて算定される加算	単位	
看護体制加算(Ⅰ)/(Ⅱ)	4/8	新興感染症等施設療養費(1日あたり)	240	
個別機能訓練加算(I)	12	経口維持加算Ⅰ/経口維持加算Ⅱ	400/100	
個別機能訓練加算(Ⅱ)(月1回)	20	初期加算	30	
夜勤職員配置加算 I	13	高齢者施設等感染対策向上加算(月1回)Ⅰ ∕ Ⅱ	10/5	
常勤医師配置加算	25	看取り加算(亡くなる前31日~45日)	72	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)/(Ⅱ)	3/4	看取り加算(亡くなる前4日~30日)	144	
生活機能向上連携加算(I)/(Ⅱ)(月1回)	100/200	看取り加算(亡くなった日の前日及び前々日)	680	
精神科医療養指導加算	5	サービス提供体制強化加算(I)	22	
障害者生活支援体制加算	26	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)/(Ⅲ)	18/6	
排せつ支援加算(月1回)(I)	10	ADL維持等加算(I)/(II)	30/60	
排せつ支援加算(月1回)(Ⅱ)/(Ⅲ)	15/20	褥瘡マネジメント加算(月1回)(Ⅱ)/(Ⅲ)	10	
「生活機能问上推進加算(月1回)」/ Ⅲ	100/10	科学的介護推進体制加算(月1回)(I)/(I)	40/50	
協力医療機関連携加昇(月1回)1/ Ⅲ	100/50	安全対策体制加算(入所日)	20	
退所時相談援助加算	400	日常生活継続支援加算 I	36	
退所前連携加算	500	初期加算 (入所後若しくは1ヶ月以上入院後最大30日間)	30	
在宅復帰支援機能加算	10	療養食加算 *1日3回が限度 (医師より療養食の必要があると判断された方)	6	
在宅·入所相互利用加算	40	入院外泊時費用 (入院後6日間、月をまたぐ場合には最大12日間)	246	
自立支援促進加算(月1回)	300	外泊時在宅サービス利用費用 (入所者が在宅サービスされる方、1月に6日を限度)	560	
介護職員処遇改善加算I	ひと月の総単位数に『8.3%』をかけた数字が加算単位となります。			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	ひと月の総単位数に『2.7%』をかけた数字が加算単位となります。			
介護職員等ベースアップ等支援加算 ひと月の総単位数に『1.6%』をかけた数字が加算単位となります。				
介護職員等処遇改善加算 I ひと月の総単位数に『14%』をかけた数字が加算単位となります。				
/ 計管例 N/亜介護庁1 N た場合N50/1単位 > 20ロー17 9 20単位 17 9 20単位 > 9 202 ー 1/70 1単位				

《 計算例 》(要介護度1とした場合)594単位×30日=17,820単位 17,820単位×8.3%=1479.1単位 小数点以下は切り捨ての為、1479単位が『介護職員処遇改善加算』として加算されます。

日用品費(パック)	150円/日額	預金管理代行サービス費	3000/月額
サービス提供に関する 記録等の複写費	10円/1枚あたり		

日用品費内訳(パック)

Aセット	品目	Bセット	品目
1	ハブラシ	1	ハブラシ
2	歯磨き粉	2	口腔洗浄剤
3	入れ歯洗浄剤	3	BOXティッシュ
4	BOXティッシュ	4	ボディクリーム
5	ボディクリーム	5	フェイスタオル
6	フェイスタオル	6	バスタオル
7	バスタオル	7	コーヒー・紅茶・焙じ茶
8	コーヒー・紅茶・焙じ茶		
Cセット	品目		_
1	ハブラシ	※Aセット	は、自歯や入れ歯を使用している方向けで [・]
2	口腔湿潤剤	※Вセット	は、自歯や入れ歯を使用していない方向けです。
3	BOXティッシュ	※Cセット	は、胃ろうの方向けです。
4	ボディクリーム]	
5	フェイスタオル]	
6	バスタオル]	

- ※月額費用は、介護保険料+食費+居住費+その他の費用の合計額となります。
- ※月額費用の他に、個人購入品費、行事活動費、医療費が発生することがあります。
- ※日用品費は選択して頂く形となります。選択されない場合は個人にてご用意して頂きます。
- ※武蔵村山市は、介護保険にて示された単位に10.27を掛けた数字が請求額となります。 本人負担額は請求額の1割となります。

例:10単位×10.27=102.7円(小数点以下切捨)。102円×90%=91.8円(小数点以下切捨) 102円-91円=11円。11円が本人負担額となります。