介護老人福祉施設　契約書別紙

社会福祉法人　不二健育会
特別養護老人ホーム　ケアポート板橋

R7.4.1

○料金

(1) 料金　令和７年４月より

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更額にあわせて負担額を変更します。以下の金額は、1 日あたりの自己負担分です。

		要介護度	基本単位	利用料	利用者負担額		
					1 割	2 割	3 割
介護老人福祉施設	Ⅰ従来型個室 Ⅱ多床室	要介護 1	589	6420 円	642 円	1284 円	1926 円
		要介護 2	659	7183 円	719 円	1437 円	2155 円
		要介護 3	732	7978 円	798 円	1596 円	2394 円
		要介護 4	802	8741 円	875 円	1749 円	2623 円
		要介護 5	871	9493 円	950 円	1899 円	2848 円

加算項目	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1 割	2 割	3 割	
初期加算	30	327 円	33 円	66 円	99 円	1 日につき（入所日から 30 日以内）
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12	130 円	13 円	26 円	39 円	1 日につき
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	218 円	22 円	44 円	66 円	1 日につき
栄養マネジメント強化加算	11	119 円	12 円	24 円	36 円	1 日につき
看護体制加算Ⅰ2	4	43 円	4 円	9 円	13 円	1 日につき（入所定員 30 人又は 51 人以上）
看護体制加算Ⅱ2	8	87 円	9 円	18 円	26 円	1 日につき（入所定員 30 人又は 51 人以上）
夜勤職員配置加算Ⅰ2	13	141 円	14 円	28 円	42 円	1 日につき（従来型）
口腔衛生管理加算Ⅰ	90	981 円	99 円	197 円	295 円	1 月につき
口腔衛生管理加算Ⅱ	110	1199 円	120 円	240 円	360 円	1 月につき
日常生活継続支援加算Ⅰ	36	392 円	39 円	79 円	118 円	1 日につき（従来型）
精神科医療指導加算	5	54 円	5 円	11 円	16 円	1 日につき
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	545 円	55 円	109 円	164 円	1 月につき
安全対策体制加算	20	218 円	22 円	44 円	66 円	入所時に 1 回に限る
経口維持加算（Ⅰ）	400	4360 円	436 円	872 円	1308 円	1 月につき
経口維持加算（Ⅱ）	100	1090 円	109 円	218 円	327 円	1 月につき
療養食加算	6	65 円	7 円	13 円	20 円	1 回（食）につき（1 日 3 回を限度）
配置医師緊急時対応加算	325	3542 円	325 円	709 円	1063 円	1 回につき（勤務時間外の場合）
	650	7085 円	709 円	1417 円	2126 円	1 回につき（早朝又は夜間の場合）
	1300	1417 円	1417 円	2834 円	4251 円	1 回につき（深夜の場合）

協力医療機関連携加算	50	545 円	55 円	109 円	164 円	1 月につき
看取り介護(Ⅰ)	72	785 円	79 円	157 円	236 円	死亡日以前 31 日～45 日以下
	144	1569 円	157 円	314 円	471 円	死亡日以前 4 日以上 30 日以下
	680	7412 円	742 円	1483 円	2224 円	死亡日の前日及び前々日
	1280	13952 円	1396 円	2791 円	4186 円	死亡日
看取り介護(Ⅱ)	72	785 円	79 円	157 円	236 円	死亡日以前 31 日～45 日以下
	144	1569 円	157 円	314 円	471 円	死亡日以前 4 日以上 30 日以下
	780	8502 円	851 円	1701 円	2551 円	死亡日の前日及び前々日
	1580	17222 円	1723 円	3445 円	5167 円	施設内で死亡時
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 140/1000	左記の単位数×地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数(所定単位数)

※ 初期加算は、当施設に入所した日から 30 日以内の期間について算定します。

※ 個別機能訓練加算は、他職種共同にて個別機能訓練計画を作成し計画的に機能訓練を行った場合に算定します。

※ 栄養マネジメント強化加算は、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合に算定します。

※ 看護体制加算は、看護職員の体制について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。

※ 夜勤職員配置加算は、夜間及び深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。

※ 口腔衛生管理加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行い、介護職員が当該入所に係る口腔ケアの具体的な技術的助言及び指導を受けている場合に算定します。

※ 日常生活継続支援加算は、居宅での生活が困難であり、当施設への入所の必要性が高いと認められる重度の要介護状態の者や認知症である者等を積極的に受け入れるとともに、介護福祉士資格を持つ職員を手厚く配置し、質の高い介護福祉施設サービスを提供した場合に算定します。

※精神科医療指導加算は、認知症の入所者が全入所者の 3 分の 1 以上を占め、精神科を担当する医師により定期的な療養指導が月に 2 回以上行われている場合、算定します。

※ 科学的介護推進体制加算は、入所者・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出しその情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合に算定します。

※ 安全対策体制加算は、外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に新入所時に限り算定します。

※ 経口維持加算は、現在食事を経口摂取しているが摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行っている場合に算定します。ただし、経口移行加算を算定している場合は算定しません。

※ 療養食加算は、疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。

※ 配置医師緊急時対応加算は、当施設の配置医師が求めに応じ勤務時間外、早朝、夜間又は深夜に当施設を訪問して入所者に対して診療を行った場合、その時間帯に応じて算定します。

※ 協力医療機関連携加算は、入所者の同意を得て病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合に

算定します。

※ 看取り介護加算は、看取りに関する指針を定め、医師が一般的な医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者に対して、他職種共同にて介護に係る計画を作成し、利用者又は家族の同意のもと、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援した場合に算定します。

※ 介護職員等特定処遇改善加算は介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

※ 地域区分別の単価(1 級地 10.90 円)を含んでいます。

(2)その他料金

・食　　費	食事提供に要する費用	＊標準負担額	1,900 円
・居 住 費	滞在(居住)に要する費用	＊標準負担額 1日 (多床室)	915 円
		＊標準負担額 1日 (個室)	1,231 円
	外泊入院時、外泊時加算以外に居住費が負担となります。		

※食費及び居住費については収入により負担限度額認定証提示があれば減額があります。

・その他日常生活費・嗜好品	1日 4～68 円
・行事食 (誕生会、納涼祭、年忘れお楽しみ会、年末年始特別食)	1食 500 円
・健康診断・インフルエンザ予防注射代	実費
・健康保険適用外の医療処置のための材料費	実費
・受診サービス (板橋区以外は応相談)	実費
・クラブ活動費 (フラワーアレンジ等材料費)	実費
・理容サービス	1回 1,500 円
・クリーニング代 (施設対応不可のもの)	実費
・外出費用 (個人的な外出等希望の場合は応相談)	実費
・電化製品持込料(個人的にテレビ等の家電製品使用の場合)	1ケ月 1,500 円
・領収書等の複写物(コピー)	実費
・その他(上記以外で個人的に要望がある場合)	実費
・健康保険適用外の文書料	3,000 円～5,000 円

(3)支払方法

お支払方法は、原則として口座引落しをお願いしております。他の方法につきましてはご相談下さい。

毎月 15 日頃までに前月分の請求をいたします。請求月 27 日までにお支払い下さい。

＜ 事業者 ＞

所　在　地　　東京都板橋区舟渡三丁目４番８号
事業者名称　　社会福祉法人　不二健育会
施 設 名 称　　介護老人福祉施設　ケアポート板橋
（東京都　1371900299号）
代　表　者　　理事長　　竹川　節男

令和　　年　　月　　日

私は本書面により、契約書別紙の内容の説明を受け、同意し交付を受けました。

＜ 利用者 ＞　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜ 代理人 ＞　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿