

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

## 重要事項説明書

社会福祉法人元気村  
特別養護老人ホーム しょうぶ翔裕園



# 「指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護」重要事

当施設は介護保険の指定を受けています  
(埼玉県指定第 1170901548 号)

当施設はご契約者に対して、指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供される サービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

## 1 施設経営法人

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人元気村       |
| (2) 法人住所  | 埼玉県鴻巣市東一丁目1番25号 |
| (3) 電話番号  | (048) 544-0880  |
| (4) 代表者氏名 | 神成 裕介           |
| (5) 設立年月日 | 平成 5 年 1 月 7 日  |

## 2 ご利用施設

- |              |                                                                                                                                                                                                               |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 施設の種類    | 指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護<br>埼玉県指定第 1170901548 号                                                                                                                                                                |
| (2) 施設の目的    | 社会福祉法人元気村が開設する指定短期入所生活介護施設（以下「施設」という。）が行う指定短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービス（以下「サービス」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や従業員が、要介護または要支援状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。                                  |
| (3) 施設の名称    | 指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護                                                                                                                                                                                       |
| (4) 施設の所在地   | 埼玉県久喜市菖蒲町菖蒲 5205                                                                                                                                                                                              |
| (5) 電話番号等    | (0480) 87-0011 (FAX) (0480) 87-0022                                                                                                                                                                           |
| (6) 管理者氏名    | 施設長 中村 友亮                                                                                                                                                                                                     |
| (7) 当施設の運営方針 | 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を努めるものとします。<br>要介護状態または要支援状態の維持及び改善を目的とした目標を設定し、計画的なサービス提供に努めます。<br>関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。 |
| (8) 開設年月日    | 平成 30 年 4 月 1 日                                                                                                                                                                                               |
| (9) 利用定員     | 空床利用型                                                                                                                                                                                                         |

### 3 設備の概要

|        |    |                     |
|--------|----|---------------------|
| ユニット   | 10 | 1ユニットの利用定員は12名      |
| 居室     | 12 | 全室個室、洗面設備付き         |
| 共同生活室  | 10 | 各ユニットに1室ずつ          |
| 浴室     | 10 | 各ユニットに1室ずつ          |
| 汚物処理室  | 3  | 各階に1室ずつ             |
| 介護材料室  | 10 | 1つのユニットに1室ずつ        |
| 調理室    | 1  |                     |
| 医務室    | 1  | 1階に1室               |
| その他の浴室 | 2  | 機械浴室（臥床浴槽1台、特殊浴槽1台） |

### 4 当施設の職員体制及び職員内容

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

|         | 人員          | 職務内容                          |
|---------|-------------|-------------------------------|
| 施設長     | 1人          | 施設従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う        |
| 医師（嘱託医） | 1人<br>(非常勤) | ご利用者の健康状況、健康保持のための適切な措置をとる    |
| 生活相談員   | 2人以上        | ご利用者、ご家族の相談援助、関係機関との連絡調整      |
| 介護支援専門員 | 2人以上        | 施設サービス計画の作成を行う                |
| 介護職員    | 56人以上       | ご利用者の入浴、食事等の介助及び援助を行う         |
| 看護職員    | 4人以上        | ご利用者の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う |
| 管理栄養士   | 1人          | ご利用者の栄養指導、調理員の指導等を行う          |
| 調理員     | 業務委託        | 献立に基づき給食を調理し配膳を行う             |
| 機能訓練指導員 | 1人以上        | 機能の減衰を防止するための訓練を行う            |
| 事務員     | 2人          | 必要な事務を行う                      |
| その他     | 必要数         | 営繕・清掃等など行う                    |

## 5 施設サービスの内容

サービス内容に関しては以下の通りとなります

### (1) 日常生活支援

|                 |                                                                                           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設サービス<br>計画の立案 | 利用期間が4日間以上の場合介護計画を作成します。その内容は利用者及び家族に説明し、同意を得て交付します。                                      |
| 介護              | 上記の施設サービス計画（ケアプラン）に沿って下記の介護を行います。<br>着替え、排泄、食事、入浴等の介助、口腔ケア、体位交換、シーツ交換、移動・移乗介助 等           |
| 入浴              | 原則、週に2回以上の入浴機会を提供します。但し、心身の状況に応じ、入浴を控えて清拭等となる場合があります。                                     |
| 排泄              | 排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。                                                           |
| 食事              | 朝食 7:45～<br>昼食 12:00～<br>夕食 18:00～<br>※15:00におやつを用意します。<br>※インスリン接種、胃ろうの方は必要に応じ別途協議いたします。 |
| 機能訓練            | 利用者の状況に応じて日常の生活の中での訓練を実施します。                                                              |
| 洗濯              | 施設で洗濯を行います。洗濯機、乾燥機の使用ができないものがある際は、職員へご相談ください。                                             |
| 理美容サービス         | 希望の方は、月に1回以上訪問理美容にて理美容サービスを受けていただくことができます。希望の方は職員へお申し付けください。料金は個人負担となります。                 |

### (2) 余暇活動支援

|         |                                                                                   |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| アクティビティ | 利用者一人ひとりの意向を尊重し、アクティビティを実施いたします。<br>費用等の負担が発生する際には、事前の確認を行い、必要な費用に関しては、自己負担となります。 |
| 行事      | 夏祭り、敬老会、翔裕園の日、運動会の行事を行います。                                                        |

### (3) 保健医療サービス

|      |                              |
|------|------------------------------|
| 健康管理 | 利用中の医療機関への受診は、基本的に家族対応となります。 |
|------|------------------------------|

## 6 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は次表のとおりです。

この金額は①介護保険の給付の対象となるサービス並びに居室及び食費に係る自己負担額、②介護保険の給付の対象とならないサービス（個人サービス費）の2種類に分かれます。（なお、②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないとされています。疑問点等があればお尋ねください。）

#### ① 介護保険の給付の対象となるサービス並びに居室及び食費に係る自己負担額

本人の合計所得金額により利用者負担割合が異なります。負担割合については、保険者より交付されます「介護保険負担割合証」にて確認をお願いします。

保険者より「介護保険負担限度額認定証」が発行されている方は、居室及び食費に係る自己

負担額を上記書類にて確認をお願いします。

## 7. 請求及び支払方法

上記「6. 利用者負担金」に記載された利用料（入居者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差し上げます。

| 支払い方法   | 支払い要件等                                                                                                                                             |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の17日（土・日曜日または祝祭日の場合は翌営業日）にゆうちょ銀行の普通預金口座より引き落とします。<br>万が一残高不足等で振替できなかった場合の引き落とし日は同月の25日となります。                                          |
| 銀行振り込み  | サービスを利用した月の翌月の25日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。<br>ゆうちょ銀行 ○三八(読み ゼロサンハチ) 口座9429646<br>口座名義：シャカイクシハウジングンキムラ<br>*振り込みに係る手数料は入居者のご負担となります |

## 8. 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の content とします。
- (2) 入居者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入居者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- (3) 入居者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

## 9. 緊急時の対応方法

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

※緊急時は緊急連絡先に記入して頂いた、連絡先に連絡いたします

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| 医療機関名称 | 医療法人 こうのす共生病院             |
| 所在地    | 〒365-0038 埼玉県鴻巣市上谷 2073-1 |
| 電話番号   | 0 4 8 - 5 4 1 - 1 1 3 1   |

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 医療機関名称 | 医療法人 新井病院                   |
| 所在地    | 〒346-0003 埼玉県久喜市久喜中央 2-2-28 |
| 電話番号   | 0 4 8 0 - 2 1 - 0 0 7 0     |

|        |                                         |
|--------|-----------------------------------------|
| 医療機関名称 | 医療法人社団 デンタルケアコミュニティ<br>フォレストデンタルクリニック鴻巣 |
| 所在地    | 〒365-0039 埼玉県鴻巣市東 2-1-8                 |
| 電話番号   | 0 4 8 - 5 1 1 - 6 8 7 9                 |

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 医療機関名称 | 医療法人社団 ねんりん会 新白岡口腔リハ歯科クリニック |
| 所在地    | 〒349-0212 埼玉県白岡市新白岡 7-14-14 |
| 電話番号   | 0 4 8 0 - 9 0 - 7 9 1 0     |

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに入居者の家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行い、事故の状況や事故に際してとった処置について記録、報告、説明し、被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

## 11. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により入居者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。また守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入居者の故意又は過失が認められた場合、あるいは入居者の置かれた心身の状況等を斟酌して、減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| 保 險 会 社 名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社<br>保 險 名：介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
|--------------------------------------------------------|

## 12. 苦情等相談窓口

※サービス提供に関する相談や苦情等については、次の窓口で対応します。

|        |                              |
|--------|------------------------------|
| 窓口担当者  | 後藤 正典 中山 千莉 菅原 正臣<br>(生活相談員) |
| 解決責任者  | 尾沢 洋子 (しょうぶ翔裕園 施設長)          |
| 受付時間   | 毎日 9時00分～18時00分              |
| 受付電話番号 | 0480-87-0011                 |

※上記窓口で解決できない場合は、次の窓口で対応します。

|        |                                                      |
|--------|------------------------------------------------------|
| 窓口名    | 社会福祉法人元気村 苦情解決委員会(理事長主催)<br>社会福祉法人元気村 虐待防止委員会(理事長主催) |
| 受付時間   | 月曜日～土曜日 9時00分～18時00分 ※祝日・年末年始を除く                     |
| 受付電話番号 | 048-631-0070                                         |

※次の公的窓口でも相談等を受け付けています。

|                                                                    |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 久喜市役所 介護福祉課<br>〒346-8501 埼玉県久喜市下早見 85 番地の 3                        | 電話 0480-22-1111(代表)<br>(日、祝日、年末年始 12 月 29 日～1 月 3 日<br>を除く平日 8 時 30 分～17 時 15 分) |
| 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課<br>〒338 - 0002 さいたま市中央区下落合 1704<br>国保会館       | 電話 048 - 824-2568<br>土日、祝日は除く 8 時 30～17 時                                        |
| 埼玉県高齢介護課高齢者虐待防止担当<br>〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂 3 - 15 - 1<br>本庁舎 1 階 | 電話 048-830-3251<br>土日、祝日は除く 8 時 30～17 時                                          |

※第三者委員は、公正中立な立場で、苦情等を受け付け相談に応じていただけます。

|              |                       |  |
|--------------|-----------------------|--|
| 石井 早苗 (栗橋地区) | 久喜市栗橋地区民生児童委員         |  |
| 石井 宏 (菖蒲地区)  | 久喜市菖蒲地区民生委員、児童委員協議会会長 |  |
| 山岡 孝 (川口地区)  | 保護司 法務省埼玉保護監察所所属      |  |
| 下田 ナカ (蓮田地区) | 蓮田市民生委員、児童委員          |  |

### 13. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等について

#### 1. 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況…なし

|                |            |
|----------------|------------|
| 実施した年月日（意見箱確認） | 毎月の苦情解決委員会 |
| 当該結果の開示状況      | な し        |

#### 2. 第三者による評価の実施状況…なし

|             |     |
|-------------|-----|
| 実施した年月日     | な し |
| 実施した評価機関の名称 | な し |
| 当該結果の開示状況   | な し |

### 14. 法令遵守について

法人の事業が法令遵守により遂行されるよう、下記の通り責任者を置いております。

|            |                                             |
|------------|---------------------------------------------|
| 法令遵守最高責任者  | 社会福祉法人 元気村<br>理事長 神成 裕介                     |
| 法令遵守責任者    | 社会福祉法人元気村<br>内部監査室長 西川 雅人                   |
| 事業所法令遵守責任者 | 社会福祉法人元気村<br>特別養護老人ホーム しょうぶ翔裕園<br>施設長 中村 友亮 |

### 15. 非常時災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えると共に、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回、入居者及び従業者等の訓練を行います。

### 16. 身体拘束の廃止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないこととします。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に入居者及びそのご家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

### 17. 施設利用時の留意事項

※サービス利用にあたっての留意事項

- （１）利用者またはその家族は、体調の変化があった際には施設の職員にご一報ください。
- （２）利用者は施設内の機械及び器具を利用される際は、必ず職員に声をかけてください。

- (3) 施設内での金銭及び食べ物等のやり取りは、ご遠慮ください。
- (4) 夜間の巡視につきましては、1時間毎に行うこととなっておりますが、他入居者の支援の都合により、行えない場合があることをあらかじめご了承ください。逆に、ご要望に応じて安眠の為に巡視時間を変更することもできますので、ご相談ください。
- (5) 共同生活の秩序を保ち、規律ある生活をお願いします。
- (6) 宗教その他信条の相違などで他人を攻撃し、自己の利益のために他人の自由を侵すことのないようお願いします。
- (7) 火気の手扱いには十分注意してください。
- (8) けんか、口論、泥酔、販売行為、誹謗中傷その他、他人の迷惑となるような行為はなさないよう、お願いします。
- (9) 宗教活動は他人に迷惑をかけない範囲で行い、宗教の勧誘、特定の政治活動等を行わないよう、お願いします。
- (10) 生活環境の保全のため施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持に協力していただきますよう、お願いします。
- (11) 職員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- (12) その他管理上必要な指示について守っていただきますよう、宜しくお願いします。

【 併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費 】

ア. 基本利用料（カッコ内は単位数）

◎1 割負担の方

|                                           |                |                |
|-------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金<br>1 単位×10.33 円・・・久喜市 | 要支援 1<br>(529) | 要支援 2<br>(656) |
|                                           | 5,464 円        | 6,776 円        |
| 2.うち、介護保険から給付される金額                        | 4,917 円        | 6,098 円        |
| 3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）                     | 547 円          | 678 円          |
| 4.居室に係る自己負担額                              | 2,610 円        |                |
| 5.食費に係る自己負担額                              | 1,900 円        |                |
| 6.自己負担額合計（3＋4＋5）                          | 5,057 円        | 5,188 円        |

◎2 割負担の方

|                                           |                |                |
|-------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金<br>1 単位×10.33 円・・・久喜市 | 要支援 1<br>(529) | 要支援 2<br>(656) |
|                                           | 5,464 円        | 6,776 円        |
| 2.うち、介護保険から給付される金額                        | 4,371 円        | 5,420 円        |
| 3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）                     | 1,093 円        | 1,356 円        |
| 4.居室に係る自己負担額                              | 2,610 円        |                |
| 5.食費に係る自己負担額                              | 1,900 円        |                |
| 6.自己負担額合計（3＋4＋5）                          | 5,603 円        | 5,866 円        |

◎3 割負担の方

|                                           |                |                |
|-------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス利用料金<br>1 単位×10.33 円・・・久喜市 | 要支援 1<br>(529) | 要支援 2<br>(656) |
|                                           | 5,464 円        | 6,776 円        |
| 2.うち、介護保険から給付される金額                        | 3,824 円        | 4,743 円        |
| 3.サービス利用に係る自己負担額（1－2）                     | 1,640 円        | 2,033 円        |
| 4.居室に係る自己負担額                              | 2,610 円        |                |
| 5.食費に係る自己負担額                              | 1,900 円        |                |
| 6.自己負担額合計（3＋4＋5）                          | 6,150 円        | 6,543 円        |

【 併設型ユニット型短期入所生活介護費 】

ア. 基本利用料（カッコ内は単位数）

◎1 割負担の方

|                                               |                |                |                |                |                |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス<br>利用料金<br>1 単位×10.33 円・・・久喜市 | 要介護 1<br>(704) | 要介護 2<br>(772) | 要介護 3<br>(847) | 要介護 4<br>(918) | 要介護 5<br>(987) |
|                                               | 7,272 円        | 7,974 円        | 8,749 円        | 9,482 円        | 10,195 円       |
| 2.うち、介護保険から給付され<br>る金額                        | 6,544 円        | 7,176 円        | 7,874 円        | 8,533 円        | 9,175 円        |

|                             |         |         |         |         |         |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 3.サービス利用に係る自己負担額<br>(1 - 2) | 728 円   | 798 円   | 875 円   | 949 円   | 1,020 円 |
| 4.居室に係る自己負担額                | 2,610 円 |         |         |         |         |
| 5.食費に係る自己負担額                | 1,800 円 |         |         |         |         |
| 6.自己負担額合計 (3 + 4 + 5)       | 5,138 円 | 5,208 円 | 5,285 円 | 5,359 円 | 5,430 円 |

◎2 割負担の方

|                                               |                |                |                |                |                |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス<br>利用料金<br>1 単位×10.33 円・・・久喜市 | 要介護 1<br>(704) | 要介護 2<br>(772) | 要介護 3<br>(847) | 要介護 4<br>(918) | 要介護 5<br>(987) |
|                                               | 7,272 円        | 7,974 円        | 8,749 円        | 9,482 円        | 10,195 円       |
| 2.うち、介護保険から給付され<br>る金額                        | 5,817 円        | 6,379 円        | 6,999 円        | 7,585 円        | 8,156 円        |
| 3.サービス利用に係る自己負担額<br>(1 - 2)                   | 1,455 円        | 1,595 円        | 1,750 円        | 1,897 円        | 2,039 円        |
| 4.居室に係る自己負担額                                  | 2,610 円        |                |                |                |                |
| 5.食費に係る自己負担額                                  | 1,800 円        |                |                |                |                |
| 6.自己負担額合計 (3 + 4 + 5)                         | 5,865 円        | 6,005 円        | 6,160 円        | 6,307 円        | 6,449 円        |

◎3 割負担の方

|                                               |                |                |                |                |                |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1.利用者の要介護度とサービス<br>利用料金<br>1 単位×10.33 円・・・久喜市 | 要介護 1<br>(704) | 要介護 2<br>(772) | 要介護 3<br>(847) | 要介護 4<br>(918) | 要介護 5<br>(987) |
|                                               | 7,272 円        | 7,974 円        | 8,749 円        | 9,482 円        | 10,195 円       |
| 2.うち、介護保険から給付され<br>る金額                        | 5,090 円        | 5,581 円        | 6,124 円        | 6,637 円        | 7,136 円        |
| 3.サービス利用に係る自己負担額<br>(1 - 2)                   | 2,182 円        | 2,393 円        | 2,625 円        | 2,845 円        | 3,059 円        |
| 4.居室に係る自己負担額                                  | 2,610 円        |                |                |                |                |
| 5.食費に係る自己負担額                                  | 1,800 円        |                |                |                |                |
| 6.自己負担額合計 (3 + 4 + 5)                         | 6,592 円        | 6,803 円        | 7,035 円        | 7,255 円        | 7,469 円        |

その他、利用者の状況により加算されるサービス

| 加算項目       | 加算の要件等                                        | 加算額 |                     |                     |                     |                     |
|------------|-----------------------------------------------|-----|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|            |                                               | 単位数 | 利用者負担<br>額<br>(基準額) | 利用者負<br>担額<br>(1 割) | 利用者負<br>担額<br>(2 割) | 利用者負<br>担額<br>(3 割) |
| 個別機能訓練体制加算 | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合<br>(1 日につき) | 12  | 123 円               | 13 円                | 25 円                | 37 円                |
| 看護体制加算 I   | 当該加算の体制・人材要件を満たす場合                            | 4   | 41 円                | 5 円                 | 9 円                 | 13 円                |

|               |                                                                                |     |         |       |       |       |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|-------|-------|-------|
| 看護体制加算Ⅱ       | (1日につき)<br>※それぞれの要件を満たした場合、加算Ⅰ及び加算Ⅱをそれぞれ算定できる。                                 | 8   | 82 円    | 9 円   | 17 円  | 25 円  |
| 夜勤職員配置加算Ⅱ     | 最低基準を1以上上回る数の夜勤職員が配置されている場合<br>(1日につき)                                         | 18  | 185 円   | 19 円  | 37 円  | 56 円  |
| 個別機能訓練加算      | 専門職が自宅訪問し個別計画に基づいてリハビリを提供した場合に算定<br>(1日につき)                                    | 56  | 575 円   | 58 円  | 116 円 | 174 円 |
| 看取り連携体制加算     | 短期入所者生活介護において、施設で看取りケアを行った場合<br>(最大30日間算定)                                     | 64  | 661 円   | 67 円  | 133 円 | 199 円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症の診断を受けている方のご利用の場合。<br>(1日につき)                                            | 120 | 1,239 円 | 124 円 | 248 円 | 372 円 |
| 緊急時短期入所受入加算   | 緊急、やむを得ない理由により、計画されていない日程でサービスを利用した場合、原則7日間(特別な理由がある場合は14日間)を限度に算定。<br>(1日につき) | 90  | 929     | 93    | 186   | 279   |
| 送迎加算          | 入所者の心身の状態や家族の事情等から、送迎を行うことが必要と認められる入所者に対し、送迎を行った場合。<br>(片道につき)                 | 184 | 1,900 円 | 190 円 | 380 円 | 570 円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上。<br>※サービス提供体制                                     | 6   | 61 円    | 7 円   | 14 円  | 21 円  |

|                    |                                          |                            |            |            |            |  |
|--------------------|------------------------------------------|----------------------------|------------|------------|------------|--|
|                    | 強化加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、日常生活継続支援加算は重複して算定できない<br>※（注１） |                            |            |            |            |  |
| 介護職員等<br>処遇改善加算（Ⅰ） | 当該加算の算定要件を満たす場合                          | １月の利用料金（基本部分＋各種加算減算）の１４．０％ | 左記額の<br>１割 | 左記額の<br>２割 | 左記額の<br>３割 |  |

（注１）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## 2)その他の費用として

### ①「居住費」及び「食費」と特別なサービスの利用料

|                 |                                                                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居住費             | ユニット型個室（1日につき） 2, 6 1 0 円<br><br>（ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている額とします。また、外泊時費用算定期間を超えた外泊又は入院期間の居住費は減額の適用外となり居住費が発生いたします。※1                     |
| 食 費             | ア 基本料金（1日につき） 1, 9 0 0 円。<br>（ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている額とします。）<br>イ 入所者が選定する特別な食事に関する費用の額<br>予め入所者の選択により外食・外注食をされる場合は、当該額は提供毎の食事の価格とします。  |
| 理美容代            | 実費（カット 1, 9 3 0 円）（パーマ 7, 7 0 0 円）<br>（ヘアカラー 4, 4 0 0 円）（顔そり 7 7 0 円）<br>（シャンプー 8 8 0 円）                                                            |
| 送迎サービス費         | 協力病院以外の受診については、緊急性があると思われる受診についてのみ対応します。その場合、片道 4 km（往復 8 km）を超える場合について算定 1 0 0 円/1 km<br>新規入居者の送迎費及についても、片道 4 km（往復 8 km）を超える場合について算定 1 0 0 円/1 km |
| クラブ活動費<br>（材料費） | 実費                                                                                                                                                  |
| 電気器具使用料         | 個人使用の電気製品（テレビ、電気毛布等）を持ち込み、使用する場合（1日1品目につき） 5 5 円                                                                                                    |
| 複写物の交付          | サービス提供等の記録の複写物を必要とする場合 （1頁11円）                                                                                                                      |
| 医療費等            | 医療機関に受診・入院された場合の治療費や薬代など、費用に応じた実費をいただきます。                                                                                                           |
| 出納管理費           | 施設にて物品の建て替え購入を行った場合。<br>預り金の入金及び出金等の管理（1月につき） 1, 0 0 0 円                                                                                            |
| その他の料金          | 日常生活において通常必要となる経費であって、入居者負担が適当と認められるもの（入所者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。                                                              |