

社会福祉法人 一真会  
 (介護予防) 短期入所生活介護事業所  
 風薫る宿 花むつみ

## 重要事項説明書

介護保険の指定を受けています  
 (介護予防) 短期入所生活介護  
 指定年月日 : 平成27年12月1日  
 (横手市指定 : 第0570324145号)

当事業所は、(介護予防)短期入所生活介護サービスの開始にあたり、事業所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. 風薫る宿 花むつみ の概要

#### (1) 事業主体

|            |  |
|------------|--|
| 法人名        | 社会福祉法人 一真会   |
| 代表者名       | 理事長 佐々木良和  |
| 法人所在地      | 〒019-0514<br>秋田県横手市十文字町睦合字川井川47番地  |
| 電話番号/FAX   | TEL 0182-55-3315 / FAX 0182-55-3316  |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.issin-group.net">http://www.issin-group.net</a>  |
| 設立年月日      | 平成22年5月12日   |
| 法人の理念      | 私たちは生活の基準のすべてをお客様に負っている事を自覚し、お客様一人ひとりの人権・人間性を重んじその人らしい生活を過ごすことができるようあらゆる面から支援します。<br>福祉は究極のサービスととらえ、地域のベスト介護・福祉事業者を目指す法人としてお客様へ最も優れたサービス(人財)を提供することにより、人々の豊かでゆとりある生活・文化の向上と地域社会の発展に貢献する。 |

#### (2) 事業所の概要

|           |                                     |
|-----------|-------------------------------------|
| 事業所の名称    | 風薫る宿 花むつみ                           |
| 管理者(施設長)  | 佐々木良和                               |
| 開設年月日     | 平成27年12月1日                          |
| 介護保険事業所指定 | 種類 短期入所生活介護(介護予防含む)                 |
|           | 番号 0570324145                       |
| 事業所の所在地   | 〒019-0514 秋田県横手市十文字町睦合字川井川47番地      |
| 電話番号/FAX  | TEL 0182-38-8703 / FAX 0182-38-8706 |
| 交通の便      | 国道13号線から主要地方道 羽後十文字線を羽後方面へ車で7分      |
| 面積        | 敷地面積: 9,118㎡                        |
| 建物概要      | 構造: 鉄筋コンクリート造 一部2階建 延べ床面積: 1,026㎡   |
| 損害賠償責任保険  | 損害保険ジャパン日本興亜株式会社                    |

#### (3) 主な設備の概要

※居室の㎡数は、1人あたりです。

|            |                                       |
|------------|---------------------------------------|
| 居室         | 個室(12.66㎡) 4室4床 / 多床室(12.06㎡) 12部屋24床 |
| 食堂・機能訓練室   | 約77畳/127.22㎡ (1人当たり3㎡以上)              |
| 洗面所        | 各居室に設置                                |
| 調理設備       | 食堂に設置                                 |
| トイレ        | 車椅子対応トイレ6箇所                           |
| 浴室         | 特浴1室・中間浴1室・手足湯 (人工炭酸泉完備)              |
| 医務静養室      | 1室                                    |
| 事務室・相談スペース | 各1室                                   |

#### (4) 運営の方針

- 1 事業所の従業者は、要介護状態等の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。
- 2 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、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。
- 3 予防事業については、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととする。

## 2.実施地域、営業時間、定員等

|            |          |      |      |
|------------|----------|------|------|
| 営業日        | 営業日：年中無休 | 営業時間 | 24時間 |
| 通常の送迎の実施地域 | 横手市全域    |      |      |
| 定員         | 28名      |      |      |

## 3.従業者の職種、員数及び職務の内容等

### (1) 業者の職種、員数及び職務内容

※()人数は兼務を表します。

| 職種                       | 常勤  | 非常勤 | 職務内容  |
|--------------------------|-----|-----|---|
| 管理者                      | (1) |     | 施設の管理運営・職員指導等                               |
| 医師                       |     | 1   | 利用者の診察、健康管理及び保健衛生指導                         |
| 生活相談員                    | 1～  |     | サービス計画の作成、サービスの調整、相談業務                      |
| 介護職員                     | 12～ | 1～  | 主として、利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います                |
| 看護職員                     | 1～  |     | 主として、利用者の健康管理や療養上の看護を行います。日常生活上の介護、介助も行います。 |
| 機能訓練指導員                  | 1～  |     | 日常生活に必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。            |
| 栄養士                      | 1   |     | 献立の作成、療養食の提供、栄養量計算及び調理員への指導等の食事業務全般並びに栄養指導  |
| その他、調理・事務・用務職員を配置しております。 |     |     |   |

### (2) 勤務体制

- ①管理者（施設長） 8：30～17：30
- ②副管理者 8：30～17：30（他⑤に準ずる）
- ③医師 週1回の定期診察
- ④生活相談員 8：30～17：30
- ⑤介護職員 早番 7：00～16：00 日勤 10：00～19：00  
遅番 13：00～22：00 夜勤 22：00～7：00
- ⑥看護職員（機能訓練指導員） 7：45～16：45 ※その他 24時間連絡体制有り
- ⑦栄養士 8：30～17：30
- ⑧他調理・事務職員等 サービス提供に必要な時間帯勤務

## 4.サービスの概要

|            |   |
|------------|---|
| 送迎         | 利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。   |
| 健康チェック     | 血圧測定、体温測定、体重測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。   |
| 入浴         | 利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。  |
| 食事         | 食事の提供及び食事の介助をします。食事は原則として、共同生活室（リビング）でとっていただくよう配慮します。身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。調理、配膳等を介護従事者とともにすることもできます。食事サービスの利用は任意です。       |
| 排泄         | 利用者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。  |
| 生活支援（自立支援） | 生活のリズム、利用者の意向に合わせて朝夕等の着替えを行うよう配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。利用者の日常生活における家事等、頼り頼られる精神的な面は（利用者の身体的精神的な状況にあわせ）役割を持って行って頂けるよう適切に支援します。 |

|                |  |
|----------------|--|
| 機能訓練<br>生活リハビリ | 利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。趣味活動など生活リハビリを取り入れ、どう支援すれば入居者が活動しやすいか役割を実感できるかに配慮し、精神機能等の低下を防止するよう努めます。 |
| 趣味活動           | 利用者の希望に沿って、各種レクリエーション等も含め活動を行います。  |
| 生活相談           | 利用者及びその家族の日常生活における介護・環境整備・手続き等に関する相談助言を行います。   |
| 看取り            | 看取りは原則、行いません。（但し、相談の上で行う場合があります）   |

## 5. サービス利用料金

(1) 利用料金は別紙「サービス利用料金表」のとおりです。

(2) 利用料金の支払い方法

|               |  |
|---------------|--|
| 利用料、その他の費用の請求 | 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。<br>請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日迄に利用者あてにお届けします。<br>私物の洗濯については外注にて承ります。ご請求については前述と同じで、月の合計額にてご請求いたします。 |
| 利用料、その他の費用の支払 | 請求書が届いた月の翌月の4日(日、祝祭日の場合翌日)に契約者指定の口座より自動口座引き落としさせていただきます。<br>引き落とし手数料120円は利用者負担となります。   |

## 6. 協力医療機関

| 協力医療機関名 | 診療科目 | 医師氏名 | 所在地             |
|---------|------|------|-----------------|
| 平鹿総合病院  | 内科等  | 所属医師 | 秋田県横手市前郷字八ツ口3-1 |

## 7. 協力歯科医療機関

| 協力医療機関名       | 診療科目 | 医師氏名 | 所在地                |
|---------------|------|------|--------------------|
| 佐藤達歯科医院       | 歯科   | 佐藤達志 | 秋田県湯沢市前森1-2-11     |
| ジュネスデンタルクリニック | 歯科   | 小菅一弘 | 秋田県雄勝郡東成瀬村田子内田子内51 |

## 8. 非常災害時の対策

|            |   |
|------------|---|
| 非常災害時の対応方法 | 1.事業所は、消防法令に基づき、防火管理者を選任し、消火設備非常放送設備等、災害・非常時に備えて必要な設備を設けるものとする。<br>2.事業所は、消防法令に基づき、消防計画をたて、職員及び利用者が参加する消火、通報及び避難訓練を原則として少なくとも年に2回は実施する。<br>3.利用者は健康上又は防災上等の緊急事態に気づいたときは、最も適切な方法で、職員に事態の発生を知らせる。<br>4.事業所の火災通報装置は、煙感知や熱感知の作動によって、自動的に事業所内に通報される装置となっており、その後、職員が消防署はじめ関係機関に連絡いたします。 |
| 平常時の訓練等    | 消防避難訓練 年2回  |
| 消防計画等      | 自衛消防隊を組織し、消防計画に基づき対応します。<br>防火管理者：花むつみ総務課長 松川俊之   |

## 9. 事故発生時及び緊急時の対応方法

|                     |  |
|---------------------|--|
| 事故発生時の対応方法          | 事業所が利用者に対して行う(介護予防)短期入所生活介護の提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。<br>また、当事業所が利用者に対して行ったサービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。<br>事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。 |
| 利用者の病状の急変等の緊急時の対応方法 | サービス提供中に、利用者の体調悪化時や病状の急変等の緊急時には、別紙「緊急時連絡先一覧」のとおり関係者へ連絡し必要な措置を速やかに講じます。<br>また、利用者のケアマネージャーに速やかに報告させていただきます。病状等の状況によっては、救急車による搬送を要請することがあります。  |

## 1 0.連携施設等

|             |   |
|-------------|---|
| 連携介護老人福祉施設等 | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム花むつみ（併設）<br><input type="checkbox"/> 小規模多機能の家 花むつみ（併設）<br>所在地：横手市十文字町睦合字川井川47番地<br>電話：0182-55-3315<br><input type="checkbox"/> 炭酸の湯 ほっとデイ 花むつみ（隣接）<br><input type="checkbox"/> 介護の相談所(居宅介護支援)花むつみ（隣設）<br>所在地：横手市十文字町睦合字宿屋布14-8<br>電話：0182-23-5678 |
|-------------|---|

## 1 1.秘密の保持と個人情報の保護

|                        |  |
|------------------------|--|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | 事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。  |
| 従業者に対する秘密の保持について       | 就業規則にて従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しており、「個人情報保護に関する誓約書」を結んでおります。  |
| 個人情報の保護について            | 事業所は、利用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において利用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。<br>事業所は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 |

## 1 2.短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）計画

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスは、利用者一人一人の人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、地域での暮らしを支援するものです。

事業所の生活相談員は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者との協議のうえで短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）計画を定め、また、その実施状況を評価します。

計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者へ説明のうえ交付します。

### (1) サービス提供に関する記録について

サービス提供に関する記録は、その完結の日から5年間保管します。また、利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。

複写物の交付は、実費をご負担いただきます。（1枚につき白黒10円）

## 1 3.身体的拘束等について

従業者は、短期入所生活介護の提供にあたっては、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。

なお、緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、利用者及び身元引受人等へ説明し、その同意を得たうえでを行い、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

## 1 4.苦情処理の体制

|             |  |
|-------------|--|
| 苦情処理の体制及び手順 | 苦情又は相談があった場合は苦情を整理し、苦情解決委員会を開いて改善策を講じます。又、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。<br>苦情解決委員会は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。苦情又は相談については、事業所として苦情相談の内容・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。 |
| 事業所苦情相談窓口   | 窓口担当者：生活相談員 遠藤友子<br>ご利用時間：月曜日から金曜日 8:30～17:30<br>また、苦情受付箱「ご意見箱」を玄関に設置しています。  |
| 苦情解決第三者委員   | 当法人では苦情解決第三者委員を設置しております。   |

|                    |   |      |                                 |
|--------------------|---|------|---------------------------------|
| 行政機関その他の<br>苦情受付窓口 | 1 | 名 称  | 横手市市民福祉部 まるごと福祉課                |
|                    |   | 所在地  | 秋田県横手市中央町8番2号                   |
|                    |   | 電話番号 | TEL0182-35-2134 FAX0182-32-9709 |
|                    |   | 受付時間 | 午前8時半～午後5時15分まで（月～金曜日）          |
|                    | 2 | 名 称  | 湯沢市 長寿福祉課 介護保険班                 |
|                    |   | 所在地  | 秋田県湯沢市佐竹町1-1                    |
|                    |   | 電話番号 | TEL0183-73-2111 FAX0183-72-8301 |
|                    |   | 受付時間 | 午前9時～午後5時まで（月～金曜日）              |
|                    | 3 | 名 称  | 羽後町 福祉保健課 高齢者福祉担当               |
|                    |   | 所在地  | 雄勝郡羽後町西馬音内字中野77                 |
|                    |   | 電話番号 | TEL0183-62-2111 FAX0183-62-2120 |
|                    |   | 受付時間 | 午前9時～午後5時まで（月～金曜日）              |
|                    | 4 | 名 称  | 東成瀬村 民生課                        |
|                    |   | 所在地  | 雄勝郡東成瀬村田子内字仙人下30                |
|                    |   | 電話番号 | TEL0182-47-3405 FAX0182-47-3260 |
|                    |   | 受付時間 | 午前9時～午後5時まで（月～金曜日）              |
|                    | 5 | 名 称  | 秋田県国民健康保険団体連合会                  |
|                    |   | 所在地  | 秋田市山王四丁目2-3                     |
|                    |   | 電話番号 | TEL018-862-6864 FAX018-883-1551 |
|                    |   | 受付時間 | 午前9時～午後5時まで（月～金曜日）              |
|                    | 6 | 名 称  | 秋田県運営適正化委員会<br>(秋田県福祉相談支援センター)  |
|                    |   | 所在地  | 秋田市旭北栄町1-5                      |
|                    |   | 電話番号 | TEL018-864-2726 FAX018-864-2742 |
|                    |   | 受付時間 | 午前9時～午後5時まで（月～金曜日）              |

## 1 5.衛生管理

### (1)衛生管理について

事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。

従業員の健康管理を徹底し、従業員の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従業員に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。利用者にも手洗い、うがいを励行させていただきます。

### (2)感染症対策マニュアル

〇ー157、ノロウイルス、インフルエンザ等の感染症対策マニュアルを整備し、従業員に周知徹底しています。また、従業員への衛生管理に関する研修を行います。

## 1 6.高齢者虐待防止について

### (1)高齢者虐待防止等のための取り組み

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

③従業員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 1 7.利用にあたっての留意事項

|          |   |
|----------|---|
| 被保険者証の提示 | サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。                    |
| サービス提供中  | 気分が悪くなったときは、速やかに申し出てください。                         |
| 食 事      | 栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。  |
| 入 浴      | 利用者の希望や健康状態に配慮いたします。                              |
| 送 迎      | ご希望の方に事業所で送迎いたします。サービス計画によっては、家族の協力をお願いすることがあります。 |

|           |   |
|-----------|---|
| 面<br>会    | ・面会時間 9:00～19:30<br>その他の時間帯については、事前にご相談ください。<br>・面会時の食べ物、飲み物等の持ち込みは、健康管理上及び衛生管理上の理由により、職員にお申し出ください。 |
| 設備・備品の使用  | 事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。                              |
| 迷惑行為等     | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。<br>また無断で他の利用者の宿泊室に立ち入らないようにして下さい  |
| 飲酒、喫煙     | 飲酒はご遠慮ください。喫煙は決められた場所をお願いします。   |
| 所持品の持ち込み  | 高価な貴重品や大金はこちらで管理できません。  |
| 動物の持ち込み   | ペットの持ち込みはお断りいたします。  |
| 宗教活動、政治活動 | 事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。  |

18.第三者評価の実施状況 : なし

## 19.その他

### (1) 法人の他の運営事業

当法人では、次の事業を実施しています。

- ◇特別養護老人ホーム 花むつみ(地域密着型介護福祉施設入所者生活介護)  
(平成23年3月15日横手市指定第0590300174号 定員29名)
- ◇小規模多機能の家 花むつみ  
(平成23年3月15日横手市指定第0590300166号 登録定員25名/通い15名/宿泊9名)
- ◇小規模多機能の家サテライト花むつみ  
(令和3年1月18日横手市指定第0590300166号 登録定員18名/通い12名/宿泊6名)
- ◇居宅介護支援 介護の相談所 花むつみ  
(平成24年9月15日横手市指定第0570321265号)
- ◇通所介護 炭酸の湯ほっとデイ花むつみ  
(平成26年4月1日横手市指定第0570322586号)

(短期入所生活介護)  
<サービス利用料金>

## 1.介護保険サービス

## (1)短期入所生活介護 (単独型)

単位：円

| 区分                             | 単位 | 個室・多床室 (左から1~3割)<br>※ () 書き=連続61日以上の利用の場合 |               |               |     |
|--------------------------------|----|---|---------------|---------------|-----|
|                                |    | 1割  | 2割            | 3割            |     |
| 要介護1                           | 日  | 645 (589)                                 | 1,290 (1,178) | 1,935 (1,767) |     |
| 要介護2                           | 日  | 715 (659)                                 | 1,430 (1,318) | 2,145 (1,977) |     |
| 要介護3                           | 日  | 787 (732)                                 | 1,574 (1,464) | 2,361 (2,196) |     |
| 要介護4                           | 日  | 856 (802)                                 | 1,712 (1,604) | 2,568 (2,406) |     |
| 要介護5                           | 日  | 926 (871)                                 | 1,852 (1,742) | 2,778 (2,613) |     |
| 長期利用 (30日超)                    | 日  | -30                                       |               |               |     |
| 加算内容                           |    | 単位  | 1割            | 2割            | 3割  |
| 生活機能向上連携加算 I                   |    | 月   | 100           | 200           | 300 |
| II                             |    |   | 200           | 400           | 600 |
| 機能訓練指導員配置加算                    |    | 日   | 12            | 24            | 36  |
| 看護体制加算 I                       |    | 日   | 4             | 8             | 12  |
| II                             |    |   | 8             | 16            | 24  |
| IIIイ                           |    |   | 12            | 24            | 36  |
| IVイ                            |    |   | 23            | 46            | 69  |
| 送迎加算                           |    | 片道  | 184           | 368           | 552 |
| 看取り連携体制加算<br>(死亡日及び死亡日以前30日以下) |    | 日   | 64            | 128           | 192 |
| 口腔連携強化加算 (月1回限度)               |    | 回   | 50            | 100           | 150 |
| 療養食加算 (1日3回迄)                  |    | 回   | 8             | 16            | 24  |
| 夜勤職員配置加算 I                     |    | 日   | 13            | 26            | 39  |
| III                            |    |   | 15            | 30            | 45  |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (上限7日間) ※1    |    | 日   | 200           | 400           | 600 |
| 緊急短期入所受入加算 (※1算定の場合無し)         |    | 日   | 90            | 180           | 270 |
| 認知症専門ケア加算 I                    |    | 日   | 3             | 6             | 9   |
| II                             |    |   | 4             | 8             | 12  |
| 生産性向上推進体制加算 I                  |    | 月   | 100           | 200           | 300 |
| II                             |    |   | 10            | 20            | 30  |
| サービス提供体制強化加算 I                 |    | 日   | 22            | 44            | 66  |
| II                             |    |   | 18            | 36            | 54  |
| III                            |    |   | 6             | 12            | 18  |
| 介護職員等処遇改善加算 I                  |    | 日   | 合計単位数*14%=利用料 |               |     |

## (2)介護予防・短期入所生活介護 (単独型)

| 区分                          | 単位 | 個室・多床室 (左から1~3割)<br>※ () 書き=連続31日以上の利用の場合 |               |               |     |
|-----------------------------|----|---|---------------|---------------|-----|
|                             |    | 1割  | 2割            | 3割            |     |
| 要支援1                        | 日  | 479 (442)                                 | 958 (884)     | 1,437 (1,326) |     |
| 要支援2                        | 日  | 596 (548)                                 | 1,192 (1,096) | 1,788 (1,644) |     |
| 加算内容                        |    | 単位  | 1割            | 2割            | 3割  |
| 送迎加算                        |    | 片道  | 184           | 368           | 552 |
| 生活機能向上連携加算                  |    | 日   | 200           | 400           | 600 |
| 機能訓練体制加算                    |    | 日   | 12            | 24            | 36  |
| 療養食加算 (1日3回迄)               |    | 回   | 8             | 16            | 24  |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (上限7日間) ※1 |    | 日   | 200           | 400           | 600 |
| 口腔連携強化加算 (月1回限度)            |    | 回   | 50            | 100           | 150 |
| 認知症専門ケア加算 I                 |    | 日   | 3             | 6             | 9   |
| II                          |    |   | 4             | 8             | 12  |
| 生産性向上推進体制加算 I               |    | 月   | 100           | 200           | 300 |
| II                          |    |   | 10            | 20            | 30  |
| サービス提供体制強化加算 I              |    | 日   | 22            | 44            | 66  |
| II                          |    |   | 18            | 36            | 54  |
| III                         |    |   | 6             | 12            | 18  |
| 介護職員等処遇改善加算 I               |    | 日   | 合計単位数*14%=利用料 |               |     |

※その他の加算項目については介護保険法に準拠します。

※加算部分については、要件に合致した加算項目のみが算定されます。

※加算部分の①～③は、積算金額の1～3割が利用者負担額となります。

※上記の利用者負担額の1～3割については、ご利用者の負担割合証に記載された割合に応じた額となります。

## 2.食費・居住費

| 区分      | 部屋種類 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階①  | 第3段階②  | 基本料金   |
|---------|------|------|------|--------|--------|--------|
| 居住費(1日) | 個室   | 380円 | 480円 | 880円   | 880円   | 1,231円 |
|         | 多床室  | 0円   | 430円 | 430円   | 430円   | 915円   |
| 食費(1日)  | —    | 300円 | 600円 | 1,000円 | 1,300円 | 1,445円 |

※第1～4段階は、利用者の所得階層区分です

※食費は1日単位での算定となります。

※入所日及び退所日の食事は、食事単位でのご精算となります。

(朝食 300円・昼食 615円・夕食 520円)

その場合の食費負担限度額についても、上記段階の範囲内となります。

(例：第2段階の方＝朝食 310円＋昼食 615円＝930円→自己負担額 600円)

## 3.その他の日常生活費

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| レクリエーション材料費・理美容代  | 実費                      |
| 日常生活上必要な物品の購入費    | 実費                      |
| 私物洗濯費             | 実費                      |
| プラスチック袋(洗濯物等返却用)  | 実費/1枚3円(※袋をご持参頂いた場合は無し) |
| 通常の事業実施地域を越える送迎費用 | 実費を頂く場合があります。           |

※利用料金は、1ヶ月ごとに計算し翌月10日過ぎに請求書を発行します。原則として口座より自動引き落とし(請求書到着月の翌月4日)とさせていただきます。

引き落とし事務手数料(120円)は利用者様負担となります。

## 4.キャンセル料について

利用日の前日12時までにはキャンセルの申し出がない場合、基本料金(自己負担額)及び食事代金を基本とした、次のキャンセル料を頂きます。

ただし、ご利用者様の体調不良など緊急やむを得ない場合と判断される場合は頂きません。

| キャンセル料の基礎となる費用<br>(基本費用) | ①介護保険基本料(1日あたりの自己負担額)<br>②予約した1日あたりの食事代金 |
|--------------------------|--|
| 申出時期                     | キャンセル料                                   |
| 利用前々日まで申出のキャンセル          | 無料                                       |
| 利用前日12時までのキャンセル          | 上記、基本費用の30%(予約日数分)                       |
| 利用前日12時以降のキャンセル          | 上記、基本費用の50%(予約日数分)                       |
| 利用当日のキャンセル               | 上記、基本費用の100%(予約日数分)                      |



