

上富良野町ラベンダーハイツ ショートステイ重要事項説明書 (指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護)

当施設は介護保険の指定を受けています。
(北海道指定 第 0173000068 号)

当事業所はご契約者に対して（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供します。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通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

| | | |
|----|-------------------------|---|
| 1 | 事業者 | 1 |
| 2 | 事業所の概要 | 1 |
| 3 | 職員の配置状況 | 2 |
| 4 | 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 2 |
| 5 | サービス利用に関する留意事項 | 4 |
| 6 | サービス利用をやめる場合(契約の終了について) | 5 |
| 7 | 事故発生時の対応 | 6 |
| 8 | 損害賠償 | 6 |
| 9 | 身体拘束の廃止 | 7 |
| 10 | 高齢者虐待防止について | 7 |
| 11 | 感染症・食中毒の予防について | 7 |
| 12 | 非常災害対策について | 7 |
| 13 | 安全対策と生産性向上について | 7 |
| 14 | 苦情の受付 | 8 |

1 事業者

- (1) 事業者名 上富良野町
(2) 事業者住所 空知郡上富良野町大町2丁目2番11号
(3) 電話番号 0167-45-6400
(4) 代表者氏名 上富良野町長
(5) 設立年月 平成8年8月

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所 平成12年4月1日
指定介護予防短期入所生活介護事業所 平成18年4月1日
北海道指定第0173000068号

※当事業所は上富良野町ラベンダーハイツ特別養護老人ホームに併設されています。

(2) 事業所の目的

介護保険法令に従いご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に、(介護予防)短期入所生活介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 上富良野町ラベンダーハイツ
(4) 事業所の所在地 空知郡上富良野町西1線北24号
(5) 電話番号 0167-45-2300

(6) 当事業所の運営方針

事業所の短期入所生活介護等は、要介護者等の特性を踏まえて、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入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上世話、及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り支援する。

(7) 営業日及び営業時間

| | |
|------|--------------|
| 営業日 | 年中無休 |
| 受付時間 | 毎日8:30~17:15 |

- (8) 利用定員 10名

(9) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

| 居室 | 室数 | 設備の種類 | 室数 | 備考 |
|------|----|-------|----|---------|
| 1人部屋 | 6室 | 食堂 | 1室 | |
| 2人部屋 | 2室 | 機能訓練室 | 1室 | |
| | | 浴室 | 2室 | 一般浴・機械浴 |
| 合計 | 8室 | 医務室 | 1室 | |

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

3 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して（介護予防）指定短期入所生活介護のサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種 | 常勤換算 | 指定基準 | 業 務 内 容 |
|-------------------------|------------|------------|---------------------------------------|
| 1 施設長(管理者) | 1名 | 1名 | |
| 2 介護職員 | 18名 | 18名 | 日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。 |
| 3 生活相談員 | 1名 | 1名 | 日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。 |
| 4 看護職員 | 2名 | 2名 | 健康管理や療養上の世話を行います が、日常生活上の介護等も行います。 |
| 5 機能訓練指導員 (看護職員兼務) | 看護職員 兼務 | 看護職員 兼務 | ご利用者の機能訓練を担当します。 |
| 6 介護支援専門員 (生活相談員等兼務) | 1名 | 1名 | ご利用者の施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。 |
| 7 医師(嘱託医) | 1名 | 1名 | 健康管理及び療養上の指導を行います。 |
| 8 栄養士 | 1名 | 1名 | 献立作成及び給食記録を行います。 |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(週 38 時間 45 分)で除した数です。

☆併設の特別養護老人ホーム（定員 50 名）に必要な職員を含めた配置状況となっております。

〈主な職種の勤務体制〉

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|--------|---|
| 1 医 師 | 毎週火曜日・毎週金曜日 |
| 2 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早出 7:00～15:45 3名 日勤 9:00～17:45 1名 遅出 10:30～19:15 3名 夜勤 16:00～ 9:00 2名 |
| 3 看護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早出 8:15～17:00 1名 日勤 9:30～18:15 1名 |

※土・日・祝日は、上記と異なります。

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- | | |
|---|--------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 | があります。 |
|---|--------|

(※料金については、別紙1料金表を参照)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食 事

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 朝食 7:45 ~、昼食 12:00~、夕食 17:45~

②入 浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排 泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービスの利用料金〉

別記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)を支払ってください。(サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。)

〈介護給付サービス加算等〉

次の加算が算定されます。

- ・夜勤職員配置加算
- ・サービス提供体制強化加算
- ・介護職員処遇改善加算
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算

条件が該当する際に算定～送迎加算、機能訓練体制加算、個別機能訓練加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算、若年性認知症利用者受入加算、認知症専門ケア加算、専従機能訓練指導員配置加算、看護体制加算、医療連携強化加算、緊急入所受入加算、長期利用者減算、療養食加算、在宅中重度者受入加算、介護職員等特定処遇改善加算新)、(新)生活機能向上連携加算 (I) (II)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

ご利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲にて負担していただきます。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につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担となります。

②居住に要する費用（光熱水費）

この施設及び設備を利用し滞在されるにあたり、多床室利用の方には光熱水費相当額を、個室利用の方には、室料及び光熱水費ご負担していただきます。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につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担となります。

③理容サービス

月に1回、理容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。利用料金：実費(北海道理容組合規定以内)をいただきます。

④レクリエーション行事

希望によりレクリエーション行事に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

オムツ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません

⑥ご利用者の移送に係る費用

ご利用者の移送サービスを行います。通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

町内全域1回のご利用につき 440円（入退所を除く）

10km未満(片道) 2,400円

10km以上(片道) 4,800円

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、当月分を翌月指定日までにお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前にご利用者の都合により、(介護予防)短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により契約者の希望する機関にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。
- ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

5 サービス利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、刃物などの危険物、ペット、大きな家具等は原則として持ち込むことができません。

(2) 面会

面会時間 8:30～19:00

来訪者は、必ず職員に届け出てください。持込み品は職員に連絡してください。

(3) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(4) 喫煙 施設内の指定場所以外での喫煙はできません。

6 サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

- ④ 滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ 契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください。)
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照ください。)

(1) ご契約者の解除・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解除することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご利用者が入院された場合
- ③ ご利用者のケアプランが変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけるおそれがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご利用者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7 事故発生時の対応について

当事業所において、サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに家族等への連絡等必要な措置を講じるとともに、事故の状況や対応を記録し、事故発生の原因分析・再発防止の検討を行います。必要に応じ関係機関へ報告し、再発防止のための助言や指導を受ける場合があります。

8 損害賠償について（契約書第14条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご利用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いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

9 身体拘束の廃止について

サービス提供にあたっては、利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

10 高齢者虐待防止について

当施設は、別途定める「高齢者虐待防止に関する指針」に基づき、全職員を挙げて虐待の防止に努めます。

11 感染症・食中毒の予防について

当施設は、別途定める「感染症・食中毒の予防及び蔓延の防止の為の指針」に基づき、感染症や食中毒の予防と蔓延の防止に努めます。万が一、クラスターが発生した場合でも、別途定めるBCP（事業継続計画）により本事業が継続できるように努めます。

12 非常災害対策について

当施設は、「消防計画」に沿って各種訓練（避難誘導・通報・消火等）を、各項目2回以上行います。また、別途定めるBCP（事業継続計画）により、大規模な災害や感染症が発生した場合でも、出来る限り事業が継続できる様に努めます。

13 安全対策と生産性向上について

当施設は、施設の課題を抽出及び分析した上で、状況に応じた必要な対応策を検討し、入所者の尊厳や安全性を確保しながら継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に努めます。

14 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付（契約書第 22 条参照）

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付けます。

- ・ 苦情受付窓口 [担当者]
[職名] 次長
- ・ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15（土日祝日を除く）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|----------------------------|-------------------------------|
| 上富良野町役場 保健福祉課 高齢者支援班 | 所在地：上富良野町大町 2 丁目 8 番 4 号（かみん） |
| | 電話番号：0167-45-6987 |
| | 受付時間：8:30～17:00(土日祝を除く) |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地：札幌市中央区南 2 条 14 丁目 |
| | 電話番号：011-231-5161 |
| | 受付時間：9:00～17:00(土日祝を除く) |
| 北海道社会福祉協議会 | 所在地：札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 |
| | 電話番号：011-241-3979 |
| | 受付時間：9:00～17:00(土日祝を除く) |

1.1 第三者による評価の実施状況 有・

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

上富良野町ラベンダーハイツ

説明者職名

氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）サービスの提供開始に同意しました。

住所

氏名

サービス利用料金表

令和 6 年 4 月 1 日改定

〔短期入所専用居室利用の場合〕

1 介護給付サービスによる料金

(通常は自己負担 1 割、介護保険負担割合証に記載の割合を適用)

(1) 基本部分

(1日あたり、自己負担 1 割の場合) (円)

| 介護度 1 割 自己負担分 | | 予防給付 | | 介 護 給 付 | | | | |
|---|-----|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
| 介護 サービス費 | 個 室 | 451 | 561 | 603 | 672 | 745 | 815 | 884 |
| | 多床室 | 451 | 561 | 603 | 672 | 745 | 815 | 884 |
| 夜勤職員配置加算(Ⅲ) | | — | — | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| サービス提供体制 強化加算(Ⅰ) | | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| 介護職員処遇改善 加算(Ⅰ)及び 介護職員等ベース アップ等支援加算 | | 上記とその他の加算を含めた額に 8.3%、1.6%が加算となります (合計 9.9%)。 | | | | | | |

*他に看護体制加算や在宅中重度加算等がありますが、これらの加算を算定する場合や加算の区分等に変更ある時は事前に通知します。

(2) その他の加算

| 項 目 | 加 算 の 条 件 | 1 割自己負担額 |
|---------|---------------------------|--|
| ①送迎加算 | 施設で送迎を行った場合 | (片道) 184 円 |
| ②療養食加算 | 医師の指示に基づく療養食を提供した場合 | (1食あたり) 8 円 |
| ③緊急受入加算 | 計画的でない短期入所生活介護を緊急に受け入れた場合 | (1日あたり) 90 円入所から 7 日まで。やむを得ない事情は 14 日まで。 |

*療養食は、医師の食事せんに基づき糖尿病、腎臓病、肝臓病、胃潰瘍、貧血、膵臓病、脂質異常症、痛風にかかる特別食及び特別な場合の検査食を提供した場合。

2 介護保険の給付対象とならないサービス

(1) 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

(1日あたり)

| | 通 常 (第 4 段階) | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 | | | |
|------------|-----------------|-----------------------|--------|---------|---------|
| | | 第 1 段階 | 第 2 段階 | 第 3 段階① | 第 3 段階② |
| 個室・ 多床室 | 1,445 円 | 300 円 | 600 円 | 1,000 円 | 1,300 円 |

*三食提供の場合。朝食 366 円・昼食 577 円・夕食 502 円で、提供した分が請求対象となります。

*個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は別途負担となります。

(2) 居住(滞在)に要する費用(光熱水費と室料相当額) (1日あたり)

| | 通常 (第4段階) | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 | | |
|-----|--------------|-----------------------|-------|--------|
| | | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階①② |
| 個室 | 1,171 円 | 320 円 | 420 円 | 820 円 |
| 多床室 | 855 円 | 0 円 | 370 円 | 370 円 |

(3) その他のサービス

①日用品費……実費

②理髪サービス……実費

③レクリエーション行事……実費

④移送サービス(入退所で自宅への送迎を除く)

……町内1回 440 円、町外(10km以上) 1回 4,800 円(10km未満は2,400 円)

*オムツの代金は、利用料に含まれております。

◎標準的な自己負担額(利用者負担第4段階で1割負担の方)

〔個室利用の場合〕

(1日あたり)(円)

| 介護度 | 予防給付 | | 介護給付 | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
| ① 介護サービス費 加算込(1割負担分) | 473 | 583 | 645 | 709 | 782 | 852 | 921 |
| ② 食費 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 |
| ③ 滞在費 | 1,171 | 1,171 | 1,171 | 1,171 | 1,171 | 1,171 | 1,171 |
| 計 | 3,089 | 3,199 | 3,261 | 3,325 | 3,398 | 3,468 | 3,537 |
| 処遇改善加算及び介 護職員等ベースアッ プ等支援加算込 (概算) | 3,136 | 3,257 | 3,325 | 3,395 | 3,475 | 3,552 | 3,628 |

〔多床室利用の場合〕

(1日あたり) (円)

| 介護度 | 予防給付 | | 介 護 給 付 | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
| ① 介護サービス費 加算込(1割負担分) | 473 | 583 | 645 | 709 | 782 | 852 | 921 |
| ② 食費 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 |
| ③ 居住費 | 855 | 855 | 855 | 855 | 855 | 855 | 855 |
| 計 | 2,773 | 2,883 | 2,945 | 3,009 | 3,082 | 3,152 | 3,221 |
| 処遇改善加算及び 介護職員等ベースア ップ等支援加算込 (概算) | 2,820 | 2,941 | 3,009 | 3,079 | 3,159 | 3,236 | 3,312 |

*加算分=夜勤職員配置加算(介護給付のみ)とサービス提供体制強化加算

*施設で送迎した場合、片道184円(+処遇改善加算)がプラスとなります。

*食費は三食提供の場合。食費・居住費の通常額(第4段階の方)は、国が示した基準費用額と同額の設定です。

〔介護老人福祉施設 空床利用の場合〕

1 介護給付サービスによる料金

(通常は自己負担1割、介護保険負担割合証に記載の割合を適用)

(1) 基本部分

(1日あたり、自己負担1割の場合) (円)

| 介護度 | 予防給付 | | 介 護 給 付 | | | | |
|---|-----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
| 1割 自己負担分 | | | | | | | |
| 介護サービス費 | 451 | 561 | 603 | 672 | 745 | 815 | 884 |
| 夜勤職員配置加算(Ⅲ) | — | — | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| サービス提供体制 強化加算(Ⅰ) | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| 看護体制加算(Ⅰ) | — | — | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 介護職員処遇改善 加算(Ⅰ)及び介護 職員等ベースア ップ等支援加算 | 上記とその他の加算を含めた額に8.3%、1.6%が加算となります。 | | | | | | |

*介護サービス費は、多床室利用扱いとなります。

*他に看護体制加算や在宅中重度加算等がありますが、これらの加算を算定する場合や加算の区分等に変更ある時は事前に通知します。

(2) その他の加算

| 項 目 | 加 算 の 条 件 | 1 割自己負担額 |
|---------|---------------------------|--|
| ①送迎加算 | 施設で送迎を行った場合 | (片道) 184 円 |
| ②療養食加算 | 医師の指示に基づく療養食を提供した場合 | (1回あたり) 8 円 |
| ③緊急受入加算 | 計画的でない短期入所生活介護を緊急に受け入れた場合 | (1日あたり) 90 円 入所から7日まで。 やむを得ない事情は14日まで。 |

*療養食は、医師の食事せんに基づき糖尿病、腎臓病、肝臓病、胃潰瘍、貧血、膵臓病、脂質異常症、痛風にかかる特別食及び特別な場合の検査食を提供した場合。

2 介護保険の給付対象とならないサービス

(1) 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費) (1日あたり)

| | 通 常 (第4段階) | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 | | | |
|--------|---------------|-----------------------|-------|---------|---------|
| | | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② |
| 個室・多床室 | 1,445 円 | 300 円 | 600 円 | 1,000 円 | 1,300 円 |

*三食提供の場合。朝食 366 円・昼食 577 円・夕食 502 円で、提供した分が請求対象となります。

*個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は別途負担となります。

(2) 居住(滞在)に要する費用(光熱水費と室料相当額) (1日あたり)

| 通 常 (第4段階) | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 | | |
|---------------|-----------------------|-------|--------|
| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階①② |
| 855 円 | 0 円 | 370 円 | 370 円 |

*多床室利用扱いとなります。

(3) その他のサービス

- ①日用品費…実費
- ②理髪サービス…実費
- ③レクリエーション行事…実費
- ④移送サービス(入退所で自宅への送迎を除く)
 - …町内1回 440 円、町外(10km以上) 1回 4,800 円(10km未満は2,400 円)

*オムツの代金は、利用料に含まれております。

◎標準的な自己負担額（利用者負担第4段階で1割負担の方・多床室利用）

（1日あたり）（円）

| 介護度 | 予防給付 | | 介護給付 | | | | |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
| ①介護サービス費 （①～④は1割負担分） | 451 | 561 | 603 | 672 | 745 | 815 | 884 |
| ② 夜勤職員配置加算 （Ⅲ） | — | — | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| ③ サービス提供体制 強化加算（Ⅰ） | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| ④ 看護体制加算Ⅰ | — | — | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ⑤ 食事の提供に要す る費用 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 | 1,445 |
| ⑥ 滞在に要する費用 | 855 | 855 | 855 | 855 | 855 | 855 | 855 |
| 計 | 2,773 | 2,883 | 2,945 | 3,009 | 3,082 | 3,152 | 3,221 |
| 処遇改善加算及び介護 職員等ベースアップ等 支援加算込（概算） | 2,820 | 2,941 | 3,009 | 3,079 | 3,159 | 3,236 | 3,312 |

*施設で送迎した場合、片道 184 円（+処遇改善加算）がプラスとなります。

*食費は三食提供の場合。食費・居住費の通常額（第4段階の方）は、国が示した基準費用額と同額の設定です。

R6.4