

# 特別養護老人ホーム ヒルズ鎌倉

## 重要事項説明書

当施設は、ご入居者に対して介護老人福祉施設サービスを提供いたします。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 施設の概要
4. 職員の配置状況
5. サービスの内容
6. 利用料金について
7. 入退居について
8. 入居中の医療の提供について
9. 身体拘束防止について
10. 虐待防止について
11. 事故発生時の対応について
12. 緊急時の対応について
13. 秘密保持と個人情報の保護について
14. 非常災害対策
15. 苦情の受付について
16. 損害賠償について
17. その他、留意いただく事項
  - (別表1) サービスの利用料金
  - (別表2) 負担限度額の設定及び段階別料金表
  - (別表3) 随時負担していただく費用
  - (別表4) 介護保険の給付対象とならないサービス及び利用料金の支払い方法

## 1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人桜栄福祉会  
(2) 法人所在地・連絡先 【住所】神奈川県鎌倉市山崎793番地  
【電話】(0467)46-0055  
(3) 代表者 理事長 村田 有里紗  
(4) 設立年月日 平成27年7月27日

## 2 ご利用施設

- (1) 施設の種類 ユニット型指定介護老人福祉施設  
神奈川県指定第1472103231号

### (2) 施設の目的

社会福祉法人桜栄福祉会が開設する特別養護老人ホーム（ユニット型指定介護老人福祉施設）ヒルズ鎌倉の運営及び利用について人員並びに管理運営に関する必要な事項を定め、施設の職員が要介護状態にあるご入居者に対し、適正な介護老人福祉サービスを提供することを目的とします。

### (3) 運営方針

○当施設は、ご入居者の意思及び人格を尊重して、常にご入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

○当施設は、ユニットごとにおいて、施設サービス計画に基づき、ご入居者の居宅における生活への復帰を念頭におき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて、日常生活の介護、生活相談及び援助、日常生活動作の機能訓練、栄養管理、衛生管理、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、ご入居者が相互に社会的関係を築き、自立した日常生活を営むことを支援いたします。

○当施設は、地域や家庭との結び付きを重視しながら運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設及びその他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

- (4) 施設 の 名 称 特別養護老人ホーム ヒルズ鎌倉  
(5) 施設の所在地・連絡先 【住所】神奈川県鎌倉市山崎793番地  
【電話】(0467)46-0055  
(6) 施設長 池田 みさを  
(7) 開設年月日 平成30年3月1日  
(8) 入居定員 90名

## 3 施設の概要

### (1) 構造等

総敷地面積	6758.15㎡
建物構造	鉄筋コンクリート造 3階建
延べ床面積	4179.46㎡

(2) 併設事業 当施設では、次の事業を併設して実施。

【短期入居生活介護】定員10名

(3) 居室と主な設備

居室の種類・設備	室数	面積(一人あたりの面積)	備考
居室(個室) 洗面設備	90室	11.67~12.57㎡	ユニット型(個室) 1ユニット10室 計9ユニット90室
共同生活室	8室	40.78㎡	1ユニット1室
便所	24室	2.48~3.82㎡	ウォシュレット設備 ナースコール呼出し
浴室	9室	個浴4.8㎡機械浴21.12㎡	機械浴槽2台設置
医務室	1室	15.40㎡	
機能訓練室	1室	34.10㎡	
相談室	1室	11.43㎡	

※居室の変更 ご入居者から居室の変更希望の申し出があった場合、居室の空き状況により施設でその可否を決定いたします。又、ご入居者の心身の状況等により、居室を変更する場合があります。その際には、予めご入居者及びご家族等と協議のうえ決定するものといたします。

#### 4 職員の配置状況(2025年4月1日現在)

職員の職種	区分		常勤換算後の人数	基準上の必要数	勤務体制
	常勤	非常勤			
施設長	1名		1.0名	1名	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤で勤務
医師		1名		必要数	毎週水曜日
生活相談員	1名		1.0名	常勤1名以上	日勤(9:00~18:00)
介護支援専門員	2名	1名	2.5名	常勤1名以上	日勤(9:00~18:00)
事務職員	3名		3.0名	相当数	日勤(9:00~18:00)
機能訓練指導員	1名	1名	1.0名	1名以上	日勤(9:00~18:00)
管理栄養士	1名	2名	1.0名	1名以上	日勤(9:00~18:00)
調理補助職員		3名	3.0名	相当数	6:00~20:00
介護・看護職員	看護師	1名	3名	5名	看介護職員の数が3又はその端数を増すごとに1名 日勤(9:00~18:00) 遅勤(11:00~20:00) 夜間については、オンコール体制で、緊急時に備えます。 早勤(7:00~16:00) 日勤(9:00~18:00) 遅勤(11:00~20:00) 夜勤(16:30~9:30)
	准看護師	1名	2名	3名	
	介護福祉士	18名	6名	24名	
	実務者研修修了者	3名	1名	4.5名	
	初任者研修修了者	7名	4名	11名	
その他	3名	8名	11名		
営繕その他職員	0名	2名	2名	相当数	日勤(9:00~18:00)

※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（40 時間）で除した数です。

## 5 サービスの内容

当施設では、ご入居者に対して下記のサービスを提供いたします。  
利用料金及びお支払い方法については、別表をご確認ください。

### 【介護保険給付対象サービスの内容】

#### （１）食事

朝食	7時45分～	9時00分
昼食	11時45分～	13時00分
夕食	17時45分～	19時00分

当施設では、栄養並びに心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。  
献立表は共同生活室に表示し、食べられないものやアレルギー等ある方のご相談に応じます。又、ご入居者ご家族との食事等場所についてもご相談に応じます。  
生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供すると共に、心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保いたします。

#### （２）排泄

状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

#### （３）入浴

週2回の入浴又は清拭を行います。

寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。

#### （４）離床、着替え、整容等

寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮いたします。

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。

シーツ交換は週1回実施します。

#### （５）口腔衛生管理及び健康管理

協定先の協力医療機関の歯科医師または歯科衛生士や看護職員が、健康管理を行います。

#### （６）生活相談

生活相談員に、心身の状況や日常生活に関することを含めてご入居者とそのご家族からご相談いただけます。

#### （７）レクリエーション等

当施設では、次のような娯楽設備を整えております。

○クラブ活動

○季節行事

#### （８）機能訓練

機能訓練指導員によりご入居者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

### 【介護保険の給付対象とならないサービス】

以下のサービスは、利用料金の全額がご入居者の負担となります。  
利用料金及びお支払い方法については、別表をご確認ください。

#### (1) 食費

栄養士の立てる献立表により、栄養とご入居者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供いたします。

#### (2) 居住費

全室ユニット型個室となっております。  
入院、外泊された場合も算定されます。

#### (3) 理美容サービス

理容師・美容師の出張による理髪・美容サービスをご利用いただけます。

#### (4) クラブ活動・レクリエーション

ご入居者の希望により、クラブ活動やレクリエーションにご参加いただけます。

#### (5) 複写物の交付

ご入居者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧いただけます。  
複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

#### (6) 私物電気代

テレビ等をご持参することができます。

#### (7) 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入居者の日常生活に要する費用でご入居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。但し、おむつ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 利用料金について

(1) 利用料金及びお支払方法については、別表をご確認ください。

(2) 料金の変更について

介護保険関係法令の改正等により料金に変更になる場合は、事前にご説明をし、ご承諾いただきます。

## 7 入退居について

(1) 入居について

所定の入居申込書を提出し申し込みください。その際、申込書の内容に基づいたご入居者の状況について聞き取りをいたします。居室に空きがない場合は、入居が可能な時期まで待機いただきます。

入居に当たっては、サービス提供に係る重要事項を説明のうえ、契約を結び、サービスの提供を開始いたします。契約の有効期間は要介護認定の期間と同じになります。ただし、入居要件が満たされていれば、自動更新いたします。

(2) 退居について

○ご入居者のご都合で退居される場合

契約の有効期間であっても、ご入居者は、当施設からの退居をお申し出いただけます。その場合には、30日以上予告期間をおいて解約届出書をご提出ください。

○自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご入居者が他の介護保険施設に入居した場合(例えば、老人保健施設、療養型病床施設)…その翌日
- ・介護保険給付でサービスを受けているご入居者の要介護認定区分が、非該当(自立)又は要支援及び要介護2以下と認定された場合。

※この場合、所定の期間の経過をもって退居していただくこととなります。

- ・ご入居者がお亡くなりになった場合若しくは被保険者資格を喪失した場合…その翌日

○文章による契約の解除

下記の場合に関しては、ご入居者に対し、30日間に期間を定め、その理由を付して契約の解除について文章で予告いたします。

- ・ご入居者が、サービス利用料金の支払を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。
- ・ご入居者の身体、精神、および疾患等の状態変化により、施設において通常想定される対応の範囲を超える介護・医療等の行為が必要とされる場合。
- ・ご入居者やご家族による、施設や施設職員等または他のご入居者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。

○その他

- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖、又は縮小する場合、契約を終了し、退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに、文書で通知いたします。
- ・ご入居者が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合または入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知のうえ、契約を終了させていただき場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出ください。

## 8 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご入居者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。又、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

ご入居者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずる他、救急車等での搬送により、医療機関での受診を行います。ご家族の方に速やかに連絡いたします。

○囑託医

医療機関の名称	所在地
ごうファミリークリニック	鎌倉市城廻48-1

○協力医療機関

医療機関の名称	所在地
医療法人沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院	鎌倉市岡本1370番1
医療法人湘和会 湘南記念病院	鎌倉市笛田2丁目2-60
ふれあい鎌倉ホスピタル	鎌倉市御成町9-5
医療法人eモール歯科	横浜市瀬谷区二ツ橋町309-1 2階

※緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡いたします。

## 9 身体拘束防止について

- 1 当施設では、施設サービスの提供にあたって、ご入居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ご入居者の身体を拘束する行為を行わない。緊急やむを得ない場合とは、次の三つの要件を全て満たしていると判断された場合に限ります。

① 切迫性…ご入居者本人、又は他のご入居者の生命、又は身体が危険にさらされる可能性が高いこと。

- ② 非代替性…身体拘束、その他の行動制限を行う以外に、代替する方法がないこと。
  - ③ 一時性…身体拘束、その他の行動制限が、一時的なものであること。
- 緊急やむを得ない場合に該当するか否かの判断は、各部署が集まり検討した上で判断します。その後、ご入居者本人やご家族に対して、身体拘束の内容・理由・拘束の時間や期限等を明記した文章をもって、説明と同意をいただきます。又、身体拘束を行っている期間中でも定期的に見直しを行い、それを記録とします。

- 2 前項のやむを得ず身体拘束等を行う場合には、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を記録する。
- 3 身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。
  - (1) 身体拘束等の適正化の為の対策を検討する委員会を3月に1回以上開催すると共に、その結果について介護職員その他の従業員に周知徹底を図る。
  - (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
  - (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施する。

**10 虐待防止について**

当施設は、ご入居者等の人権の擁護・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、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (2) 成年後見制度の利用を支援いたします。
- (3) サービス提供中に、当該施設職員または養護者（ご入居者のご家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (4) 職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、職員がご入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

**11 事故発生時の対応について**

施設は、サービス提供中に事故が発生した場合には、ご家族、協力病院、関係機関へ迅速に報告・連絡を行う等の必要な措置を講じ、協議して対応します。又、事故の状況及び事故に際してとった処理等について記録し、その原因を解明し再発を防止する対策を講じます。

**12 緊急時の対応について**

ご入居者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①			
氏名		続柄	
電話番号	自宅（携帯）：	勤務先：	
緊急連絡先②			
氏名		続柄	
電話番号	自宅（携帯）：	勤務先：	

1 身体の状態の急激な変化等で緊急に職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜問わず24時間体制でオンコール等により職員の対応を求めることができる。現にサ

- サービスの提供を行っているときに入居者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ配置医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定める。
- 2 職員はオンコール等でご入居者から緊急対応要請があった場合は、速やかに対応を行うものとする。
  - 3 ご入居者が契約時に予め緊急連絡先を指定している場合は、医療機関への連絡と共に、緊急連絡先へ連絡を併せて行い、救急車への対応を行うものとする。
  - 4 現にサービスの提供を行っているときに入居者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ配置医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定める。

### 1.3 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 職員及び職員であった者は、職員である間及び職員でなくなった後においても正当な理由がなくその業務上知り得たご入居者及びご家族の秘密は漏らしません。
- (2) ご入居者又はご家族の個人情報を提供する場合には、あらかじめ同意を得た上でのみ行います。

### 1.4 非常災害対策

- (1) 災害時の対応  
防災マニュアルに従い、迅速に対応いたします。
- (2) 防火設備  
消火器、非常用照明、避難誘導灯等、必要な設備を整備いたします。
- (3) 防火管理者
  - 1 施設は、非常災害時には、ご入居者の安全第一を優先し、迅速適切な対応に努めるものとする。
  - 2 施設は、常に非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備しておくと共に、定期的に必要な訓練を行うものとする。
  - 3 備蓄食料品は最低3日間以上とする

### 1.5 苦情の受付について

#### ○当施設における苦情の受付

苦情相談受付窓口（担当者） 相談課	電話番号 0467-46-0055 受付時間 9:00~18:00
----------------------	--------------------------------------

施設は、施設サービスに関するご入居者からの苦情に迅速かつ適切に対応する為に苦情受付窓口を設置し、苦情を受け付けた時には速やかに事実関係を調査すると共に、対応の結果についてご入居者に報告するものとする。又、当該苦情の内容等を記録に残さなければならない。

#### ○公的機関における苦情の受付

鎌倉市役所 鎌倉市健康福祉部介護保険課	電話番号 0467-61-3950 受付時間 9:00~17:00 (土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く)
神奈川県国民健康保険団体連合会	電話番号 045-329-3447 受付時間 8時30分~17時15分 (土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く)



## 16 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入居者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。但し、損害の発生について、ご入居者に故意又は過失が認められた場合、またはご入居者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額する場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

## 17 その他、留意いただく事項

当施設のご利用にあたり、施設に入居されているご入居者との共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記事項をお守りください。

### (1) 持ち込みの制限

入居にあたり、ペット、危険物は持ち込むことができません。

### (2) 面会

面会時間 9:00～18:00

※面会時間に関しては、感染予防対策により変更することがございます。

※面会者は、面会簿に記入してください。

※飲食物の持ち込みをされる場合、必ず職員にお知らせください。

### (3) 外出・外泊

外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間、食事の有無など必要なことを職員にお申し出ください。

また外泊・外出届の提出をお願いいたします。

### (4) 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ご利用してください。
  - ・故意に、又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、ご入居者の自己負担により現状に復していただくか、又相当の代価をお支払いいただきます。
  - ・ご入居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、ご入居者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合は、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。
  - ・当施設の職員や他のご入居者に対し、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。
  - ・喫煙  
健康上、受動喫煙防止のため施設内での喫煙は全面禁止となっております。
  - ・テレビ、ラジオ、オーディオ等を視聴する場合は、他のご入居者の迷惑にならないようイヤフォン等の使用をお願いする場合があります。
-

介護老人福祉施設入居にあたり、ご入居者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

ユニット型指定介護老人福祉施設  
特別養護老人ホーム ヒルズ鎌倉  
説明者所属・職名  
氏名

印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の交付を受け、説明を受け、同意をしました。

ご入居者

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、ご入居者の意思を確認したうえで、上記署名を代行しました。

署名代行者 (続柄: \_\_\_\_\_)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 (続柄: \_\_\_\_\_)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・押印し、それをもって契約開始となる

## 1. サービスの利用料金 (30 日分)

内 訳	月額利用料				
居住費	82,800 円 (日額 2,760 円)				
食 費	65,130 円 (日額 2,171 円)				
介護保険	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
(1 割負担)	28,980 円	31,536 円	34,276 円	36,870 円	39,389 円
(2 割負担)	57,960 円	63,072 円	68,552 円	73,740 円	78,778 円
(3 割負担)	86,940 円	94,608 円	102,828 円	110,610 円	118,167 円
合計 (1 割)	176,910 円	179,466 円	182,206 円	184,800 円	187,319 円
合計 (2 割)	205,890 円	211,002 円	216,482 円	221,670 円	226,708 円
合計 (3 割)	234,870 円	242,538 円	250,758 円	258,540 円	266,097 円

上記の料金表に含まれています。

- ① 看護体制加算 I 口
- ② 看護体制加算 II 口
- ③ 栄養マネジメント強化加算
- ④ 日常生活継続支援加算 II
- ⑤ 夜勤職員配置加算 II 口
- ⑥ 個別機能訓練加算 (I)
- ⑦ 個別機能訓練加算 (II)
- ⑧ 個別機能訓練加算 (III)
- ⑨ 生活機能向上連携加算 (II)
- ⑩ 科学的介護推進体制加算 (II)
- ⑪ 自立支援促進加算
- ⑫ 褥瘡マネジメント加算 (I)
- ⑬ 排泄支援加算 (I)
- ⑭ 協力医療機関連携加算
- ⑮ 生産性向上推進体制加算 (I)
- ⑯ 介護職員等処遇改善加算 (I) などをご負担いただきます。  
(職員体制により加算の変更をさせて頂く場合がございます。)

---

ご入居者に対し、常勤の看護師を1名以上の配置体制をとっているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：Ⅰ口=4単位

②看護体制加算Ⅱ口

看護職員の数が、定められた人員基準の人数に1を加えた数以上配置され、また看護職員と24時間連絡できる体制を確保しているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：Ⅱ口=8単位

③栄養マネジメント強化加算

規定以上の管理栄養士を配置のもと個々に低栄養状態のリスクを把握し、リスクの高い方へは定期的にミールラウンドを行なうなど栄養マネジメントを行なう。また計画書の内容を厚生労働省へ提出し、それに対するフィードバックを活用した場合、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：11単位

④日常生活継続支援加算Ⅱ

在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方や認知症である方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た場合に1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：Ⅱ=46単位

⑤夜勤職員配置加算Ⅱ口

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ため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：Ⅱ口=18単位

⑥個別機能訓練加算（Ⅰ）

常勤の機能訓練指導員が個別機能訓練計画書を作成し、個別機能訓練を行なった場合、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：Ⅰ=12単位

⑦個別機能訓練加算（Ⅱ）

個別機能訓練計画の内容等を厚生労働省に提出し、それに対するフィードバックを個別機能訓練に活用しているため、1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：20単位

⑧個別機能訓練加算（Ⅲ）

個別機能訓練加算（Ⅱ）口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、理学療法士等が内容・情報共有・実施し、口腔の健康状態、栄養状態に関する情報を踏まえ計画の見直しを行い、内容について関係職種間で共有している場合、

1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：20単位

⑨ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）

リハビリテーションを実施している医療機関のリハビリ専門職または医師が施設を訪問し、共同して個別機能訓練計画書を作成しているため、1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：100単位（個別機能訓練加算を算定しない時は200単位）

⑩ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の症状その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出するため、1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：60単位

⑪ 自立支援促進加算

医師が自立支援のために必要な医学的評価を入所時、その後6月に1回評価します。評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、それに対するフィードバックをサービス提供に活用するため、1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：280単位

⑫ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）

施設入所時に褥瘡の有無を確認、褥瘡の発生とリスクを評価し、3か月に1回評価。

評価の結果を厚生労働省に提出し、褥瘡管理に必要な情報を活用する。褥瘡が認められリスクの高い方は全職種が共同で褥瘡ケア計画作成し定期的に記録し、3か月に1回褥瘡ケア計画を見直しているため、1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：3単位

⑬ 排泄支援加算（Ⅰ）

要介護状態の軽減の見込みについて、医師、看護師が入所時に評価し3か月1回評価し厚生労働省に提出。排泄支援の実施の為に情報を活用する。適切な対応により要介護状態の軽減が見込まれるものに医師、看護師介護支援専門員、その他の者が共同して原因を分析し支援計画を作成、継続して実施し、3か月に1回計画を見直しているため1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：10単位

⑭ 協力医療機関連携加算

複数の協力医療機関を協力医療機関として定めていることにより病状の急変において医師、看護師が相談対応を行う体制を常時確保し、施設からの診療の求めに対し診療を行う体制を常時確保でき、入院を要する場合原則入院を受け入れる体制を確保しているため1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：50単位

⑮ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

利用者様の安全、介護サービスの質の向上、職員の負担軽減の方針を委員会で検討し、定期的実施の確認をしている。介護機器の活用、点検、職員研修の実施、年度ごとに取り組みの実績を厚生労働省に報告をしているため1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：100単位

---

⑯ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護報酬総単位×14%×10.68の1割、2割または3割の料金をお支払いいただきます。

（別表2）

2. 負担限度額の設定

施設サービス等における保険給付の見直しによって、低所得の方のサービス利用が困難にならないよう、所得に応じた負担限度額が設けられ、下記の料金表のように保険給付の対象外となる滞在費や食費の自己負担が軽減されます（利用者負担段階の設定）。なお、第1～第3段階は、介護保険負担限度額認定証が必要となり、交付を受けるためには申請が必要です。

項目		月額	備考		
自己負担分	居住費	第1段階	「介護保険負担限度額認定証」を提示ください	26,400円	生活保護を受けている方または老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方
		第2段階		26,400円	世帯全員が市町村民税非課税の方で課税年金収入金額と非課税年金収入金額の合計が80万円以下の方
		第3段階①②		41,100円	世帯全員が市町村民税非課税の方で課税年金収入金額と非課税年金収入金額の合計が80万円超の方
		上記以外の方		82,800円	
	食費	第1段階	「介護保険負担限度額認定証」を提示ください	10,800円	生活保護を受けている方または老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方
		第2段階		13,500円	世帯全員が市町村民税非課税の方で課税年金収入金額と非課税年金収入金額の合計が80万円以下の方
		第3段階①		21,300円	世帯全員が市町村民税非課税の方で課税年金収入金額と非課税年金収入金額の合計が80万円を超120万円以下の方
		第3段階②		42,600円	世帯全員が市町村民税非課税の方で課税年金収入金額と非課税年金収入金額の合計が120万円超の方
		上記以外の方		65,130円	

### 3. 随時負担していただく費用

#### ○初期加算

- ・新規入居した日から、30日以内の期間（入院・外泊期間を除く）。
- ・30日を越えて病院へ入院し、退院後再び入居となった日から30日以内の期間。

上記の条件については、初期加算の対象となりますので、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：30単位

#### ○安全対策体制加算

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ため、入居月に下記の料金をお支払いいただきます。

料金：20単位

#### ○入院または外泊時の費用

ご入居者が、入院又は外泊をされた場合、不在日数について1日あたりのご利用料は下記の通りとなります。

1ヶ月に6日以内（月をまたぐ場合は最大12日）

介護保険に基づく利用料：246単位

7日目以降

介護保険に基づくご利用料：なし

居住費：負担限度額なしの方は変更ありません。

第1段階から第3段階の方は2006円

#### ○療養食加算

医師の食事箋に基づく療養食（糖尿食・腎臓食・肝臓食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓食・高脂血症食・痛風食・検査食）を、栄養士が管理した場合に、1日3食を限度とし、1食を1回として下記の料金をお支払いいただきます。

料金：6単位／回

#### ○口腔衛生管理加算（Ⅱ）

歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、月2回を超えて口腔ケアを行なう。また口腔衛生等に係る計画書の内容を厚生労働省に提出しこれを有効に活用している場合、1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：110単位

#### ○経口維持加算（Ⅰ）

摂食機能障害があり、誤嚥が認められるご入居者に対し、経口維持計画を作成して経口による継続的な食事の摂取ができるよう栄養管理を行なった場合に1月あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金：400単位

### ○ADL維持加算Ⅰ・Ⅱ

利用会議月とその翌月から6月目に指定評価ツール（Barthel Index）でADL値を測定し厚生労働省に提出します。評価の値が一定値以上の場合、Ⅰ、Ⅱそれぞれ1月あたり単位を算定させていただきます。

料金：Ⅰ=30単位、Ⅱ=60単位

### ○褥瘡マネジメント加算Ⅰ・Ⅱ

下記の条件を満たした場合、1月あたり単位を算定させていただきます。

Ⅰ：褥瘡の発生とリスクについて入居時に評価、その後3ヵ月ごとに評価し、評価結果を厚生労働省に提出します。

Ⅱ：Ⅰに加え、褥瘡のリスクのある入居者に対し褥瘡が発生しない

料金：Ⅰ=3単位、Ⅱ=13単位

### ○排泄支援加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

下記の条件を満たした場合、1月あたり単位を算定させていただきます。

Ⅰ：医師または看護師が要介護状態軽減の見込みについて入居時に評価し、その後6月に1回評価。その内容を厚生労働省に提出しフィードバックを活用する。

Ⅱ：Ⅰに加え、排尿、排便に改善またはおむつ有りから無しに改善。

Ⅲ：Ⅰに加え、排尿、排便に改善かつおむつ有りから無しに改善。

料金：Ⅰ=10単位、Ⅱ=15単位、Ⅲ=20単位

### ○看取り介護加算（Ⅱ）

看取りに関する指針をさだめ、医師、看護職員その他専門職および病院が連携して看取り介護を行なったご入居者に対し該当日数に応じて費用を負担していただきます。

料金：死亡日以前31日以上45日以下： 72単位/日  
死亡日以前4日以上30日以下： 144単位/日  
死亡日前日、前々日： 780単位/日  
死亡日： 1580単位/日

（別表4）

## 4. 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご入居者の負担となります。

### ○食事

ご入居者に提供する食事に係る費用です。下記は1日あたりの料金です。

利用料金：（食材料費1,051円）＋（調理費・光熱費1,120円）＝2,171円

特別食（イベント食等）は実費

### ○居住費

ご入居者が施設利用をするために必要な、1日あたりの室料・光熱費水費相当分に係る費用です。

基準費用額 ユニット型個室 2,760円

### ○理容・美容



月に1回、理美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：実費

○複写物の交付

ご入居者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

白黒コピー1枚10円、カラーコピー1枚50円

○私物電気代

お持ちになられた製品により料金が変わります。

※冷蔵庫・電気ポット・電気アンカ・扇風機等の持込みはご遠慮ください。

電気代A：50円/日（テレビ・電気毛布等）

電気代B：30円/日（加湿器・ラジオ・携帯電話・パソコン等）

○日常生活上必要となる諸費用

ご入居者の日常生活・教養娯楽に要する費用で、ご入居者に負担いただくことが適当であるものに係る費用を、同意を得てから負担いただきます。

利用料金：ご入居者の状態・品目によります。

## 5. 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。

請求書は翌月10日頃までに発送手続きをさせていただき、原則銀行口座からの口座振替とさせていただきます。（振替が不可な場合は、お振込みとなります）

※サービス利用月の翌月28日に引落しさせていただきます。

（該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。）

ケアプラン見直し時期・ケアプラン変更時には、看護・介護記録の開示を致します

おおよそ月額                      ¥    位になります。