重要事項説明書（老人保健施設ハートフルライフ西城）

短期入所療養介護サービス

利用者様に対する短期入所療養介護サービス提供にあたり、当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

１．ご利用施設

名称	医療法人　慈照会　老人保健施設ハートフルライフ西城
所在地	名古屋市西区秩父通２丁目３６番地
都道府県知事許可番号	介護老人保健施設（2350480006）
施設長	越後谷　雄一
電話番号	052（524）6301
ファクシミリ番号	052（524）3185

２．ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人保健施設サービス（短期入所療養介護を含む）	H12 年 4 月 1 日	2350480006	100 床
通所リハビリテーションサービス	H12 年 4 月 1 日	2350480006	40 名
訪問リハビリテーション	H22 年 6 月 1 日	2350480006	―

３．施設の目的と運営の方針

施設の目的	当施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話等の介護老人保健施設サービスを提供することで、利用者様の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、１日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者様が居宅での生活を一日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

運営の方針	高齢者の自立を支援し、その家庭への復帰を目指し、地域との連携に努めて地域に開放された明るく親しみやすいイメージの施設運営を目指しております。又、地域住民の皆様との連携を強化し、利用者様と地域住民の皆様が交流できる環境を整備する事により、高齢者が生きがいのある社会生活を送られることを望んでおります。施設の最大の特徴としては、透析患者様をはじめ､各種疾病を持った方でも定員の許す限り一定期間施設を利用して頂き、在宅復帰後、主治医の指示の基に、短期入所療養介護や通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションで引き続きお手伝いをしたいと思います。

４．施設の概要

敷地		1147.5 ㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造 7 階建
	延べ床面積	4215.1 ㎡
	利用定員	入所 100 名 通所リハビリ 40 名（介護予防含む）

居室	居室の種類	室数	一人あたり面積
	個室	2 室	16.0 ㎡
	二人部屋	7 室	概ね 8.7 ㎡
	四人部屋	21 室	8.0 ㎡以上
共用施設	食堂・機能訓練室・浴室（一般浴室・機械浴室）・談話室・診察室		

５．施設の職員体制

職種	職員人員	うち夜間人員	業務内容
医師	1 名（常勤兼務：管理者と兼務） 1 名（非常勤専従）		利用者の健康管理及び適切な医療処置を行う。
薬剤師	2 名（非常勤専従）		医師の指示により利用者の薬剤の管理・指導を行う。
看護職員	5 名（常勤専従） 1 名（常勤兼務：介護支援専門員と兼務） 18 名（非常勤専従）	1 名	医師の指示により利用者の看護･介護及び健康管理を行う。
介護職員	18 名（常勤専従） 2 名（常勤兼務：通所リハと兼務） 13 名（非常勤専従）	4 名	利用者の日常生活を介護し､支援相談員と協力して生活指導を行う。

職種	職員人員	うち夜間人員	業務内容
支援相談員	1 名（常勤専従）		入退所の事務手続き、利用者及びその家族の処遇上の相談、利用者に対する生活指導、ボランティアの指導並びに地域関連機関との連携を行う。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	3 名（常勤専従） 2 名（常勤兼務：通所リハと兼務） 3 名（常勤兼務：通所リハ・訪問リハと兼務） 1 名（非常勤兼務：通所リハと兼務）		医師の指示により利用者の運動機能及び日常生活動作能力の改善又は維持を図るための機能訓練を行う。
管理栄養士	1 名（常勤専従）		医師の指示により利用者の身体の状態、病状及び嗜好を考慮し、栄養面に配慮した献立作成並びに栄養指導を行う。
歯科衛生士	1 名（非常勤専従）		利用者の口腔疾患の予防及び口腔衛生の向上。また多職種と連携し口腔機能の維持向上を図る。
介護支援専門員	1 名（常勤兼務：看護職員と兼務） 1 名（非常勤兼務：通所リハ支援相談員と兼務）		利用者の要介護認定のための訪問調査並びに施設サービス計画の作成業務を行う。
事務職員	3 名（常勤専従） 1 名（常勤兼務：通所リハと兼務）		事務関係の処理を行う。

6．施設サービスの概要と利用料(法定代理受領を前提としています。「施設利用料のご案内」をご参照ください)

（1）介護報酬の告示上の額（ただし、法定代理受領の場合は施設サービス基準額の 1 割相当、法定代理受領でない場合は、施設サービス基準額相当額です。）

＊所得などの状況から負担軽減策が国で定められております。(詳しくは、ご相談下さい)

＊平成３０年 8 月から一定以上の収入がある方は、現行の 1 割負担、もしくは 2 割から 3 割負担へと変更になります。

（2）介護保険証の確認

一　説明を行うに当り、事前に利用者様の介護保険証を確認させて頂きます。

二　サービス利用時は、毎月 1 回及び介護保険証変更時毎の確認をさせて頂きます。

三　平成 27 年 8 月から『介護保険負担割合証』につきまして、利用料請求に関わってまいりますので、毎月 1 回確認させて頂きます。

（3）介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内　　容
施設サービス計画の立案	利用者様の有する能力や置かれている環境に基づいて、利用者様が自立した生活を送れるよう配慮したサービス計画を作成します。
食事の提供	・ 管理栄養士が利用者様の心身状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した栄養ケア計画に基づいて提供します。 ・ 食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・ 食事時間 朝食８時～、昼食１２時～、夕食１８時～ ・ 各フロアに 2 週間毎の献立表を掲示します。 ・ 食べられないものやアレルギーのある方は事前にご相談下さい。 ・ 療養食が必要な方には医師・管理栄養士により療養食を提供します。
医療・看護	利用者様の病状に合わせた医療・看護を提供します。 ただし、当施設では行えない処置(透析)や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。
機能訓練	機能訓練指導員が、利用者様の心身状況に配慮して作成したリハビリテーション実施計画に基づいて行います。
排泄	利用者様の状況に応じ、適切な排泄の介助と、排泄の自立の援助をおこないます。
入浴	一般浴槽の他、入浴に介助を要する方には特別浴槽で対応します。ご利用は週に２回以上となります。ただし、利用者様の身体の状態に応じ、清拭となる場合があります。
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	生活のリズムを考え、毎日、朝夕の着替えをお手伝いします。
整容	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をします。
シーツ交換	シーツ交換は週１回行います。
介護相談	利用者様又はそのご家族様からのご相談に応じます。

サービスの種別	内　　容
送迎	・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、入退所の送迎を行います。 ・通常の実施地域

西区	赤城町	あし原町	天塚町	新木町	市場木町	稲生町	牛島町
	歌里町	江向町	大金町	大野木	押切	貝田町	笠取町
	上小田井	上名古屋	上堀越町	菊井	貴生町	康生通	香呑町
	五才美町	児玉	坂井戸町	栄生	笹塚町	城西	浄心
	浄心本通	庄内通	城北町	城西町	新福寺町	新道	数寄屋町
	浅間	田幡町	西ハサバ	玉池町	秩父通	天神山町	東岸町
	鳥見町	中小田井	那古野町一	那古野町二	名塚町	則武新町	花の木
	花原町	幅下	樋之口町	比良一	比良二	枇杷島	藤ノ宮通
	宝地町	堀越	堀端町	桝形町	又穂町	丸野	万代町
	南堀越	南川町	名駅二	名駅三	名西	八筋町	
北区	芦辺町	池花町	生駒町	石園町	大杉町	大杉	大曽根一
	大野町	御成通	尾上町	織部町	垣戸町	金田町	上飯田北町
	上飯田町	上飯田通	上飯田西町	上飯田南町	川中町	木津根町	金城町
	金城	黒川本通	紅雲町	光音寺町	駒止町	彩紅橋通	猿投町
	志賀町	志賀本通	志賀南通	敷島町	清水	下飯田	成願寺町
	城東町	城見通	新堀町	神明町	杉栄町	杉村町	龍ノ口町
	田幡	西東光寺	東東光寺	稚児宮通	中丸町	長田町	辻町
	辻本通	天道町	憧旛町	長喜町	中切町	中杉町	浪打町
	西志賀町	野方通	萩野通	八龍町	鳩岡町	東大杉町	東長田町
	東水切町	平手町	福徳町	平安	平安通	真畔町	桝形町
	水切町	水草町	名城	元志賀町	八代町	安井一	安井二
	安井三	安井四	柳原	山田一	山田二	山田西町	瑠璃光町
	若葉通						
中村区	那古野一	那古野二	名駅二				
東区	大曽根一						

（４）介護保険給付外のサービス

サービスの種別	内容・自己負担額			
送迎	通常の実施地域を越えて行う送迎 ・　実施地域から片道５ｋｍ未満　500 円 ・　実施地域から片道５ｋｍ以上　1000 円			
室料（滞在費＋特別な室料）		滞在費	特別な室料（税込）	合計
	個室（２階）	１，６９０円	１，１００円	２，７９０円
	個室（３階）	１，６９０円	４４０円	２，１３０円
	二人部屋	８００円	９９０円	１，７９０円
	二人部屋（４階）	８００円	０円	８００円
	四人部屋	８００円	０円	８００円
日常生活費	当施設では、日常必要となる生活品をご用意しております。 １日あたり３００円ご負担頂きます。（ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・タオル・バスタオル・ボディソープ・シャンプー・リンス・保湿剤・耳かき・箸・スプーン・爪切り・整髪用ブラシ等）			
教養娯楽費	当施設では、レクリエーション、クラブ活動等の行事をご用意しております。１日あたり２９０円ご負担頂きます。（レクリエーション・クラブ活動・趣味活動で利用する道具・遊具や材料、ちぎり絵・手芸や裁縫等の材料及び折り紙・粘土・絵画用具・書道用具並びにボール・風船・輪投げ遊具やビデオソフト・音楽 CD 等の費用や新聞、雑誌、各種行事費・写真）			
食費	朝食５５０円・昼食７００円・夕食６５０円・おやつ１５０円			
電気代	１日あたり５０円			
テレビレンタル	１日あたり１００円			

※ 医療について

当施設の医師で対応できる医療･看護につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない処置や手術、及び病状の著しい変化に対する医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担していただくことになります。

７．当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	ご家族皆様には、週に一回以上ご面会に来て頂くようお願い致します。面会時間は、午前８時～午後７時３０分となっております。なお、ご面会の際は、各フロアのサービスステーションに「面会用紙」が置いてありますので、必ずご記入下さい。
外出	外出を希望される場合は、各フロアの職員に申し出て「外出・外泊届」へご記入をお願い致します。
食事の取り消し	利用者様又はご家族様の都合により、食事の取り消しの連絡が遅れ、食事の用意をさせて頂いた場合には、食費の請求を致しますのでご了承ください。
設備・備品の利用	施設設備・備品のご使用については、職員に一声おかけ下さい。 居室の壁や家具などにテープ、フック類の使用はお控え下さい。また、利用者様の過失によって、施設内の備品等を破損・汚損した場合は、弁償費用として請求させていただく場合がありますので、ご了承下さい。
喫煙・飲酒	飲酒・喫煙に関しては、基本的にお断りを致しております。
所持品の持ち込み	ご家庭で使い慣れたものがあれば自由にお持ち頂いて結構ですが、職員に一声おかけ下さい。携帯電話のご使用は、状況等により制限を設けさせていただく場合がございます。なお、当施設では、紛失等の責任は一切負いかねますのでご了承下さい。
金銭・貴重品の管理	金銭の所持については、ご自身で責任を持って管理して頂きます。また、大金や通帳等の貴重品は施設に持ち込まないで下さい。当施設では、紛失等の責任は一切負いかねますのでご了承下さい。
外泊等の施設外での受診	他の医療機関に受診される場合は、必ず事前にご連絡をお願い致します。事前にご連絡なく受診された場合は、かかった費用の全てをご負担いただく場合がありますので、ご了承ください。
火気及び危険物等	火気及び危険物等の持ち込みは、禁止とさせて頂きます。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

８．苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、苦情相談窓口（担当者：支援相談員）までお気軽にご相談ください。

また、施設外の苦情処理機関に申し出ることもできます。

愛知国民健康保険団体連合会（電話番号：052-971-4165）
名古屋市役所介護保険課　　（電話番号：052-959-2592）

９．事故発生時の対応について

利用者の予期せぬ事故が発生したときは、下記のとおり迅速かつ適切な対応により、円滑かつ円満な解決に努めます。

（１）指定居宅介護支援サービスの提供により、利用者に対する事故が発生した場合には、速やかに、市町村・利用者様のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

（２）指定居宅介護支援サービスの提供により、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

（３）事故が生じた際には、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

１０．個人情報の取り扱い

当施設では、契約時に個人情報の取り扱いについての内容を説明します。利用目的などの説明に疑義がある場合は、申し出をお受けします。申し出がなければ、同意を得たものとします。

利用者様ご本人から利用目的についての拒否･利用停止や個人情報開示の希望がある場合は、個人情報相談窓口にて、いつでもお受けします。なお、ご本人が意識障害や精神障害（認知症（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上）を含む）等により意思決定が困難な場合は、開示申請対応の同意をいただいている連帯保証人を利用者様本人と同等の権利を持つものとし、開示などの希望をお受けします。

１１．緊急時の対応

当施設は、サービスの提供中に利用者様の病状の急変が生じた場合、速やかに協力医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします。

この場合、予め利用者様の指定する緊急連絡先に対し直ちに連絡します。

１２．虐待の防止

当施設（事業所）は虐待の発生・再発を防止するため、次の措置を講じております。

（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会を年１回定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。

（２）虐待の防止のための指針を整備する。

（３）従業者に対し、虐待の防止のための研修を年 2 回定期的に実施する。

（４）上記（1）から（3）までを適切に実施するための担当者を置く。

１３．協力医療機関

医療機関の名称	名古屋鉄道健康保険組合　名鉄病院
所在地	名古屋市西区栄生2丁目26番11号
医療機関の名称	国家公務員共済組合連合会 名城病院
所在地	名古屋市中区三の丸一丁目3番1号
医療機関の名称	藤田医科大学ばんたね病院
所在地	名古屋市中川区尾頭橋三丁目6番10号
医療機関の名称	独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター
所在地	名古屋市中区三の丸四丁目1番1号
医療機関の名称	医療法人慈照会　天野記念クリニック
所在地	名古屋市西区上名古屋四丁目3番6号

１４．協力歯科医療機関

医療機関の名称	馬渕歯科医院
所在地	名古屋市西区城北町二丁目８０番地

１５．非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「老人保健施設ハートフルライフ西城消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「老人保健施設ハートフルライフ西城消防計画」にのっとり年２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備	避難滑り台１台、非常照明、誘導灯、非常放送設備、自動通報装置、自動火災報知設備、スプリンクラー設備、消火器（37 台）、消火栓（１６台）
消防計画等	名古屋西消防署への届出日　H22 年 1 月 25 日 防火管理者　溝口眞健

以上

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

・第三者評価実施の有無　有

・実施した直近の年月日　令和7年11月1日

・実施した評価機関の名称 名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価

・評価結果の開示状況　有 NAGOYA かいごネット

ハートフルライフ西城

施設利用料のご案内（1日あたりの目安）

（介護予防）短期入所療養介護（ショートステイ）利用料

（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。）

【要介護の場合】

介護報酬一割負担額				居住費	食費	日常生活費	教養娯楽費	合計
加算型	個室	要介護 1	943 円	1,690 円	2,050 円	300 円	290 円	5,273 円
		要介護 2	999 円					5,329 円
		要介護 3	1,073 円					5,403 円
		要介護 4	1,136 円					5,466 円
		要介護 5	1,198 円					5,528 円
	多床室	要介護 1	1,033 円	800 円				4,473 円
		要介護 2	1,091 円					4,531 円
		要介護 3	1,167 円					4,607 円
		要介護 4	1,229 円					4,669 円
		要介護 5	1,293 円					4,733 円
在宅強化型	個室	要介護 1	959 円	1,690 円	2,050 円	300 円	290 円	5,289 円
		要介護 2	1,047 円					5,377 円
		要介護 3	1,123 円					5,453 円
		要介護 4	1,192 円					5,522 円
		要介護 5	1,259 円					5,589 円
	多床室	要介護 1	1,057 円	800 円				4,497 円
		要介護 2	1,147 円					4,587 円
		要介護 3	1,223 円					4,663 円
		要介護 4	1,292 円					4,732 円
		要介護 5	1,361 円					4,801 円
超強化型	個室	要介護 1	1,019 円	1,690 円	2,050 円	300 円	290 円	5,349 円
		要介護 2	1,107 円					5,437 円
		要介護 3	1,183 円					5,513 円
		要介護 4	1,252 円					5,582 円
		要介護 5	1,319 円					5,649 円
	多床室	要介護 1	1,117 円	800 円				4,557 円
		要介護 2	1,207 円					4,647 円
		要介護 3	1,283 円					4,723 円
		要介護 4	1,352 円					4,792 円
		要介護 5	1,421 円					4,861 円

【要支援の場合】

介護報酬一割負担額				居住費	食費	日常生活費	教養娯楽費	合計
加算型	個室	要支援 1	739 円	1,690 円	2,050 円	300 円	290 円	5,069 円
		要支援 2	911 円					5,241 円
	多床室	要支援 1	778 円	800 円				4,218 円
		要支援 2	967 円					4,407 円
在宅強化型	個室	要支援 1	741 円	1,690 円	2,050 円	300 円	290 円	5,071 円
		要支援 2	911 円					5,241 円
	多床室	要支援 1	788 円	800 円				4,228 円
		要支援 2	978 円					4,418 円
超強化型	個室	要支援 1	801 円	1,690 円	2,050 円	300 円	290 円	5,131 円
		要支援 2	971 円					5,301 円
	多床室	要支援 1	848 円	800 円				4,288 円
		要支援 2	1,038 円					4,478 円

＊　介護報酬一割負担の内訳:施設サービス費＋在宅復帰・在宅療養支援機能加算(加算型もしくは超強化型の場合に算定)＋介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)

＊　施設サービス費:毎月の利用者様の在宅復帰の状況や要介護度等の割合にあわせて、月により変動いたします。

＊　在宅復帰・在宅療養支援機能加算:施設入所サービスにおける在宅復帰への取組や体制の充実度を点数化し、ある一定の点数以上に達すると算定できる加算です。

＊　介護職員等処遇改善加算:当月の利用単位数に一定の割合をかけて算出するため、月により変動いたします。

＊　介護報酬一割負担額は、利用者様の収入に応じて二割もしくは三割の負担額になる場合がございます。

＊　食費内訳:朝食 550 円、昼食 700 円、夕食 650 円、おやつ 150 円

加算の詳細（該当する利用者様もしくは希望された利用者様に対して加算いたします。）

加 算 名 称		単位×10.68 円 (地域加算)の 一部負担額	加 算 要 件
夜勤職員配置加算		一割 26 円/日 二割 52 円/日 三割 77 円/日	夜勤をする職員数が一定の基準を満たしている場合。
個別リハビリテーション 実施加算		一割 257 円/日 二割 513 円/日 三割 769 円/日	医師、看護職員、理学療法士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、その計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が個別リハビリテーションを行った場合。
認知症行動・心理症状緊急 対応加算		一割 214 円/日 二割 428 円/日 三割 641 円/日	医師が、認知症の行動・心理症状を認め、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した場合。 入所日から起算して 7 日を限度として算定。
緊急短期入所受入加算 (介護予防を除く)		一割 97 円/日 二割 193 円/日 三割 289 円/日	利用者の状態や家族の事情により、介護支援専門員が短期入所療養介護の必要性を認め、居宅サービス計画に計画のない短期入所療養介護を行った場合。 7 日を限度として算定。利用者の世話をする家族の疾病等、やむを得ない場合は 14 日を限度として算定。
若年性認知症入所者 受入加算		一割 129 円/日 二割 257 円/日 三割 385 円/日	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を決め、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供している場合。
重度療養管理加算 (介護予防を除く)		一割 129 円/日 二割 257 円/日 三割 385 円/日	要介護状態区分が要介護 4 又は要介護 5 の者であって、計画的な医学的管理を継続して行い、短期入所療養介護を行った場合。
在宅復帰・在宅療養 支援機能加算	(Ⅰ)	一割 55 円/日 二割 109 円/日 三割 164 円/日	基本型の老人保健施設であり、在宅復帰・在宅療養支援機能指標が 90 点中 40 点以上である場合。 (加算型施設の場合算定)
	(Ⅱ)	一割 55 円/日 二割 109 円/日 三割 164 円/日	在宅強化型の老人保健施設であり、在宅復帰・在宅療養支援機能指標が 90 点中 70 点以上である場合。 (超強化型施設の場合算定)
送迎加算		片道につき 一割 197 円 二割 393 円 三割 590 円	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、単独で送迎を行う場合。
療養食加算		一割 9 円/食 二割 17 円/食 三割 26 円/食	医師の発行する食事箋に基づき、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の療養食が提供されている場合。

加 算 名 称		単位×10.68 円 (地域加算)の 一部負担額	加 算 要 件
認知症専門ケア 加算	(Ⅰ)	一割 4 円/日 二割 7 円/日 三割 10 円/日	1.認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者の 1/2 以上。 2.認知症ケアに関する専門性の高い看護師と認知症介護実践リーダー研修修了者を配置していること。 3.職員に対し、ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議等を定期的に実施していること。
	(Ⅱ)	一割 5 円/日 二割 9 円/日 三割 13 円/日	1.認知症専門ケア加算(Ⅰ)に該当していること。 2.認知症介護指導者研修修了者を 1 名以上配置していること。 3.介護・看護職員ごとの研修計画を作成し、計画に従って研修を実施していること。
総合医学管理加算		一割 294 円/日 二割 588 円/日 三割 882 円/日	治療管理を目的とし、短期入所療養介護を行った場合。 連続する 10 日を限度として算定。
緊急時治療管理		一割　554 円/日 二割 1,107 円/日 三割 1,660 円/日	病状が危篤になり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合。 1 月に 1 回、連続する 3 日を限度として算定。
口腔連携強化加算		一割 54 円/月 二割 107 円/月 三割 161 円/月	1.職員が利用者の口腔の健康状態を評価し、歯科医療機関及び介護支援専門に評価結果を情報提供すること。 2.口腔の健康状態を評価するにあたり、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が職員からの相談等に応じる体制を確保していること。
生産性向上推進 体制加算	(Ⅰ)	一割 107 円/月 二割 214 円/月 三割 321 円/月	1.生産性向上推進体制加算(Ⅱ)に該当していること。 2.業務改善の取組の成果が確認されていること。 3.見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 4.職員間の適切な役割分担ができていること。
	(Ⅱ)	一割 11 円/月 二割 22 円/月 三割 32 円/月	1.利用者の安全並びにサービスの質確保、職員の負担軽減の方策を検討する委員会の開催や生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 2.見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入していること。 3.1 年以内ごとに 1 回、業務改善の取組の効果を示すデータを提出していること。

加 算 名 称		単位×10.68円(地域加算)の一部負担額	加 算 要 件
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	一割 24 円/日 二割 47 円/日 三割 71 円/日	手厚い介護体制の確保を推進する観点により、以下のいずれかに該当すること。 ・介護職員のうち、介護福祉士が 80%以上。 ・勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 35%以上。
	(Ⅱ)	一割 20 円/日 二割 39 円/日 三割 58 円/日	介護職員のうち介護福祉士が 60%以上。
	(Ⅲ)	一割 7 円/日 二割 13 円/日 三割 20 円/日	以下のいずれかに該当すること。 ・介護職員のうち、介護福祉士が 50%以上。 ・看護・介護職員において、常勤職員が 75%以上。 ・勤続年数 7 年以上の割合が 30%以上。
認知症ケア加算 (介護予防を除く)		一割 82 円/日 二割 163 円/日 三割 244 円/日	日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMの方で、ユニットごとに固定した職員を配置した認知症専門棟に入所した場合。
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰイ)	所定単位数 ×0.09	安定したサービス提供のため、介護職員の資質向上や処遇改善の取組等を実施している場合に算定。 毎月の所定単位数により変動。
	(Ⅰロ)	所定単位数 ×0.097	
	(Ⅱイ)	所定単位数 ×0.086	
	(Ⅱロ)	所定単位数 ×0.093	
	(Ⅲ)	所定単位数 ×0.069	
	(Ⅳ)	所定単位数 ×0.059	

※サービス提供体制上、加算基準が満たされていないものについては、加算されません。また、1年毎に算定要件の見直しを行いますので、年度によっては算定項目が異なる場合がございます。

※利用者様の所得や資産状況に応じて、料金が減免される制度がございます。制度をご利用になる為には『介護保険限度額認定証』の発行と当施設への提示が必要となります。

介護保険からの給付金に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額が変更となります。

個別利用料

電気代：　５０円（テレビ、電気毛布など）／日

テレビレンタル代：１００円＋電気代５０円／日

＊ 特別な室料（４階の二人部屋は除く）

	室料
個室（２階）	１，１００円（税込）
個室（３階）	４４０円（税込）
二人部屋	９９０円（税込）

私は、書面に基づいて乙の職員（職名　支援相談員　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

療養上の相談・説明・同意、開示申請は、連帯保証人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が対応します。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※連帯保証人の変更があった場合は速やかにお知らせください。