

# 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

<令和7年4月1日現在>

## 1 事業者(法人)の概要

|         |                   |                |  |
|---------|-------------------|----------------|--|
| 名称・法人種別 | 株式会社 介護支援センターふじの里 |                |  |
| 代表者名    | 代表取締役 高橋 正裕       |                |  |
| 所在地・連絡先 | (住所)              | 福島市在庭坂字檀ノ前9番地1 |  |
|         | (電話)              | 024-592-2220   |  |
|         | (FAX)             | 024-592-2221   |  |
|         | フリーダイヤル           | 0120-973334    |  |

## 2 事業所の概要

|         |              |                |  |
|---------|--------------|----------------|--|
| 事業所の名称  | グループホーム ふじの里 |                |  |
| 所在地・連絡先 | (住所)         | 福島市在庭坂字檀ノ前9番地1 |  |
|         | (電話)         | 024-592-2220   |  |
|         | (FAX)        | 024-592-2221   |  |
|         | フリーダイヤル      | 0120-973334    |  |
| 事業所番号   | 0790100036   |                |  |
| 管理者の氏名  | 下山 維大        |                |  |

## 3 共同生活介護の目的及び運営方針

### (1) 目的

要支援2及び要介護1～5の状態にあつて認知症状態にある者に対し、住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、介護予防・認知症ケアの充実を図り、地域に開かれた良質なサービス提供を確保し、適正な介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

要支援2及び要介護者1～5であつて認知症の状態にある者に対し、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能の維持や訓練を行うことにより、利用者が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にするものとする。

### (3) その他

| 事 項                             | 内 容                                                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認知症対応型共同生活<br>介護計画の作成<br>及び事後評価 | ・計画作成担当者が、利用者が直面している問題・課題を明確にして、ご希望を踏まえた上で介護職員と協議を行い、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。<br>・作成後は、三ヶ月に一度、計画の見直しを行い現状に即したものを随時作成します。 |
| 介護支援専門員研修                       | 資質向上を図るため、研修の機会を設けています。                                                                                               |

## 4 設備の概要

### (1) 構造等

|     |       |           |
|-----|-------|-----------|
| 敷 地 |       | 6,768.16㎡ |
| 建 物 | 構 造   | 木造平屋建     |
|     | 述べ床面積 | 528.51㎡   |
|     | 利用定員  | 18名       |

### (2) 居室(2ユニット)

|          |      |         |         |
|----------|------|---------|---------|
| 共同生活住居の数 | 2(戸) | 共同生活住居1 | 共同生活住居2 |
| 利用 者 数   | 18名  | 9       | 9       |

### (3) 主な設備(2ユニット)

| 設 備   | 室 数 | 備 考 |
|-------|-----|-----|
| テ ラ ス | 2   |     |
| 食 堂   | 2   |     |
| 台 所   | 2   |     |
| 浴 槽   | 2   |     |
| ト イ レ | 6   |     |

## 5 職員の体制

| 職員の職種・員数 | 管理者 |    | 介護支援専門員 |    | 計画作成担当者 |    | 介護職員 |    |
|----------|-----|----|---------|----|---------|----|------|----|
|          | 専従  | 兼務 | 専従      | 兼務 | 専従      | 兼務 | 専従   | 兼務 |
|          |     | 1  |         | 1  |         | 2  | 12   | 3  |

| 職員の職種   | 勤務体制                                                                                        |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管 理 者   | ・正規の勤務時間帯(8:30～17:30) ・常勤で勤務<br>従業員の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握                                |
| 介護支援専門員 | ・正規の勤務時間帯(8:30～17:30) ・常勤で勤務<br>ケアプラン作成・利用者及びご家族との面談・面接                                     |
| 計画作成担当者 | ・正規の勤務時間帯(8:30～17:30) ・常勤で勤務<br>ケアプラン作成・利用者及びご家族との面談・面接                                     |
| 介護職員    | ・日勤8:30～17:30 ・早番6:00～15:00 ・遅番12:00～21:00 夜勤21:00～翌6:00<br>介護サービス全般、夜間(21:00～6:00)は、職員2名体制 |

## 6 サービスの内容と費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### ① サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護職員が利用者様のお手伝いをします。

| 種 類       | 内 容                                              |
|-----------|--------------------------------------------------|
| 日常生活の援助   | 食事づくり・食事・入浴・排泄・掃除・洗濯・整容・更衣等の生活活動全般の支援や介助。        |
| 外 出       | 散歩・買い物(食料品・自分の買い物等)・娯楽など                         |
| 機能維持      | 現在の身体機能を低下させず、維持していけるように運動やレクリエーションを実施し機能維持に努める。 |
| コミュニケーション | 家庭的な雰囲気です話し易い環境を作る。                              |

#### ② 費用

##### 【料金表】

| 介護度  | 1日あたりの<br>利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの利用料金 |                  |                  |
|------|----------------|--------------------|------------------|------------------|
|      |                | 介護保険の1割<br>負担の場合   | 介護保険の2割<br>負担の場合 | 介護保険の3割<br>負担の場合 |
| 要支援2 | 7,490円         | 749円               | 1,498円           | 2,247円           |
| 要介護1 | 7,530円         | 753円               | 1,506円           | 2,259円           |
| 要介護2 | 7,880円         | 788円               | 1,576円           | 2,364円           |
| 要介護3 | 8,120円         | 812円               | 1,624円           | 2,436円           |
| 要介護4 | 8,280円         | 828円               | 1,656円           | 2,484円           |
| 要介護5 | 8,450円         | 845円               | 1,690円           | 2,535円           |

※初期加算:入居されてから30日間の間は1日につき300円の加算があります。個人負担額は、介護保険の1割負担の場合30円/日(2割負担:60円/日、3割負担:90円/日)となります。

※サービス提供体制強化加算:1日につき60円の加算があります。個人負担額は、介護保険の1割負担の場合6円/日(2割負担:12円/日、3割負担:18円/日)となります。

※退去時情報提供加算:医療機関へ退所する利用者について、退所後の医療機関に対して利用者を紹介する際、利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、利用者1人につき1回(2,500円)を限度として算定します。個人負担額は、介護保険の1割負担の場合250円(2割負担:500円/回、3割負担:750円/回)となります。

※看取り介護加算:逝去日以前31日以上45日以下については1日につき720円の加算(個人負担額は、介護保険の1割負担の場合72円/日<2割負担:144円/日、3割負担:216円>)、逝去日以前4日以上～30日以下については1日につき1,440円の加算(個人負担額は、介護保険の1割負担の場合144円/日<2割負担:288円/日、3割負担:432円>)、逝去日の前日及び前々日については1日につき6,800円の加算(個人負担額は、介護保険の1割負担の場合680円/日<2割負担:1,360円/日、3割負担:2,040円>)、逝去日については1日につき12,800円の加算(個人負担額は、介護保険の1割負担の場合1,280円/日<2割負担:2,560円/日、3割負担:3,840円>)があります。

※医療連携体制加算(Ⅰ):1日につき370円の加算があります。個人負担額は、介護保険の1割負担の場合37円/日(2割負担:74円/日、3割負担:111円/日)となります。

※生産性向上推進体制加算(Ⅱ):1月につき100円の加算があります。個人負担額は、介護保険の1割負担の場合10円/月(2割負担:20円/月、3割負担:30円/月)となります。

※科学的介護推進体制加算:1月につき400円の加算があります。個人負担額は、介護保険の1割負担の場合40円/月(2割負担:80円/月、3割負担:120円/月)となります。

※介護職員等処遇改善加算(Ⅱ):別途、合計金額に17.8%の加算が加わります。個人負担額は介護保険の1割(一定以上の所得がある場合は2または3割)です。

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

|            |                                                                    |               |
|------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| レクリエーション行事 | 七夕会(7月上旬)<br>運動会(10月)<br>クリスマス会(12月)<br>新年会(1月)<br>誕生会(利用者の誕生日に実施) | 実費をご負担いただきます。 |
|------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|

○ 家賃

利用者様の自己負担となります。

|     |               |
|-----|---------------|
| 家 賃 | 1月あたり 45,900円 |
|-----|---------------|

○ その他の費用

食材料費その他、認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者様に負担していただくことが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

|          |               |
|----------|---------------|
| 食 材 費    | 1日あたり 1,750円  |
| 管 理 費(※) | 1日あたり 940円    |
| 理 美 容 費  | 実費をご負担いただきます。 |
| おむつ代     | 実費をご負担いただきます。 |

※ 管理費の内訳として、電気使用料金・ガス代・灯油代・水道代等が含まれます。

※ 敷金・・・234,000円(旧基本利用料金の2ヶ月分)

敷金は5年間で償却するものとします。尚、償却する額は退去時に算出致します。

※ 保険料等、価格変動のある場合は若干料金の変更があります。

※ ベッドは、基本的に業者とのリース契約が必要となりますが、在宅でご使用のものがあればお持ち込みも可能です。施設のベッドをご利用になる場合は家賃が48,900円/月となります。

※ 退去をする時は、2ヶ月前には申出て下さい。

(申し出がない場合には、2ヶ月分の基本利用料金を頂戴いたします。)

※ 入院若しくは長期的(2ヶ月以内)にグループホームを離れる(退去しない)場合は、毎月、家賃・ベッドレンタル代を請求しご負担いただきます。

※ 別途料金:冬期間暖房料金(10月～4月) 200円/日(6,000円/月)

7 利用料等のお支払方法

毎月、25日までに「サービス内容と費用」に記載の金額を基に算定した当月分の利用料等を利用明細書により請求いたしますので、月末までに下記の方法で送金してお支払い下さい。

※銀行振込みの場合、ご希望があれば、入金確認後、領収書を発行します。

|         |                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------|
| 銀行への振込み | 東邦銀行 福島西中央支店 普通預金口座 (口座番号 253387)<br>株式会社 介護支援センターふじの里 代表取締役社長 高橋 正裕 |
|---------|----------------------------------------------------------------------|

## 8 サービス内容に関する相談・要望・苦情等相談窓口

|             |       |                                                           |
|-------------|-------|-----------------------------------------------------------|
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口責任者 | 高橋 正裕                                                     |
|             | ご利用時間 | 8:30～17:30                                                |
|             | ご利用方法 | 電話 024-592-2220<br>フリーダイヤル 0120-973334<br>面接(グループホーム談話室等) |
|             | 受付担当者 | 下山 維大                                                     |
| 福島市介護保険課    | 電話    | 024-525-6587                                              |
| 国民健康保険連合会   | 電話    | 024-528-0040                                              |

## 9 事故発生時の対応方法について

利用者に対する(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、家族、市町村等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況、経過を記録し、再発防止のための取組を行います。

## 10 虐待の防止について

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)虐待の防止のための対策を検討する委員会を3カ月ごとに開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

(2)虐待の防止のための指針を整備します。

(3)従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。

(4)上記措置を適切に実施するための担当者を配置します。

事業者は、サービス提供中に当該事業所従業員または擁護者(利用者の家族等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを福島市へ通報します。

## 11 身体拘束の禁止について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者やその家族に対して説明し、同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

(1)緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

(2)非代替性……身体拘束意外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3)一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 12 地域との連携について

(1)運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携および協力を行う等、地域との交流に努めます。

(2)「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に基づき、利用者、地域住民、関係機関に対し、地域に開かれたサービスをすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置し、概ね2ヶ月に1回運営推進会議を開催します。

(3)運営推進会議の構成委員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、民生委員、地域包括支援センター職員、その他(介護予防)認知症共同生活介護について知見を有する者とします。

(4)運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、各構成員、当事業所職員に閲覧又は配布し周知します。

### 13 非常災害時の対策

|            |                                                         |       |           |     |
|------------|---------------------------------------------------------|-------|-----------|-----|
| 非常時の対応     | 別途定める「ふじの里 消防計画」にのっとり対応を行います。                           |       |           |     |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める「ふじの里 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、入居の方も参加して行います。 |       |           |     |
|            | 設備名称                                                    | 個数等   | 設備名称      | 個数等 |
|            | スプリンクラー                                                 | あり    | 防火扉・シャッター | 2個所 |
|            | 避難階段                                                    | なし    | 屋内消火栓     | あり  |
|            | 自動火災報知機                                                 | あり    | ガス漏れ警報機   | あり  |
|            | 誘導灯                                                     | 4箇所   |           |     |
| 消防計画等      | カーテンは防災性能のあるものを使用しています。                                 |       |           |     |
|            | 福島消防署への届出日:平成18年 6月22日                                  |       |           |     |
|            | 防火管理者                                                   | 高橋 正裕 |           |     |

### 14 協力医療機関等

|               |      |                          |
|---------------|------|--------------------------|
| 医療機関<br>(主治医) | 病院名  | おおもり内科・循環器科クリニック         |
|               | 所在地  | 福島市大森字増79-1              |
|               | 電話番号 | 024-544-0577             |
|               | 診療科  | 内科 循環器科                  |
| 医療機関          | 病院名  | 一般財団法人 大原綜合病院            |
|               | 所在地  | 福島市上町6番1号                |
|               | 電話番号 | 024-526-0300             |
|               | 診療科  | 内科 外科 整形外科 泌尿器科 心療内科等    |
| 医療機関          | 病院名  | 医療法人社団 敬愛会 福島西部病院        |
|               | 所在地  | 福島市東中央三丁目15番地            |
|               | 電話番号 | 024-533-2121             |
|               | 診療科  | 内科 消化器科 心療内科 外科 整形外科等    |
| 医療機関          | 病院名  | 社会福祉法人 恩賜財団 済生会福島総合病院    |
|               | 所在地  | 福島市大森字下原田25番地            |
|               | 電話番号 | 024-544-5171             |
|               | 診療科  | 内科 外科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科等 |
| 医療機関          | 病院名  | 財団法人 大原綜合病院附属 清水病院       |
|               | 所在地  | 福島市南矢野目字前田16番地3          |
|               | 電話番号 | 024-557-0215             |
|               | 診療科  | 精神科 心療内科 内科              |
| 歯 科           | 病院名  | いぬい歯科医院                  |
|               | 所在地  | 福島市陣場町8-27               |
|               | 電話番号 | 024-522-4325             |

### 15 夜間緊急時の対応機関

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 病院名     | 一般財団法人 大原綜合病院         |
| 所在地     | 福島市上町6番1号             |
| 電 話 番 号 | 024-526-0300          |
| 病院名     | 社会福祉法人 恩賜財団 済生会福島総合病院 |
| 所在地     | 福島市大森字下原田25番地         |
| 電 話 番 号 | 024-544-5171          |

#### 16 住居の利用にあたっての留意事項

|             |                                                                       |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | 面会は自由ですが、節度ある時間帯でお願いします。その際、必ず職員に声を掛けて下さい。ご家族の方が宿泊される場合には、必ず許可を得て下さい。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。  |
| 外出・外泊       | 必ず、外出・外泊届けに記入をして職員に提出して下さい。                                           |
| 喫煙          | 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。（原則的に施設内は禁煙とさせていただきます。）                         |
| 迷惑行為等       | 騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないで下さい。                 |
| 所持金品等の管理    | 所持金品等は、自己の責任で管理してください。                                                |
| 宗教活動・政治活動   | 住居内での他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                     |
| 動物飼育        | 住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                             |

#### 17 ハラスメントについて

利用者又はその家族等からの事業者や職員等に対して、故意に暴力や暴言、性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合は、サービスの利用を中止及び契約を廃止させて頂く場合があります。

#### 18 第三者評価の実施状況

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| 実施の有無       | 1年に1回の評価           |
| 実施した年月日(直近) | 令和6年12月3日          |
| 評価機関名       | NPO法人 福島県福祉サービス振興会 |
| 評価結果開示      | 有                  |

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和     年     月     日

|     |                  |                            |   |
|-----|------------------|----------------------------|---|
| 事業者 | 住所               | 福島市在庭坂字檀ノ前9番地1             |   |
|     | 事業者(法人)名<br>株式会社 | 介護支援センター ふじの里              | ㊞ |
|     | 代表者名             | 高橋 正裕                      | ㊞ |
| 事業所 | 住所               | 福島市在庭坂字檀ノ前9番地1             |   |
|     | 施設名<br>(事業所番号)   | グループホーム ふじの里<br>0790100036 | ㊞ |
|     | 管理者              | 下山維大                       | ㊞ |
|     | 説明者              | _____                      | ㊞ |

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

|                 |     |       |   |
|-----------------|-----|-------|---|
| 利用者             | 住 所 | _____ |   |
|                 | 氏 名 | _____ | ㊞ |
| 署名代行者           | 氏 名 | _____ | ㊞ |
| 代理人<br>(選任した場合) | 住 所 | _____ |   |
|                 | 氏 名 | _____ | ㊞ |
| 連帯身元保証人         | 住 所 | _____ |   |
|                 | 氏 名 | _____ | ㊞ |
|                 | 連絡先 | _____ |   |

【料金表】

認知症対応型共同生活介護 利用料金表

| 介護度  | 基本利用料金      |             |            | 介護保険基本給付費 |              | 合計金額<br>(月額) |
|------|-------------|-------------|------------|-----------|--------------|--------------|
|      | 食材費<br>(日額) | 管理費<br>(日額) | 家賃<br>(月額) | 負担割合      | 基本単位<br>(日額) |              |
| 要支援2 | 1,750円      | 940円        | 45,900円    | 1割負担      | 749円         | 149,070円     |
|      |             |             |            | 2割負担      | 1,498円       | 171,540円     |
|      |             |             |            | 3割負担      | 2,247円       | 194,010円     |
| 要介護1 |             |             |            | 1割負担      | 753円         | 149,190円     |
|      |             |             |            | 2割負担      | 1,506円       | 171,780円     |
|      |             |             |            | 3割負担      | 2,259円       | 194,370円     |
| 要介護2 |             |             |            | 1割負担      | 788円         | 150,240円     |
|      |             |             |            | 2割負担      | 1,576円       | 173,880円     |
|      |             |             |            | 3割負担      | 2,364円       | 197,520円     |
| 要介護3 |             |             |            | 1割負担      | 812円         | 150,960円     |
|      |             |             |            | 2割負担      | 1,624円       | 175,320円     |
|      |             |             |            | 3割負担      | 2,436円       | 199,680円     |
| 要介護4 |             |             |            | 1割負担      | 828円         | 151,440円     |
|      |             |             |            | 2割負担      | 1,656円       | 176,280円     |
|      |             |             |            | 3割負担      | 2,484円       | 201,120円     |
| 要介護5 | 1割負担        | 845円        | 151,950円   |           |              |              |
|      | 2割負担        | 1,690円      | 177,300円   |           |              |              |
|      | 3割負担        | 2,535円      | 202,650円   |           |              |              |

<各種加算>

|   | 加算の名称         | 介護給付費<br>(単位) | 利用者負担額<br>(上:1割、中2:<br>割、下:3割)            | 算定要件                                                             |
|---|---------------|---------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|   | 初期加算          | 30 / 日        | 900 / 月<br>1,800 / 月<br>2,700 / 月         | 入居日から30日間に加算                                                     |
|   | 協力医療機関連携加算(1) | 100 / 月       | 100 / 月<br>200 / 月<br>300 / 月             | 協力医療機関との間で病歴等の情報を共有する会<br>議を定期的に開催(急変時の相談対応、求めに応じ<br>た診療体制の確保)   |
|   | 協力医療機関連携加算(2) | 40 / 月        | 40 / 月<br>80 / 月<br>120 / 月               | 協力医療機関との間で病歴等の情報を共有する会<br>議を定期的に開催                               |
|   | 医療連携体制加算(Ⅰ)イ  | 57 / 日        | 1,710 / 月<br>3,420 / 月<br>5,130 / 月       | ・事業所の職員として正看護師を配置<br>・24時間連絡できる体制の確保<br>・重度化に係る指針を定めて説明          |
|   | 医療連携体制加算(Ⅰ)ロ  | 47 / 日        | 1,410 / 月<br>2,820 / 月<br>4,230 / 月       | ・事業所の職員として看護師を配置<br>・24時間連絡できる体制の確保<br>・重度化に係る指針を定めて説明           |
|   | 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ  | 37 / 日        | 1,110 / 月<br>2,220 / 月<br>3,330 / 月       | ・事業所の職員又は訪問等との連携により正看護師を確保<br>・24時間連絡できる体制の確保<br>・重度化に係る指針を定めて説明 |
| ◆ | 医療連携体制加算(Ⅱ)   | 5 / 日         | 150 / 月<br>300 / 月<br>450 / 月             | 医療連携体制加算(Ⅰ)を算定し、医療的ケアが必<br>要な利用者を受け入れた場合                         |
| ◆ | 看取り介護加算(1)    | 72 / 日        | 1,080 / 15日<br>2,160 / 15日<br>3,240 / 15日 | お亡くなりになる前31日以上45日以下の場合                                           |

|   |                   |                   |                                         |                                                                                            |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ◆ | 看取り介護加算(2)        | 144 /日            | 3,888 /27日<br>7,776 /27日<br>11,664 /27日 | お亡くなりになる前4日以上30日以下の場合                                                                      |
| ◆ | 看取り介護加算(3)        | 680 /日            | 2,040 /3日<br>4,080 /3日<br>6,120 /3日     | お亡くなりになる前2日又は3日の場合                                                                         |
| ◆ | 看取り介護加算(4)        | 1,280 /日          | 1,280 /1日<br>2,560 /1日<br>3,840 /1日     | お亡くなりになられた日                                                                                |
|   | 退去時情報提供加算         | 250 /回            | 250 /回<br>500 /回<br>750 /回              | 対象時1回のみ加算                                                                                  |
|   | 退去時相談援助加算         | 400 /回            | 400 /回<br>800 /回<br>1,200 /回            | 対象時1回のみ加算                                                                                  |
| ◆ | 認知症専門ケア加算(Ⅰ)      | 3 /日              | 90 /月<br>180 /月<br>270 /月               | 基準を満たし専門的な認知症ケアが行われた場合<br>(認知症介護実践リーダー研修配置)                                                |
| ◆ | 認知症専門ケア加算(Ⅱ)      | 4 /日              | 120 /月<br>240 /月<br>360 /月              | 基準を満たし専門的な認知症ケアが行われた場合<br>(認知症介護指導者養成研修配置)                                                 |
| ◆ | 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)   | 150 /月            | 150 /月<br>300 /月<br>450 /月              | 基準を満たし専門的な認知症チームケアが行われた場合(認知症介護指導者養成研修・認知症チームケア推進研修配置)                                     |
| ◆ | 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)   | 120 /月            | 120 /月<br>240 /月<br>360 /月              | 基準を満たし専門的な認知症チームケアが行われた場合(認知症介護実践リーダー研修・認知症チームケア推進研修配置)                                    |
|   | 科学的介護推進体制加算       | 40 /月             | 40 /月<br>80 /月<br>120 /月                | 事業所全ての利用者に係るデータ(ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等)をLIFEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取り組みを推進すること |
| ◆ | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)    | 100 /月            | 100 /月<br>200 /月<br>300 /月              | 委員会の開催や見守り機器の複数導入、介護助手の活用等を行う                                                              |
|   | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)    | 10 /月             | 10 /月<br>20 /月<br>30 /月                 | 委員会の開催や見守り機器の導入等を行う                                                                        |
| ◆ | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)   | 22 /日             | 660 /月<br>1,320 /月<br>1,980 /月          | 介護福祉士が70%以上配置されているまたは経験10年以上の介護福祉士が25%配置されている                                              |
| ◆ | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)   | 18 /日             | 540 /月<br>1,080 /月<br>1,620 /月          | 介護福祉士が60%以上配置されている                                                                         |
|   | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)   | 6 /日              | 180 /月<br>360 /月<br>540 /月              | 介護福祉士の資格を有する者の割合が50%以上配置または常勤職員が75%以上または勤続7年以上の職員が30%以上配置されている                             |
|   | 介護職員等処遇改善(新)加算(Ⅱ) | (基本単位+加算単位)×17.8% |                                         | 介護職員の賃金改善に充てることを目的とした体制                                                                    |

◆事業所の体制及び基準を満たした際には算定させていただく加算となります。

※ 敷金・・・234,000円(5年償却)

敷金は5年間で償却するものとします。尚、償却する額は退去時に算出致します。

※ 上記の他に、理美容費・おむつ代・その他(診療費・薬代、ベッド、車椅子、家具等)の実費を頂戴いたします。施設のベッドをご利用になる場合、家賃が48,900円/月となります。

※ 月の途中での入退居の場合は、利用料について日額計算といたします。

※ 管理費の内訳として、電気代・ガス代・灯油代・水道代等が含まれます。

※ 冬期間(10月～4月)は、暖房料金200円/日額(6,000円/月額)を頂戴いたします。