

令和7年11月1日

「指定地域密着型介護老人福祉施設」重要事項説明書（三者契約用）

～ 特別養護老人ホーム なないろ館 ～

社会福祉法人 網走福祉協会

当施設は介護保険の指定を受けています。
(網走市指定 第0195300256号)

当施設はご利用者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供します。
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り
説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「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入所は可能です。

◇◆目次◆◇

| | |
|----------------------------------|--------|
| 1. 施設経営法人..... | - 2 - |
| 2. ご利用施設..... | - 2 - |
| 3. 居室の概要..... | - 3 - |
| 4. 職員の配置状況..... | - 3 - |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金..... | - 4 - |
| 6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）..... | - 13 - |
| 7. 残置物引取人..... | - 15 - |
| 8. 運営推進会議の設置..... | - 15 - |
| 9. 苦情の受付について..... | - 16 - |
| 10. 第三者評価の実施状況..... | - 16 - |
| 11. 事故発生時の対応..... | - 16 - |

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 網走福祉協会
- (2) 法人所在地 北海道網走市南6条東3丁目5番地
- (3) 電話番号 0152-44-2271
- (4) 代表者氏名 理事長 古賀 敏朗
- (5) 設立年月 昭和52年6月24日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 地域密着型介護老人福祉施設 令和 2年12月 1日指定
網走市 第0195300256号
- (2) 施設の目的 要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供する。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム なないろ館
- (4) 施設の所在地 〒093-0006 北海道網走市南6条東3丁目5番地
- (5) 電話番号 0152-67-5516
- (6) 施設長（管理者）氏名 竹田 只史
- (7) 当施設の運営方針 地域密着型介護老人福祉施設従業者は、要介護状態になった利用者が可能な限り、その有する能力に応じ自立した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の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地域社会等とのつながりを継続できるよう努めます。
また事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者その他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より地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供の開始から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めます。
- (8) 開設年月 令和 2年12月 1日
- (9) 入所定員 20人

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として個室です。

| 居室・設備の種類 | 室 数 | 備 考 |
|----------|-------|----------------|
| 2 人 部 屋 | 1 0 室 | 下記特記事項を参照下さい。 |
| 静 養 室 | 1 室 | |
| 食 堂 | 2 室 | 機能訓練室と兼用しています。 |
| 浴 室 | 1 室 | |
| 医 務 室 | 1 室 | |
| 機能訓練室 | 2 室 | 食堂と兼用しています。 |
| トイレ | 5 室 | |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定地域密着介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更：ご契約者またはご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。

☆居室に関する特記事項：2人部屋の居室を仕切りで半分に分けて、個室のような形態にし、プライバシーに配慮したつくりとなっております。洗面台も各居室に2台設置しております。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設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 種 | 常勤換算 | 指定基準 |
|---------------------|--------|--------------------|
| 1. 施設長（管理者） | 1 名 | 1 名 |
| 2. 介護職員 | 7. 5 名 | 介護員＋看護職員で 7 名以上 |
| 3. 生活相談員 | 1. 0 名 | 1 名以上 |
| 4. 看護職員（機能訓練指導員と兼務） | 1. 1 名 | 1 名以上 |
| 5. 機能訓練指導員（看護職員と兼務） | 0. 2 名 | 1 名以上 |
| 6. 介護支援専門員 | 1. 0 名 | 1 名以上 |
| 7. 医師 | 1 名 | 必要数 |
| 8. 栄養士 | 1 名 | 1 名以上 |

（上記人員配置は、令和7年8月31日現在の配置実績です。）

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総計を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名
（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|------------|--|
| 1. 医師 | 月曜日 13:30～15:00 月1回 |
| 2. 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7:00～ 9:00 1名 日中： 9:00～18:00 2～3名 夜間：18:00～翌7:00 1名 |
| 3. 看護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8:00～18:30 1～2名 |
| 4. 機能訓練指導員 | 毎日 14:00～16:00 |

☆土日は上記と異なります。お気軽にお問い合わせください。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、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。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

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

＜サービスの概要＞

①入浴

- ・ 1週間に2回以上入浴できるようにします。入浴できない方には清拭をします。

②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。

③機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④健康管理

- ・ 医師や看護職員が健康管理を行います。

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。
- ・ 生活のリズムを考え毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、毎日の口腔ケア及び適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金(1日あたり)> (契約書第6条参照)

下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）をお支払い下さい。

自己負担額は、平成27年8月1日より、介護保険負担割合証の利用者負担の割合に記載されている、割合により異なり、ここでは、1割負担の場合の自己負担額について記載しております。

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。

基本単価

1日あたり

| 1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金 | 要介護度 1 6,000円 | 要介護度 2 6,710円 | 要介護度 3 7,450円 | 要介護度 4 8,170円 | 要介護度 5 8,870円 |
|------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 5,400円 | 6,039円 | 6,705円 | 7,353円 | 7,983円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 600円 | 671円 | 745円 | 817円 | 887円 |

☆日常生活継続支援加算

下記（1）～（3）を満たす場合1日につき次の金額が加算されます。

- （1）次の①～③のいずれかに該当すること。①新規入所者のうち、要介護4、5の方の占める割合が70％以上、②自立支援度Ⅲ以上の方が占める割合が65％以上、③入所者の総数に対して痰の吸引等が必要な者の数の占める割合が15％以上
- （2）介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
- （3）サービス提供体制強化加算を算定していないこと。

| 1. 加算の名称と金額 | 日常生活継続支援加算（Ⅰ） | 360円 |
|------------------------|---------------|------|
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 324円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 36円 |

☆初期加算

入所した日から起算して30日以内の期間については、1日につき次の金額が加算されます。

30日を超える病院又は診療所への入院後に当施設に再び入所した場合も同様とします。

| 1. 加算の名称と料金 | 初期加算 | 300円 |
|------------------------|------|------|
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 270円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 30円 |

☆外泊加算

入所者が病院又は診療所に入院を要した場合又は居宅等へ外泊した場合には、1月に6日を限度として、次の金額が加算されます。またその際にベッドがご利用者のため確保されている期間、一日につき915円の居住費が利用料金に加算されます。

| | | |
|------------------------|------|---------|
| 1. 加算の名称と料金 | 外泊加算 | 2, 460円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 2, 214円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 246円 |

入院または外泊が6日を超えた場合も、そのベッドがご利用者のため確保されている 期間、一日につき915円の居住費をお支払いただきます。

☆在宅サービスを利用したときの費用

ご利用者が、ご自宅等居宅に外泊をされ、特別養護老人ホーム なないろ館により提供される在宅サービスを利用した場合は、1月に6日を限度として1日につき次の金額が利用料金に加算されます。

なお、こちらの費用が加算された場合は、外泊時費用は算定されません。

| | | |
|------------------------|------------------|---------|
| 1. 加算の名称と金額 | 在宅サービスを利用した場合の費用 | 5, 600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 5, 040円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 560円 |

☆療養食加算

医師の処方箋に基づく療養食を提供した場合には、1日3食を限度とし、1回の食事につきサービス利用料金に次の金額が加算されます。

| | | |
|------------------------|-------|-----|
| 1. 加算の名称と金額 | 療養食加算 | 60円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 54円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 6円 |

☆科学的介護推進体制加算

下記（1）、（2）を満たす場合1月につき次の金額が加算されます。

- （1） 入所者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報や、疾病の状況、服薬情報等の情報を、厚生労働省に提出していること。
- （2） 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、（1）の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

| | | |
|------------------------|--------------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 科学的介護推進体制加算 （Ⅱ） | 500円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 450円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 50円 |

☆ADL維持等加算

下記（1）、（2）、（3）を満たす場合1月につき次の金額が加算されます。

- （1） 評価対象者の数が10人以上であること
- （2） 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月においてと、当該月の翌月から起算し

て6月目において、ADLを評価し、ADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。

(3) 評価対象者のADL利得の平均値が1以上であること。

| | | |
|---------------------------|--------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | ADL維持等加算 (I) | 300円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 270円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2) | | 30円 |

上記(3)に代わり、下記(4)を満たす場合、1月につき次の金額が加算されます。

(4) 評価対象者のADL利得の平均値が3以上であること。

| | | |
|---------------------------|---------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | ADL維持等加算 (II) | 600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 540円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2) | | 60円 |

※ADL利得算出の都合から、実際に加算されるのは令和7年2月以降となります。

☆口腔衛生管理加算

下記(1)～(8)を満たす場合1月につき次の金額が加算されます。

- (1) 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。
- (2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に口腔ケアを月2回以上行うこと。
- (3) 歯科衛生士が、入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っていること。
- (4) 歯科衛生士が、入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に対応していること。
- (5) 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録が作成され保管されていること。
- (6) 歯科衛生士が、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて応対するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行っている。
- (7) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出していること。
- (8) 口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用していること。

| | | |
|---------------------------|---------------|--------|
| 1. 加算の名称と金額 | 口腔衛生管理加算 (II) | 1,100円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 990円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2) | | 110円 |

☆排せつ支援加算

排せつに介護を有する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、以下の要件のとおり支援を行った場合、次の金額が加算されます。

| 算定要件等 | 排せつ支援加算Ⅰ 10単位/月 | 排せつ支援加算Ⅱ 15単位/月 | 排せつ支援加算Ⅲ 20単位/月 |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|
| ①排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師または医師と連携した看護師が施設入所時等に評価をするとともに、少なくとも6月に1回評価を行う。その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援にあたって当該情報等を活用する | ○ | ○ | ○ |
| ② ①の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施する。 | ○ | ○ | ○ |
| ③ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回入所者等ごとに支援計画を見直す。 | ○ | ○ | ○ |
| 施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない、またはおむつ使用有りから使用無しに改善している。 | × | ○ 現状維持以上 | × |
| 施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がないかつ、おむつ使用有りから使用無しに改善している。 | × | × | ○ 悪化なく改善 |

※加算Ⅰ～Ⅲは併算不可。

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅰ） | 100円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 90円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 10円 |

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅱ） | 150円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 135円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 15円 |

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅲ） | 200円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 180円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 20円 |

☆若年性認知症入所者受入加算

利用者の方が、若年性認知症患者であった場合、65歳の誕生日の前々日までの誕生日の前々日までの間、1日につき次の金額が利用料金に加算されます。

| | | |
|------------------------|---------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 若年性認知症入所者受入加算 | 1,200円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 1,080円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 120円 |

☆退所時等相談援助加算

入所者の方が退所し居宅や他の社会福祉施設に入所される場合、居宅サービスや地域密着型サービスの利用が円滑に行われるよう相談援助する際、サービス利用料金に次の金額が加算されます。

＊退所前、退所後の居宅を訪問し相談援助を行った場合等に、入所中１回（または２回）を限度に加算算定されます。

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| １．加算の名称と料金 | 退所前訪問相談援助加算 退所１回につき４，６００円 |
| ２．うち、介護保険から給付される金額 | ４，１４０円 |
| ３．サービス利用に係る自己負担額（１－２） | ４６０円 |

☆退所時等相談援助加算

入所者の方が退所し居宅や他の社会福祉施設に入所される場合、居宅サービスや地域密着型サービスの利用が円滑に行われるよう相談援助する際、サービス利用料金に次の金額が加算されます。

＊退所前、退所後の居宅を訪問し相談援助を行った場合等に、入所中１回（または２回）を限度に加算算定されます。

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| １．加算の名称と料金 | 退所前訪問相談援助加算 退所１回につき４，６００円 |
| ２．うち、介護保険から給付される金額 | ４，１４０円 |
| ３．サービス利用に係る自己負担額（１－２） | ４６０円 |

＊退所後、３０日以内に居宅を訪問し相談援助を行った場合等に、退所後１回を限度に加算算定されます。

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| １．加算の名称と料金 | 退所後訪問相談援助加算 退所１回につき４，６００円 |
| ２．うち、介護保険から給付される金額 | ４，１４０円 |
| ３．サービス利用に係る自己負担額（１－２） | ４６０円 |

＊退所時、相談援助を行い、市町村等に情報提供を行った場合等に加算算定されます。

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| １．加算の名称と料金 | 退所時相談援助加算 退所１回につき４，０００円 |
| ２．うち、介護保険から給付される金額 | ３，６００円 |
| ３．サービス利用に係る自己負担額（１－２） | ４００円 |

＊退所前、居宅介護支援事業者に必要な情報提供を行った場合に加算算定されます。

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| １．加算の名称と料金 | 退所前連携加算 退所１回につき５，０００円 |
| ２．うち、介護保険から給付される金額 | ４，５００円 |
| ３．サービス利用に係る自己負担額（１－２） | ５００円 |

☆退所時情報提供加算

退所時、退所後の医療機関に対して生活支援上の留意点等の必要な情報提供を行った場合に加算算定されます。

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| １．加算の名称と料金 | 退所時情報提供加算 退所１回につき２，５００円 |
| ２．うち、介護保険から給付される金額 | ２，２５０円 |
| ３．サービス利用に係る自己負担額（１－２） | ２５０円 |

☆処遇改善加算

介護職員の賃金の改善等に努めている施設として、各月の介護保険分の利用料金の合計の金額に

- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 14.0%が加算されます。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合にはサービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いの際、保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

☆負担金減免措置の認定を受けられた方は、減免額を差し引いた額を自己負担額としてお支払いください。

・・・特定入所者介護サービス費について・・・

低所得の人の施設利用が困難にならないように、網走市では、居室と食事の費用（いずれも1日あたり）に一定の制限を設定しています。（基準費用額との差額は介護保険から給付されます。）

金額は一日あたり

| 利用者負担段階 | | 多床室 | 食 費 |
|---------|--|------|--------|
| 第一段階 | ・世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金受給者の人 ・生活保護受給中の人 | 0円 | 300円 |
| 第二段階 | ・本人及び世帯全員が市民税非課税で、「合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額」が80万円以下の人 | 430円 | 390円 |
| 第三段階① | ・本人及び世帯全員が市民税非課税で、「合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額」が80万円超120万円以下の人 | 430円 | 650円 |
| 第三段階② | ・本人及び世帯全員が市民税非課税で第一段階・第二段階・第三段階①以外の人 | 430円 | 1,360円 |
| 第四段階 | ・上記に該当しない人（基準費用額） | 915円 | 1,445円 |

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①居住費

一日あたり 9 1 5 円の個人負担があります。

②食事

- ・当施設では栄養士の立てる献立により、栄養並びにご利用者の身体の状態およ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で食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食費（食材料費と調理費用）として、一日 1, 4 4 5 円（朝 3 9 5 円、昼 5 2 5 円、夜 5 2 5 円）の個人負担があります。

（食事時間）

朝食： 7 : 3 0 ~ 8 : 1 5 昼食： 1 1 : 3 0 ~ 1 2 : 4 0 夕食： 1 7 : 1 5 ~ 1 8 : 0 0

③特別な食事（酒を含みます。）

ご契約者またはご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

④理髪

[理髪サービス]

月に 1 回、理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

⑤貴重品の管理

ご契約者またはご利用者の希望により貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法： 手続きの概要は以下の通りです。

- ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

○利用料金：1 ヶ月あたり 2 0 0 円

⑥レクリエーション、クラブ活動

ご契約者またはご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代、入館料等の実費をいただくことがあります。

なお、通常のレクリエーションやクラブ活動に必要な軽微な材料等は無料でご用意いたします。

⑦複写物の交付

ご契約者またはご利用者は、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。

1 枚につき 1 0 円

⑧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、ご契約者または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。

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。

⑨クリーニング代金

衣類等のクリーニングを市内業者にご希望の方は実費をお支払いいただきます。

⑩契約書第 2 0 条に定める所定の料金

ご契約者またはご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

| ご契約者の要介護度 | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 料 金 | 6, 000 円 | 6, 710 円 | 7, 450 円 | 8, 170 円 | 8, 870 円 |

ご利用者が、要介護認定又は要支援認定で自立又は要支援と判定された場合 6, 0 0 0 円
☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について変更を行う 2 ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

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、以下の方法でお支払い下さい（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします）。

| |
|---|
| ア. ご指定の金融機関口座からの自動引き落とし 国内ほぼ全ての金融機関をご指定いただけます。 |
| イ. コンビニエンスストア等でのお支払い（アの手続きが完了するまで） |

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、契約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。また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。）

①協力医療機関

| | |
|---------|------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 讃生会 網走記念病院 |
| 所在地 | 網走市字潮見153番地の1 (0152) 61-0101 |
| 診療科 | 内科、外科、整形外科 他 |

②協力歯科医療機関

| | |
|---------|------------------------------|
| 医療機関の名称 | 丹羽歯科医院 |
| 所在地 | 網走市南6条東1丁目5番地 (0152) 43-6933 |

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、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、当施設との契約は終了し利用者に退所していただくことになります（契約書第14条参照）。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合 （但し、ご利用者が平成12年3月31日以前からに施設に入所している場合、本号は、平成22年3月31日までは適用されません。）②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施設を閉鎖した場合③施設の滅失や重大な毀損により利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合④当施設が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⑤ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい） |
|---|

(1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第15条、第16条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には退所を希望する日の3日前までに解約申出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し施設を退所することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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介護老人福祉施設サービスを実施しない場合
- ④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
- ⑤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契約者またはご利用者の身体・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
- ⑥他の利用者がご利用者またはご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐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) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第17条参照）

以下の事項に該当する場合には当施設からの退所していただくことがあります。

- ①ご契約者またはご利用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ご契約者によるサービス利用料金の支払いが6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ご契約者または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等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
- ④ご利用者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

→ *ご利用者が病院等に入院された場合の対応について（家族・親戚宅等への外泊も同様です。）
（契約書第19条参照）

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は以下の通りです。

① 3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。入院期間中は、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。ただし、入院期間中利用者のためにベッドが確保されている期間については、その日数につき一日915円の居住費（及び入院当初6日間については1日246円の外泊加算も）をお支払いただきます。

② 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第18条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合にはご契約者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7. 残置物引取人（契約書第21条参照）

契約締結にあたり身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した後当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご契約者自身が行き取れない場合に備えて「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても入所契約を締結することは可能です。

8. 運営推進会議の設置

当事業所では、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について知見を有する者等

開催：隔月で開催。

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

9. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

（1）当施設における苦情の受付の受付及び虐待防止に関する相談窓口

当施設における苦情や虐待等に関するご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

介護支援専門員 蒲生 正幸

電話 0152-67-5516

苦情相談員 網走市消費者協会

電話 0152-44-7076

○受付時間 通常毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30（その他の時間帯も他のものが承ります）

○苦情解決責任者 施設長 竹田 只史

（2）行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------------|---|
| 網走市役所 介護保険係 | 所在地 網走市南6条東4丁目1番地 電話番号 0152-44-6111（FAX0152-44-0077） 受付時間 月～金 8：45～17：00 |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5161 受付時間 月～金 9：00～17：00 |
| 北海道福祉サービス運営 適正化委員会 | 所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 かでの2.7 3階 電話番号 011-204-6310 ファックス 011-204-6311 Eメール tekisei@vesta.ocn.ne.jp 受付時間 月～金 9：00～17：00 |

（3）苦情解決の手順

利用者やご家族から施設の担当者に苦情の相談があった場合の解決の手順は次のとおりです。

- ①苦情があった場合に窓口担当者は、相手の言い分、内容を言葉や会話そのままを客観的にかつ適切に記録します。
- ②その場で解決できる苦情については、担当者が対応内容を記録し責任者に報告します。
- ③相手の苦情やニーズの内容が不確定な場合は直ちに管理者（苦情解決責任者）あるいは担当者が面接し苦情内容を把握します。必要に応じ網走市介護保険係等に連絡します。
- ④サービス提供責任者や関係者との確認や協議が必要な場合は、直ちに管理者（苦情解決責任者）を含めた担当者会議等を開き対応策を協議します。苦情の担当者は、客観的判断を担保できる者を選任します。
- ⑤対応策が決定したら直ちに利用者本人又は家族を訪問して謝罪や今後の対応策について理解と納得を得るようにします。
- ⑥網走市介護保険係等の関係機関に報告します。
- ⑦記録を台帳に保管し、再発防止に役立てます。
- ⑧苦情対応記録簿を作成し、関係者に回覧します。

10. 第三者評価の実施状況

実施していません。

11. 事故発生時の対応

事業者は利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに関係市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(特養三者重要)

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設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。

特別養護老人ホーム なないろ館

説明者職名 _____

氏 名 _____ 印

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、指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者
住 所 _____

氏 名 _____

契約者
住 所 _____

氏 名 _____ 印

| |
|---|
| ※この重要事項説明書は、厚生労働省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。 |
|---|

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階

(2) 建物の延べ床面積 4, 190. 17㎡

(3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

特別養護老人ホーム なないろ館 (指定介護老人福祉施設)

北海道 第0175300037号

指定短期入所生活介護事業所 なないろ館 (短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護)

北海道 第0175300037号

(4) 施設の周辺環境

網走市の市街地中心部にあり、付近には市役所、警察署、税務署等公共施設が立ち並び、網走川、網走港に隣接した豊かな自然環境に恵まれた場所です。

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員…ご利用者の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名の利用者に対して1名の介護・看護職員を配置しています。

生活相談員…ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
常勤換算1名以上の生活相談員を配置しています。

看護職員…主にご利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
常勤換算1名以上の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…ご利用者の機能訓練を担当します。
常勤換算1名以上の機能訓練指導員を配置しています。

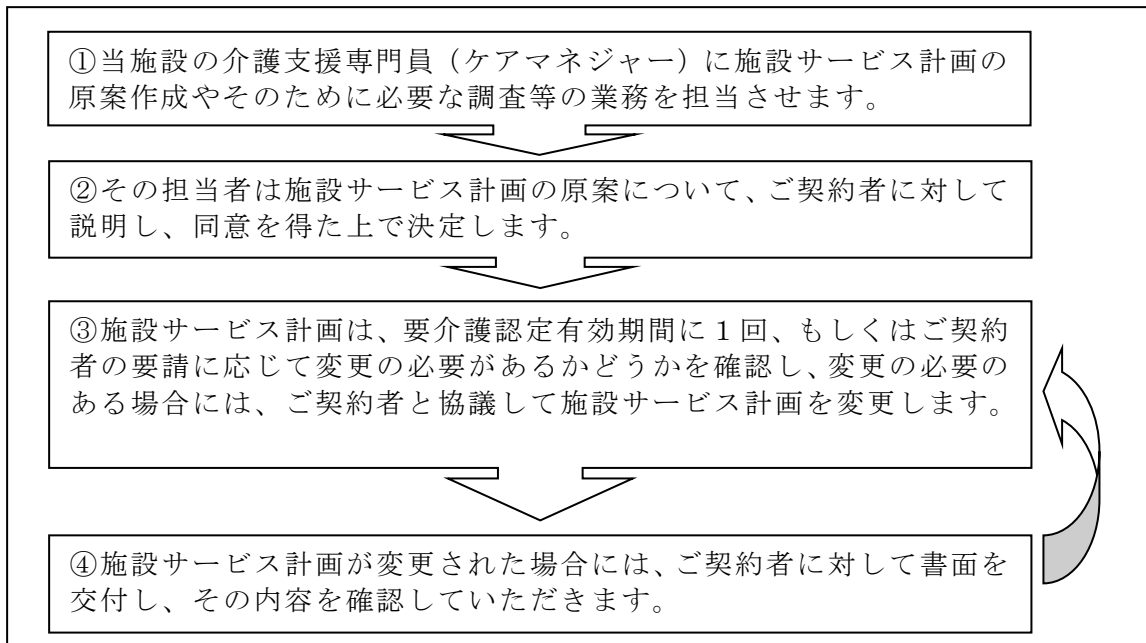
介護支援専門員…ご利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
1名（兼務）の介護支援専門員を配置しています。

医師…ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
1名の嘱託医師（こが病院）派遣を配置しています。本体施設（指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム なないろ館）との兼務になっています。

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第2条参照）



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設はご利用者に対してサービスを提供するにあたって次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ複写物を交付します。
- ⑤ご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、ご利用者又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定められた手続きを経た上で、記録を記載する等適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者及びご利用者又はご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません（守秘義務）。
ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。
また、ご利用者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

5. 施設利用の留意事項

当施設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下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、電気製品や大きな家具などお持込のご希望の際は職員にご相談ください。
また、危険物などの持ち込みは禁止されています。

(2) 面会

面会時間 365日24時間

(3) 外出・外泊（契約書第21条参照）

外出、外泊をされる場合は事前にお申し出下さい。
但し、外泊については最長で月6日間とさせていただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は前日までにお申し出下さい。前日まで申し出があった場合には喫食数に応じて精算されます。

(5) 施設・設備の使用上の注意（契約書第10条参照）

- 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下さい。
- 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契約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が必要で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。
- 当施設の職員や他の入所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。

(6) 喫煙

施設内の喫煙場所以外での喫煙はできません。

6. 損害賠償について（契約書第11条、第12条参照）

当施設において事業者の責任によりご契約者またはご利用者に生じた損害について、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。

ただし、その損害の発生についてご契約者またはご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。

・・・見学は随時受け付けています。・・・

以上

《別紙》

介護保険負担割合証 自己負担額 2割

基本報酬

1日あたり

| | | | | | |
|------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金 | 要介護度 1 6,000円 | 要介護度 2 6,710円 | 要介護度 3 7,450円 | 要介護度 4 8,170円 | 要介護度 5 8,870円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 4,800円 | 5,368円 | 5,960円 | 6,536円 | 7,096円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 1,200円 | 1,342円 | 1,490円 | 1,634円 | 1,774円 |

| | | |
|------------------------|-------------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 日常生活継続支援加算 (Ⅱ) | 460円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 368円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 92円 |

| | | |
|------------------------|------|------|
| 1. 加算の名称と料金 | 初期加算 | 300円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 240円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 60円 |

| | | |
|------------------------|------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 外泊加算 | 2,460円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 1,968円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 492円 |

| | | |
|------------------------|------------------|--------|
| 1. 加算の名称と金額 | 在宅サービスを利用した場合の費用 | 5,600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 4,480円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 1,120円 |

| | | |
|------------------------|-------|-----|
| 1. 加算の名称と金額 | 療養食加算 | 60円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 48円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 12円 |

| | | |
|------------------------|-------------------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 1月につき | 500円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 400円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 100円 |

| | | |
|------------------------|-------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | ADL維持等加算（Ⅰ） | 300円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 240円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 60円 |

| | | |
|------------------------|-------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | ADL維持等加算（Ⅱ） | 600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 480円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 120円 |

| | | |
|------------------------|-------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 900円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 680円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 220円 |

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅰ） | 100円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 80円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 20円 |

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅱ） | 150円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 120円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 30円 |

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅲ） | 200円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 160円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 40円 |

| | | |
|------------------------|---------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 若年性認知症入所者受入加算 | 1,200円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 960円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 240円 |

| | | |
|------------------------|-------------|--------|
| 1. 加算の名称と金額 | 新興感染症等施設療養費 | 2,400円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 1,920円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 480円 |

| | | |
|------------------------|------------------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所前訪問相談援助加算 退所1回につき | 4,600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 3,680円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 920円 |

| | | |
|------------------------|------------------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所後訪問相談援助加算 退所1回につき | 4,600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 3,680円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 920円 |

| | | |
|------------------------|----------------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所時相談援助加算 退所1回につき | 4,000円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 3,200円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 800円 |

| | | |
|------------------------|--------------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所前連携加算 退所1回につき | 5,000円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 4,000円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 1,000円 |

| | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所時情報提供加算 退所1回につき 2,500円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 2,000円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 500円 |

☆処遇改善加算

- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 14.0%が加算されます。

介護保険負担割合証 自己負担額 3割

基本報酬

1日あたり

| | | | | | |
|------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金 | 要介護度 1 6,000円 | 要介護度 2 6,710円 | 要介護度 3 7,450円 | 要介護度 4 8,170円 | 要介護度 5 8,870円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 4,200円 | 4,697円 | 5,215円 | 5,719円 | 6,209円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 1,800円 | 2,013円 | 2,235円 | 2,451円 | 2,661円 |

| | | |
|------------------------|---------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 日常生活継続支援加算（Ⅱ） | 460円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 322円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 138円 |

| | | |
|------------------------|------|------|
| 1. 加算の名称と料金 | 初期加算 | 300円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 210円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 90円 |

| | | |
|------------------------|------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 外泊加算 | 2,460円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 1,722円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 738円 |

| | | |
|------------------------|------------------|--------|
| 1. 加算の名称と金額 | 在宅サービスを利用した場合の費用 | 5,600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 3,920円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 1,680円 |

| | | |
|------------------------|-------|-----|
| 1. 加算の名称と金額 | 療養食加算 | 60円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 42円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 18円 |

| | | |
|------------------------|-------------------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 1月につき | 500円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 350円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 150円 |

| | | |
|------------------------|-------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | ADL維持等加算（Ⅰ） | 300円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 210円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 90円 |

| | | |
|------------------------|-------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | ADL維持等加算（Ⅱ） | 600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 420円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 180円 |

| | | |
|------------------------|-------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 900円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 570円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 330円 |

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅰ） | 100円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 70円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 30円 |

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅱ） | 150円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 105円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 45円 |

| | | |
|------------------------|------------|------|
| 1. 加算の名称と金額 | 排せつ支援加算（Ⅲ） | 200円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 140円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 60円 |

| | | |
|------------------------|---------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 若年性認知症入所者受入加算 | 1,200円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 840円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 360円 |

| | | |
|------------------------|-------------|--------|
| 1. 加算の名称と金額 | 新興感染症等施設療養費 | 2,400円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 1,680円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 720円 |

| | | |
|------------------------|------------------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所前訪問相談援助加算 退所1回につき | 4,600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 3,220円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 1,380円 |

| | | |
|------------------------|------------------------|--------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所後訪問相談援助加算 退所1回につき | 4,600円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | | 3,220円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | | 1,380円 |

| | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所時相談援助加算 退所1回につき 4,000円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 2,800円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 1,200円 |

| | |
|------------------------|---------------------------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所前連携加算 退所1回につき 5,000円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 3,500円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 1,500円 |

| | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. 加算の名称と料金 | 退所時情報提供加算 退所1回につき 2,500円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 1,750円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 750円 |

☆処遇改善加算

- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 14.0%が加算されます。