

# 地域密着型特別養護老人ホームひかり屋形

## 重要事項説明書

～基本理念～

### 利用者の立場で

当施設では、ご契約者に対して地域密着型老人福祉施設入所者生活介護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。

#### 目 次

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. 事業の目的及び運営の方針                      | 2 |
| 2. 事業所の概要                            | 2 |
| 3. 職員体制                              | 2 |
| 4. サービス内容                            | 3 |
| 5. 入院中の医療の提供について                     | 4 |
| 6. 施設を退所していただく場合                     | 5 |
| 7. 非常災害対策                            | 6 |
| 8. 苦情の受付について                         | 6 |
| 9. 感染症について                           | 7 |
| 10. 法人の概要                            | 7 |
| (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 |   |

(令和2年4月1日現在)

## 1. 事業の目的及び運営の方針

### 事業の目的

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な支援に努め、ご利用者に日常生活を営むために必要な居室及び共用設備等をご利用いただき、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適正に提供することを目的とします。

### 事業の運営方針

- ・ご利用者の自立支援を念頭におき、入浴、排泄、食事などの生活関連介護、相談、援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上のケアなどを行い、ご利用者がその有する能力に応じ、個別性を尊重した「その人らしい」日常生活を営むことができる支援を目指します。
- ・ご利用者お一人お一人の意見及び人権を尊重し、常にご利用者の立場に立ってサービスを提供するように努めます。
- ・明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、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、保健医療サービス、福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。
- ・ご利用者お一人お一人の生活習慣やお考えを尊重し、施設においても安心した生活を過ごしていただけるよう、ご自宅生活との連続性を大切にされた支援に努めます。
- ・ご利用者お一人お一人に役割を持っていただき、生きがいややりがいを大切にされた支援に努めます。

## 2. 事業所の概要

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| 名称          | 地域密着型特別養護老人ホームひかり屋形       |
| 所在地         | 〒400-0036 山梨県甲州市塩山熊野774-1 |
| 管理者         | 守屋 英一                     |
| 介護保険指定番号    | 1992200046                |
| 電話番号/FAX 番号 | 0553-39-9000/0553-33-1166 |
| 入所定員        | 29名                       |

### [居室の概要]

当施設では、全室個室(29部屋)をご用意し、入所者10人程の少人数のグループ(ユニット)に分かれて、個室とそれに近接したリビング等で日常生活上の支援や介護をさせていただきます。

### 3. 職員体制

| 職 種        | 配置基準  | 業務内容  |
|------------|-------|---|
| 管理者        | 1     | 職員の管理、業務の実行状況の把握、その他の管理を一元的に行う。                             |
| 生活相談員      | 1     | 入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握。入居者又はその家族に対する相談。他関係機関との連絡調整を行う。 |
| 介護職員       | 13名以上 | 入居者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。                                      |
| 看護師        | 1     | 入居者の保健衛生並びに看護業務を行う。   |
| 准看護師       | 1     | 入居者の看護業務を行う。  |
| 機能訓練指導員    | 1     | 日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またはその減退を防止するための訓練を行う。                    |
| 介護支援専門員    | 1     | 情報収集、アセスメント、ケアカンファレンス及び施設サービス計画の作成に係る業務を行う。                 |
| 医師(嘱託)     | 1     | 入居者の健康管理及び療養上の指導を行う。  |
| 栄養士(管理栄養士) | 1     | 食事の献立作成、栄養計算、衛生管理及び入居者に対する栄養指導等を行う。                         |

### 4. サービス内容

当施設ではご契約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方法については別表をご確認ください。

#### 【施設サービスの概要】

#### ① 食事

- ひかり屋形では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体の状況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を促すため、可能な限りリビング(共同生活室)にて食事をとっていただくよう支援をおこないます。
- ご利用者お一人お一人の生活リズムを大切にし、ご利用者がゆっくりと安全に食事をしていただけるよう支援をおこないます。

#### ② 入浴

- 入浴はご利用者お一人お一人の状態に合わせて、入浴をおこない(最低週2回)、入浴が出来ない場合であっても清拭等を行い、清潔の保持につとめます。
- ご利用者お一人お一人の身体的状態に合わせた入浴を提供します。ご利用者が安心して

て入浴していただける浴槽をご用意しています。(①個人浴槽。②足を伸ばしてのびのび入浴できる広めの浴槽。③歩行困難な方や、座位が保てない方等でも入浴していただける機械浴槽)。

③ 排泄

●ご利用者お一人お一人の排泄リズムを把握し、ご利用者に適した排泄の支援をおこないます。

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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

●医師や看護師・看護職員が、服薬・健康管理を行ないます。

⑥ 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、自立支援を行うよう配慮します。

●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。

●ご利用者お一人お一人に役割を持っていただき、生きがいややりがいを持っていただけるよう支援します。

#### 4. 入院中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご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治療・入院治療を保障するものではありません。また、この医療機関での治療・入院治療を義務づけるものでもありません)

##### 【協力医療機関】

|         |                  |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | 塩山市民病院           |
| 所在地     | 甲州市塩山西広門田433番地の1 |
| 電話番号    | 0553-32-5111     |
| 診療科目    | 内科・外科・産科・皮膚科・耳鼻科 |

##### 【嘱託医】

|         |                |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 塩山市民病院         |
| 所在地     | 甲州市塩山西広門田433-1 |
| 氏名      | 郡司 和昭          |
| 電話番号    | 0553-32-5111   |

## 5. 施設を退所していただく場合

ひかり屋形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。従って下記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、仮に下記のような事項に該当するにいたった場合には、ひかり屋形との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

- ① 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ひかり屋形を閉鎖した場合。
- ② 施設の滅失や重大な破損毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ③ ひかり屋形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。
- ④ ご利用者から退所の申し出があった場合。(詳細は下記をご参照ください)
- ⑤ ひかり屋形から退所の申し出。(詳細は下記をご参照ください)

### (ア) ご契約者からの退所の申し出 (中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご利用者からひかり屋形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7日前までに解約届け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、ひかり屋形を退所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 ひかり屋形もしくはサービス従事者が正当な理由なく本説明書に定める地域密着型介護福祉施設サービスを実施しない場合。
- ④ ひかり屋形もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ ひかり屋形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の身体・財産・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 他のご利用者が、ご利用者本人の身体・財産・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、ひかり屋形が適切な対応を取らない場合。

### (イ) ひかり屋形からの申し出により退所していただく場合(契約解除)

下記の事項に該当する場合には、ひかり屋形から退所していただくことがあります。

- ① 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を支払われない場合。
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失によりひかり屋形又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

④ ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型施設に入所した場合。

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所した場合。

※ ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

ひかり屋形に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、次の通りです。

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、医師・家族・施設との話し合いによる同意のもと、契約を解除する場合があります。この場合には、ひかり屋形に再び優先的に入所することはできません。

(ウ) 円滑な退所のための援助

ご利用者がひかり屋形を退所する場合には、ご契約者の希望により、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下記の援助をご利用者に対して速やかに行います。

- ① 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保険施設等の紹介。
- ② 居宅介護支援事業者の紹介。
- ③ その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介。

## 6. 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、必要な設備は整っております。

③ 防火管理者

古屋 義隆

## 7. 苦情の受付について

① ひかり屋形における苦情やご相談は下記の専用窓口で受け付けます。

◆ 苦情受付窓口（担当者）生活相談員 武藤 美由紀

◆ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9:00～午後17:00

また、苦情受付ボックスを事務所受付に設置しています。

② 公的機関における苦情の受付

ひかり屋形における苦情等は、下記の公的機関でも受け付けています。

◆ 甲州市役所 介護支援課 TEL 0553-32-5066

◆ 山梨県福祉保健部 長寿社会課 介護サービス振興担当 TEL 055-223-1450

◆ 山梨県国民健康保険団体連合会介護保険サービスに係る相談苦情窓口 TEL 055-233-9201

## 8. 感染症について

季節的(11月～3月)にインフルエンザ・ノロウイルスなどの感染症が流行することがあります。当施設でもこれらの感染症の予防や、まん延の拡大には細心の注意を払っていますが、完全に予防することは困難です。空気・飛沫・接触などによるご契約者の感染に対しては、当施設での責任は負いかねますので、ご利用者、ご家族のご理解をお願いします

## 9. 法人の概要

|             |   |
|-------------|---|
| 法人名称        | 社会福祉法人光風会                                       |
| 代表者役職氏名     | 理事長 熊谷 和正                                       |
| 所在地         | 〒404-0035 山梨県甲州市塩山西野原603                        |
| 設立年月日       | 平成3年10月23日                                      |
| 電話番号/FAX 番号 | 0553-33-7511/0553-33-7513                       |
| E-mail アドレス | houjin-honbu@koufuukai-yamanashi.or.jp          |
| 運営事業所       | 特別養護老人ホーム光風園<br>(指定介護老人福祉施設・指定短期入所生活介護事業所)      |
|             | 特別養護老人ホームひかり屋形<br>(地域密着型介護老人福祉施設・指定短期入所生活介護事業所) |
|             | デイサービスセンター光風園<br>(指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所)      |
|             | デイサービスセンターひかり横丁<br>(指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所)    |
|             | 光風園指定居宅介護支援事業所                                  |
|             | 在宅介護支援センター光風園                                   |
|             | 風の子保育園  |
|             | 鈴宮寮(指定管理)                                       |

地域密着型介護老人福祉施設入所者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。

令和 年 月 日

法人所在地 〒400-0035  
山梨県甲州市塩山西野原603  
事業者名称 社会福祉法人 光風会  
代表者 理事長 熊谷 和正

|       |    |
|-------|----|
| 説明者   | 職種 |
| <hr/> |    |
| 氏名    | 印  |
| <hr/> |    |

私は、本書面に基づいてひかり屋形から重要事項の説明を受け、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスに提供に同意しました。

|       |    |
|-------|----|
| 利用者   | 住所 |
| <hr/> |    |
| 氏名    | 印  |
| <hr/> |    |

|       |    |
|-------|----|
| 代理人   | 住所 |
| <hr/> |    |
| 氏名    | 印  |
| <hr/> |    |



(別表1)

## 1. サービスの利用料金（1日あたり）

下記の料金表等により、①施設サービス費(1割負担)、②看護体制加算(Ⅰ)(1割負担)、③看護体制加算(Ⅱ)(1割負担)、④日常生活継続支援加算(Ⅱ)(1割負担)、⑤夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ(1割負担)、⑥栄養ケアマネジメント加算(1割負担)、⑦介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(1割負担)、⑧介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) ⑨居住費(室料・光熱水費相当分)、⑩食費、⑪日常生活費などをご負担いただきます。

$$\boxed{\text{①～⑧利用者負担（1割）}} + \boxed{\text{⑨居住費}} + \boxed{\text{⑩食費}} + \boxed{\text{⑪日常生活費など}}$$

### ① 施設サービス費

要介護度に応じて、施設サービスを受ける費用。料金は下記の表の通りです。

※原則要介護度3以上の方が対象。やむを得ない事由(認知症が重度、家族による虐待等)においては、要介護1、2の方でも入所が可能な場合もあります。

※ご本人の一定以上の所得金額(年間年金額 280万以上等)の方は、2～3割負担となります。詳細は、下記の料金表をご覧ください。

### 看護体制加算(Ⅰ)

常勤の看護師を1名以上配置しているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:120円(自己負担金 12円)

### ② 看護体制加算(Ⅱ)

常勤の看護職員を2名以上配置し、医療機関等との24時間の連絡体制が整っているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:230円(自己負担金 23円)

### ③ 日常生活継続支援加算(Ⅱ)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の新規入所者が65%以上おり、なおかつ介護福祉士が入所者6人に対して1人以上配置する基準が満たされているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:460円(自己負担額 46円)

### ④ 夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ

夜勤を行う介護・看護職員数が、最低基準を1以上上回っているため、下記の料金をお支払いいただきます。

料金:460円(自己負担金 46円)

### ⑤ 栄養ケアマネジメント加算

管理栄養士が、継続的に入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮し、特別に計を作成し栄養管理をした場合、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:140円(自己負担金 14円)

⑥ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

厚生労働省が定める基準に適合し全ての要件を満たす場合に料金をいただきます。

料金:介護保険給付金額合計の 8.3%

⑧ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)

厚生労働省が定める基準に適合し全ての要件を満たす場合に料金をいただきます。

料金:介護保険給付金額合計の 2.3%

(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居住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。

※この制度の対象になるためには、市町村への申請が必要となり、市町村民税非課税世帯の状況やご本人の年間年金額、またご本人や配偶者の資産等(単身の方は1,000万円超、夫婦は2,000万円超)において決定されるものです。そうしたことから、当施設において対象になるか否かの判断はできませんので、詳細は甲州市役所 介護保険支援課に問い合わせしてください。

### 【利用者段階別料金表】

《生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で高齢年金を受けておられる方》

| 第1段階 | ①施設サービス費に係る自己負担 | ②看護体制加算(Ⅰ) | ③看護体制加算(Ⅱ) | ④日常生活継続支援加算(Ⅱ) | ⑤夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ | ⑥栄養ケアマネジメント加算 | ⑦介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | ⑧特定介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 居住費  | 食費   | 負担額合計  |
|------|-----------------|------------|------------|----------------|---------------|---------------|----------------|------------------|------|------|--------|
| 要介護1 | 646円            |            |            |                |               |               | 63円            | 17円              | 820円 | 300円 | 1.987円 |
| 要介護2 | 714円            |            |            |                |               | 69円           | 19円            | 2.063円           |      |      |        |
| 要介護3 | 787円            | 12円        | 23円        | 46円            | 46円           | 14円           | 75円            | 21円              |      |      | 2.144円 |
| 要介護4 | 857円            |            |            |                |               |               | 81円            | 22円              |      |      | 2.221円 |
| 要介護5 | 925円            |            |            |                |               |               | 86円            | 24円              |      |      | 2.296円 |

《所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円以下の方》

| 第2段階 | ①施設サービス費に係る自己負担 | ②看護体制加算(Ⅰ) | ③看護体制加算(Ⅱ) | ④日常生活継続支援加算(Ⅱ) | ⑤夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ | ⑥栄養ケアマネジメント加算 | ⑦介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | ⑧特定介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 居住費  | 食費   | 負担額合計  |
|------|-----------------|------------|------------|----------------|---------------|---------------|----------------|------------------|------|------|--------|
| 要介護1 | 646円            |            |            |                |               |               | 63円            | 17円              | 820円 | 390円 | 2.077円 |
| 要介護2 | 714円            |            |            |                |               |               | 69円            | 19円              |      |      | 2.153円 |
| 要介護3 | 787円            | 12円        | 23円        | 46円            | 46円           | 14円           | 75円            | 21円              |      |      | 2.234円 |
| 要介護4 | 857円            |            |            |                |               |               | 81円            | 22円              |      |      | 2.311円 |
| 要介護5 | 925円            |            |            |                |               |               | 86円            | 24円              |      |      | 2.386円 |

《所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ年金収入額と合計所得年金額が80万円超の方》

| 第3段階 | ①施設サービス費に係る自己負担 | ②看護体制加算(Ⅰ) | ③看護体制加算(Ⅱ) | ④日常生活継続支援加算(Ⅱ) | ⑤夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ | ⑥栄養ケアマネジメント加算 | ⑦介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | ⑧特定介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 居住費    | 食費   | 負担額合計  |
|------|-----------------|------------|------------|----------------|---------------|---------------|----------------|------------------|--------|------|--------|
| 要介護1 | 646円            |            |            |                |               |               | 63円            | 17円              | 1.310円 | 650円 | 2.827円 |
| 要介護2 | 714円            |            |            |                |               | 69円           | 19円            | 2.903円           |        |      |        |
| 要介護3 | 787円            | 12円        | 23円        | 46円            | 46円           | 14円           | 75円            | 21円              |        |      | 2.984円 |
| 要介護4 | 857円            |            |            |                |               |               | 81円            | 22円              |        |      | 3.061円 |
| 要介護5 | 925円            |            |            |                |               |               | 86円            | 24円              |        |      | 3.136円 |

《上記以外の方》

| 第4段階 | ①施設サービス費に係る自己負担 | ②看護体制加算(Ⅰ) | ③看護体制加算(Ⅱ) | ④日常生活継続支援加算(Ⅱ) | ⑤夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ | ⑥栄養ケアマネジメント加算 | ⑦介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | ⑧特定介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 居住費    | 食費     | 負担額合計  |
|------|-----------------|------------|------------|----------------|---------------|---------------|----------------|------------------|--------|--------|--------|
| 要介護1 | 646円            |            |            |                |               |               | 63円            | 17円              | 2.010円 | 1.540円 | 4.417円 |
| 要介護2 | 714円            |            |            |                |               |               | 69円            | 19円              |        |        | 4.493円 |
| 要介護3 | 787円            | 12円        | 23円        | 46円            | 46円           | 14円           | 75円            | 21円              |        |        | 4.574円 |
| 要介護4 | 857円            |            |            |                |               |               | 81円            | 22円              |        |        | 4.651円 |
| 要介護5 | 925円            |            |            |                |               |               | 86円            | 24円              |        |        | 4.726円 |

【2割・3割負担ご利用者の場合】

一定以上の所得がある場合、利用者負担が2～3割になる場合があります。対象になる方は、上記の自己負担合計額に下記の金額が追加されます。

【2割負担】

- \* 要介護1 867円/日
- \* 要介護2 943円/日
- \* 要介護3 1,024円/日
- \* 要介護4 1,101円/日
- \* 要介護5 1,176円/日

【3割負担】

- \* 要介護1 1,734円/日
- \* 要介護2 1,886円/日
- \* 要介護3 2,048円/日
- \* 要介護4 2,202円/日
- \* 要介護5 2,352円/日

(別表3)

### 3. 随時負担していただく費用

#### ① 初期加算

・新規入所した日から、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、退院後再び入所となった日から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:300円(自己負担額 30円)

#### ② 入院または外泊時の費用

ご利用者が、1ヶ月に6日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。なお、入院や外泊時において、利用者契約ベッドとして維持されている場合は、滞在費を引き続きお支払いいただきます。

入院・外泊が6日以内の場合

料金:2,460円(自己負担金 246円)+居住費(820円<第1段階・第2段階>、1,310円<第3段階>、2,010円<第4段階>)

入院・外泊が6日以上の場合

料金:居住費(2,010円/日)

※入院が長期的になる場合は、ご利用者またはご家族の同意のもと、ご利用者の居室を短期入所サービス利用者に使用していただくことがあります。なおこの期間においては、居住費等のご利用者負担はありません。

#### ③ 療養食加算

医師の食事せんに基づく療養食(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日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:230円(自己負担額 23円/日)

#### ④ 看取り介護加算

医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された方で、看取り介護に関する計画が作成され、本人又は家族の同意を得ながら、看取り介護を行った場合などに、死亡前30日を限度とし、また亡くなる前の期間によって、下記の料金をお支払いいただきます。

料金 ・死亡日以前4～30日 1,440円(自己負担額 144円)

・死亡日の前日/前々日 6,800円(自己負担額 680円)

・死亡日 12,800円(自己負担額 1,280円)

- ⑤ 若年性認知症利用者受入れ加算  
初老期における認知症の方に対して、個別に担当者を定め、その者を中心に、その方の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合。1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。  
料金:1,200円(自己負担額 120円)
- ⑥ 認知症行動・心理症状緊急対応加算  
医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、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者に対し、入所した日から7日間において、下記の料金をお支払いいただきます。  
料金:2,000円(自己負担額 200円/日)
- ⑦ 退所前後訪問相談援助加算  
入居者の退所に先立って、入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合などに、下記の料金をお支払いいただきます。  
料金:4,600円(自己負担額 460円)
- ⑧ 退所時相談援助加算  
入居者が退所し、居宅・他の施設入所する者に対して、相談援助及び介護状況を示す文書で、情報を提供した場合などに、下記の料金をお支払いいただきます。  
料金:4,000円(自己負担額 400円)
- ⑨ 退所前連携加算  
入居者が退所し、居宅においてサービスを利用する場合、入所者の退所に先立って、居宅介護支援事業者に対して、介護状況を示す文書を添えて必要な情報を提供し、かつ居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合などに、下記の料金をお支払いいただきます。  
料金:5,000円(自己負担額 500円)

(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契約者の負担となります。

① 食事(基準額<第4段階>)

ご契約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:800円)+(調理費:740円)=合計1,540円(基準費用額)

② 居住費(基準額<第4段階>)

ご契約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 個室 2,010円

③ 理容・美容

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:1回あたり1,500円

④ 複写物の交付

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。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用

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

利用料金:1日あたり 100円～130円

#### 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、ご請求しますので、翌月25日までに下記の方法でお支払いください。

① 指定金融機関(山梨中央銀行)より、口座振替にてお支払い。

② 現金でのお支払い。現金でのお支払いの場合は、ご請求金額ちょうどの金額を事務所窓口にてお支払い下さい。なお、受付可能日時は、月～金曜日(8:30～17:30)です。

③ 指定口座へのお振込

お振込先

山梨中央銀行 塩山支店 普通預金 826070

社会福祉法人光風会 理事長 熊谷 和正