

グループホーム さと 重要事項説明書

「別紙料金表」

(1) 介護保険対象サービス

サービスの内容略称	介護度	利用料金
介護予防認知症対応型共同生活介護費 (I)	要支援2	761円 (1日)
認知症対応型共同生活介護費 (I)	要介護1	765円 (1日)
	要介護2	801円 (1日)
	要介護3	824円 (1日)
	要介護4	841円 (1日)
	要介護5	859円 (1日)

加算サービス内容略称	利用料金
初期加算	30円 (1日)
医療連携体制加算 (I) ハ	37円 (1日)
サービス提供体制強化加算 (I)	22円 (1日)
若年性認知症受入加算	120円 (1日)
認知症専門ケア加算 (I)	3円 (1日)
認知症チームケア推進加算 (II)	120円 (月)
看取り介護加算	72円 (死亡前45日)
	144円 (死亡前30日)
	680円 (前日及び前々日)
	1280円 (死亡日)
退居時相談援助加算	400円 (1回のみ)
退居時情報提供加算	250円 (1回のみ)
口腔衛生管理体制加算	30円 (月)
介護職員処遇改善加算 I	介護報酬総額の18.6%

※上記の金額は1割負担の場合の金額です。実際の負担金額は、負担割合証に記載された割合の金額になります。

★初期加算

当該入居者が過去3か月間（認知症ランクⅢ・Ⅳ・Mに該当するものは過去1か月）の間に当該事業所に入居したことがない場合に限り30日間を限度に算定されます。

★医療連携体制加算 (I) ハ

①看護師を配置すること（准看護師では加算できない）②日常の健康管理

③医療機関との連絡・調整 ④看取りに関する指針の整備

以上4項目を満たしている場合に算定されます。

★サービス提供体制加算 I

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であると算定されます。

★認知症チームケア推進加算 (II)

認知症高齢者の日常自立度ランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又は M の該当者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価に基づく値を測定し、チームケアを実施、定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直しなどを行っており、認知症の行動・心理症状の予防に資する認知介護に係る専門的な研修を修了している職員が1名以上配置されている場合に算定されます。

★看取り介護加算

医師により、終末期を迎えていると判断された利用者に対して、家族の同意を得たのちに介護計画を作成し、適切な介護を行った場合に算定されます。加算は死亡月に算定されるため、前月分の請求を行う場合があります。

★口腔衛生管理体制加算

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的援助及び指導を月1回以上行っている場合に算定されます。

★入退院費用

入院後3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる場合、入院中1ヶ月につき6日限度に算定されます。

★退去時情報提供加算

医療機関に退居される際に情報提供をおこなった場合1回に限り算定されます。

★介護職員処遇改善加算

この加算相当分については、全て介護職員の処遇改善のために使われます。

(2) 介護保険対象外サービス

利用料項目	利用料金
居室料	55,000円(1月)
食費	1,600円(1日) (朝380円、昼590円、夕530円、間食100円)
光熱水費	20,000円(1月)
おむつ代	実費
理美容代	実費
日用品費	実費
交通費	実費(個別の希望外出等)
行事費	実費(入園料、交通費等)

★前述の介護保険対象外サービスに係る利用料金は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、制度の改正、介護報酬の改定により変動した場合には、準じて改定させていただきます。また、介護保険対象外サービスに係る利用料金は物価の変動、その他の事情により変更させていただくことがあります。

★前述の利用料の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者またはその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ることとします。グループホームさとのサービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者職名 氏名

私は本書面に基づいて事業者から重要事項説明の説明を受け、グループホーム さとのサービス提供開始に同意しました。

利用者 住所

氏名

代理人 氏名

続柄 ()