

介護報酬改定に係る重要事項説明書

平成29年4月1日より、介護報酬改定に伴い利用料金体系を下記のとおり改め、平成29年4月1日から適用いたします。重要事項説明書の一部改正を行っています。

記

重要事項説明書の改正について

3 職員体制

職員の職種	常勤		非常勤		常勤換算	保有資格	研修会受講等の内容
	専従	兼務	専従	兼務			
管理者		1			0.4	介護福祉士 社会福祉主事	H.21 認知症介護実践者研修 H.22 認知症サービス事業管理者研修 H.22 認知症介護実践リーダー研修
計画作成担当者		1			0.3	介護福祉士、社会福祉主事	
介護職員	7	1			7.3	介護福祉士、2級ヘルパー 認知症ケア専門士、介護支援専門員	認知症介護基礎研修 認知症介護実践者研修

9 非常災害時の対応

改正前	改正後
<p>防災設備 スプリンクラー、119火災通報装置、火災受信機、誘導灯、消火器等を設置。カーテンは防災性能のあるものを使用しております。</p>	<p>防災設備 スプリンクラー、<u>119自動火災通報装置(自動通報化)</u>、火災通信機、誘導灯、消火器等を設置。カーテンは防災性能のあるものを使用しております。</p>

<サービス及び利用料(1日当たり)>

【介護保険基本料金等内訳】 * 1ヵ月は30日計算です。(31日の場合は31日となります)
(金額単位:円)

	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 ご契約者の要介護度別 サービス利用料金	7,550	7,590	7,950	8,180	8,350	8,520
2 サービス提供体制強化 加算 (I) イ	180					
3 サービス利用料金計	7,730	7,770	8,130	8,360	8,530	8,700
4 うち、介護保険から給 付される金額 (3×90%)	6,957	6,993	7,317	7,632	7,677	7,830
5 サービス利用に係る 自己負担額 (3-4)	773	777	813	836	853	870
6 月額サービス利用料	23,190	23,310	24,390	25,080	25,590	26,100
7 食材料費1日900円月 額	27,000					
8 家賃・光熱水費(月額)	30,000					
30日合計6+7+8	80,190	80,310	81,390	82,080	82,590	83,100
※下記の加算説明のある内容が該当する場合には6の月額サービス利用額にその加算を足した合計額に4.5%を加算した額となります。 ※自己負担2割の方は、6の月額サービス利用料を2倍し7、8を足した金額となります。ただし、下記の加算説明にある内容が該当する場合には6の月額サービス利用額にその加算を足した合計額に4.5%を加算した額となります。						

【 加算の説明 】

(1) 認知症専門ケア加算 (I)

認知症日常生活自立度Ⅲ以上の状態にある方が、入居者中の2分の1の状態のとき、自立度Ⅲ以上の方が対象となります。1日当たり、30円です。(自己負担額は3円)(リーダー研修終了者1名以上)

(2) サービス提供体制強化加算

(I) ロ: 介護職員のうち、介護福祉士資格(国家資格)保有者が、50%を超える体制のある事業所が対象となります。1日当たり、120円です。(自己負担額は12円)

(I) イ: 介護職員のうち、介護福祉士資格(国家資格)保有者が、60%を超える体制のある事業所が対象となります。1日当たり、180円です。(自己負担額は18円)

(3) 初期加算

入居の日から30日以内の期間については、上記の他に初期加算として1日につき30円の自己負担が加算されます。ただし、「自立度判定基準」で、ランクⅠ及びⅡの方は3ヵ月以内、ランクⅢ、Ⅳ、Ⅴの方は1ヵ月以内に再入居された時には、初期加算はかかりません。

(4) 退居時相談援助加算

退居時において、居宅サービス及び地域密着型サービスを利用する場合に限り、退居から2週間以内にむかわ町(地域包括支援センター)に居宅サービス及び地域密着型サービスの利用に必要な情報を提供した時に算定可。

自己負担額は、退居時1回限りで400円です。

(5) 若年性認知症受入加算

若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護サービスを行った場合には必要と成ります。1日当たり、1,200円です。(自己負担120円)

(6) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

介護報酬総単位数にサービス別加算率4.5%が加算されます。

以上

平成29年 3月31日

介護報酬改定に伴い、本書面に基づき利用料金体系の重要事項について説明を行いました。

社会福祉法人 鶴川慶寿会 高齢者グループホーム「ふきのとう」
説明者職名 管理者 氏名 山谷 貴幸 印

私は、本書面に基づいて事業者から介護報酬改定に伴う利用料金体系の重要事項について説明を受け、引き続きサービスの提供を受けることに同意しました。

契約者 住所
氏名 印
(利用者との続柄)
利用者 氏名