

Ⅰ. 料金表 指定介護老人福祉施設奄美佳南園（ユニット型）

（Ⅰ）サービス利用料金表（１日あたり）

※下記の料金表によって、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（自己負担分）と居住費（食事・居住）に係る自己負担額をお支払ください。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）

※下記表の金額の別に施設が適応受ける加算と入居者個別で適応される加算、個別に日常生活にかかる日常生活物品の費用や医療費がかかります。

※奄美市の地域区分単価（１単位 10 円）で計算しています。

※保険者（市町村）への申請により介護保険負担限度額の認定を受けている方は、居住費と食費について、所得に応じた利用者負担の軽減措置があります。（サービス料金表において第４段階を基準額とし、第１～第３段階が軽減措置を受けた場合の金額です。）

<利用者負担段階（負担限度額認定）について>

第１段階 市町村民税世帯非課税で老齢福祉年金、生活保護受給の方など

第２段階 市町村民税世帯非課税で合計所得と課税年金収入が 80 万円以下の方など

第３段階 第１段階・第２段階以外の市町村民税世帯非課税方など

第４段階 上記以外の方（基準負担額）

※介護保険負担割合証において利用者負担の割合が 3 割となっている方は、介護保険給付対象サービス及び加算の負担が 1 割負担の 3 倍となります。

① ユニット型個室

要介護度	負担段階	介護保険給付 対象サービス		介護保険給付 対象外サービス		月額（30日） 概算合計	
		1割負担	2割負担	居住費	食費	1割負担	2割負担
要介護1	第1段階	747円	1,494円	820円	300円	56,010円	
	第2段階			820円	390円	58,710円	
	第3段階			1,310円	650円	81,210円	
	第4段階			2,006円	1,500円	127,590円	255,180円
要介護2	第1段階	813円	1,626円	820円	300円	57,990円	
	第2段階			820円	390円	60,690円	
	第3段階			1,310円	650円	83,190円	
	第4段階			2,006円	1,500円	129,570円	259,140円
要介護3	第1段階	885円	1,770円	820円	300円	60,150円	
	第2段階			820円	390円	62,850円	
	第3段階			1,310円	650円	85,350円	
	第4段階			2,006円	1,500円	131,730円	263,460円
要介護4	第1段階	950円	1,900円	820円	300円	62,100円	
	第2段階			820円	390円	64,800円	
	第3段階			1,310円	650円	87,300円	
	第4段階			2,006円	1,500円	133,680円	267,360円
要介護5	第1段階	1,015円	2,030円	820円	300円	64,050円	
	第2段階			820円	390円	66,750円	
	第3段階			1,310円	650円	89,250円	
	第4段階			2,006円	1,500円	135,630円	271,260円

※居住費・食事費の金額は、介護保険負担限度額認定証・社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証をお持ちの方は減額されます。

② 加算料金表 I (施設全体が適応を受け、入居者全員に適用される項目；概算/日)

その他介護保険の給付される費用の一部として、ご利用者の心身の状況により、以下の料金をいただくことがあります。

加算名	1割	2割	算定要件・回数等
日常生活継続支援加算 (I)	36円	72円	質の高いケアを実施する観点から、ご利用者数に対し介護福祉士の一定割合以上を配置していることで加算します。
看護体制加算 (I) イ	6円	12円	ご利用者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師配置や基準を上回る看護職員の配置と看取りの介護に関する指針の策定要件により加算します。
看護体制加算 (II) イ	13円	26円	
夜勤職員配置加算 (I) イ	22円	44円	要介護度の高い高齢者を中心とした生活重視型施設での位置付けを踏まえ、介護が困難な方へ対する質の高いケアを実施する観点から、基準を上回る夜勤職員配置をしていることで加算します。
口腔衛生管理体制加算	30円	60円	ご利用者に対する口腔ケアを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助言・指導を行い、口腔ケアマネジメントに係る計画作成を行った場合加算します。
夜勤職員配置加算 (I) イ	22円	44円	要介護度の高い高齢者を中心とした生活重視型施設での位置付けを踏まえ、介護が困難な方へ対する質の高いケアを実施する観点から、基準を上回る夜勤職員配置をしていることで加算します。
口腔衛生管理体制加算	30円	60円	ご利用者に対する口腔ケアを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助言・指導を行い、口腔ケアマネジメントに係る計画作成を行った場合加算します。
サービス提供体制強化加算 (I) イ	22円	44円	質の高いケアを実施する観点から、ご利用者数に対し介護福祉士の一定割合以上・3年以上の勤続年数のある職員を配置していることで加算します。(いずれか) ※日常生活支援加算を行った場合は加算をしません。
サービス提供体制強化加算 (II)	18円	36円	
サービス提供体制強化加算 (III)	6円	12円	
介護処遇改善加算 I	経験もしくは資格等に応じた昇給や一定水準に基づいた定期昇給を判定する仕組みを設けて、介護職員の賃金改善に関する計画を策定し、賃金改善以外の処遇改善への届出等のある場合。 介護報酬総単位数×0.083 (8.3%)		
介護職員等特定処遇改善加算	介護処遇改善加算に加えて、資質の向上、労働環境処遇の改善その他の要件を満たし、介護職員の賃金改善に関する計画策定、賃金改善以外の処遇改善への届出等のある場合。 介護報酬総単位数×0.027 (2.7%)		

③ 加算料金表Ⅱ（入居者個別のサービスに応じて適用される項目；概算/日）

加算名	1割	2割	算定要件・回数等
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100円	200円	1月につき（3カ月に1回）
生活機能向上連携加算（Ⅱ）Ⅰ	200円	400円	1月につき
生活機能向上連携加算（Ⅱ）Ⅱ	100円	200円	1月につき個別機能訓練加算を算定する場合
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12円	24円	個々のご利用者の状態に適切に対応する観点から、個別に機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行った場合で加算します。（日単位）
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20円	40円	個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定し、その計画内容を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合（月単位）
ADL維持等加算（Ⅰ）	30円	60円	個々のご利用者の状態に適切に対応の一定評価対象期間の満了の翌月から最大12か月の機関に限り加算します。
ADL維持等加算（Ⅱ）	60円	120円	
若年性認知症入所者受入加算	120円	240円	1月につき
外泊時費用	246円	492円	外泊時から一週間までには（一月に6日を限度として）外泊時費用を加算します。
初期加算	30円	60円	ご入所した当初に関しては、30日間に限り初期加算します。 また、30日を越える入院をし、再び入所した場合も同様です。
福祉施設外泊時在宅サービス利用費用	560円	1,120円	居室における外泊において在宅サービスを利用した場合
再入所時栄養連携加算	200円	400円	ご利用者病院等に入所した場合であって、退所した後に、再度入所する際、必要となる栄養管理を管理栄養士が病院等の栄養士と連携し栄養ケア計画を策定した場合に算定します。
退所前訪問相談援助加算	460円	920円	退所に先立って、また、退所後30日以内に介護支援専門員、生活相談員等が居室を訪問して入所者・家族等に退所後のサービス利用について相談援助を行った場合に算定します。
退所後訪問相談援助加算	460円	920円	
退所見相談援助加算	400円	800円	ご利用者が退所後生活する居室等を訪問して、ご利用者及びご家族等へ対して相談援助を行った場合等に算定します。
退所前連携加算	500円	1,000円	
栄養マネジメント強化加算	11円	22円	常勤の管理栄養士を配置して、ご利用者の栄養状態を把握して、他職種の職員が共同でご利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、定期的に計画の見直し、記録等を行うことで算定します。
経口維持加算（Ⅰ）	400円	800円	誤嚥が認められる方に対して経口摂取継続に関わる援助を行った場合 （Ⅰ）著しい誤嚥が認められる者を対象 （Ⅱ）誤嚥が認められる者を対象
経口維持加算（Ⅱ）	100円	200円	
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90円	180円	ご利用者の口腔衛生の管理においてサービスを提供した場合加算します。
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110円	220円	
療養食加算	6円	12円	ご利用者の心身の状況により、医師の指示に基づいて療養食を提供した場合加算します。（1食6単位）

加算名	1割	2割	算定要件・回数等
配置医師緊急時対応加算（早朝・夜間）	650円	1,300円	早朝（AM6時～8時）、夜間（PM6時～10時）、深夜（PM10時～AM6時）において入所者に対し診療を行われた場合に加算します。
配置医師緊急時対応加算（深夜）	1,300円	2,600円	
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90円	180円	ご利用者に対する口腔ケアを歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを行った場合加算します。
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110円	220円	ご利用者に対する口腔ケアを歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを行った場合加算します。
口腔衛生管理加算	92円	184円	ご利用者に対する口腔ケアを歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを行った場合加算します。
看取り介護加算 （死亡日以前31～45日）	72円	144円	医師が終末期であると判断した入所者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、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に、死亡前45日を限度として、加算します。 ※入所者が退所等の翌月に亡くなった場合、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行うことがあります。
看取り介護加算 （死亡日以前4～30日）	144円	288円	
看取り介護加算 （死亡日前日～前々日）	680円	1,360円	
看取り介護加算 （死亡日）	1,280円	2,560円	
在宅復帰支援機能加算	10円	20円	入所者が退所し在宅生活に向けて、家族との連絡調整を行い、指定居宅支援事業者との居宅サービスに必要な情報の提供や退所後の利用に関する調整を行った場合に加算します。
在宅・入所相互利用加算	40円	80円	在宅期間・入所期間（3ヶ月限度）を定めて、同一の当該施設の居室を計画的に利用したときに加算します。
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円	6円	認知症について専門知識を持つ職員を配置した場合に加算します。
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4円	8円	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円	400円	医師が緊急に入所が適当であると判断し入所した場合、入所日から7日を限度として加算します。
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3円	6円	継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合に月1回を限度として加算します。
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13円	26円	
排せつ支援加算（Ⅰ）	10円	20円	排泄に介護を要する入所者であり、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や医師と連携した看護師が判断した者に対して、施設の医師、看護師、ケアマネジャーその他の職種が共同して排せつ介護に要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援計画に基づく支援を実施した場合に6か月間を限度として加算します。
排せつ支援加算（Ⅱ）	15円	30円	
排せつ支援加算（Ⅲ）	20円	40円	
自立支援促進加算	300円	600円	継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合に月1回を限度として加算します。
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40円	80円	厚生労働省が定める基準を満たす支援を行った場合に算定します。
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50円	100円	
安全対策体制加算	20円	40円	安全対策を実施する場合、入所初日に限り加算します。

- ④ 上記の加算料金表 I・II の項目は厚生労働省の定める基準に従いご負担いただくこととなります。
- ⑤ 上記の加算適応条件が整い、承認が得られたものについては、今後追加してご負担を頂くこととなります。その際には、事前にその負担額の変更について通知いたします。
- ⑥ 介護保険制度の給付に変更があった場合、変更された額に併せて、ご利用者の負担額を変更いたします。その際には、事前にその負担額の変更について通知いたします。
- ⑦ 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）。償還払いとなる場合、利用者が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。
- ⑧ 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。
- ⑨ ご利用者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

(2) 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利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金表〉

項目	サービスの概要
1. 居住費	施設サービスに係る質量及び光熱水費相当額を負担していただきます。 外泊、又は入院時に居室を確保している場合、引き続き当該居室の居住費をお支払いいただきます。減免対象の方は、外泊時費用の算定期間は適用されますが、期間を超えた場合、適用されずに基準費用額をご負担いただきます。外泊期間中に、施設より地域の利用者の方に空床利用で使用の申し出があり了承いただいた場合は居住費の負担はありません。
2. 食費	施設サービスの食事に係る食材料費及び調理費用相当額を負担していただきます。(おやつは含みません。) 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに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。 原則 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ また、利用者の自立支援のために離床して食堂にて食事を提供します。
3. 特別な食事	捕食；厚生労働大臣が定める基準に基づき、利用者が選別する特別な食事の提供を行った場合に費用（実費）を頂きます。
4. 理美容	出張による理美容サービスをご利用できます。(実費)
5. 貴重品の管理	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。 ○管理する金銭の形態 事業所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出た印鑑、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出しが必要な場合、備え付けの「預かり金払い出し依頼書」を保管管理者へ提出して頂きます。 保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引出しを行います。保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しを利用者へ交付します。(1,500円/月) ・介護保険者証・後期高齢者保険者証は無料でお預かりできます。
6. レクリエーション・行事	利用者の希望により、レクリエーションや行事等のアクティビティ活動に参加した際の材料に要する費用を頂きます。(材料代等の実費)
7. 日常生活用品	日常生活に要する費用で、衣類、履物、洗面用具等のご利用者負担して用者に負担頂くことが適当で日用品の購入代金をご負担いただきます。 ※おむつ代は介護保険給付対象となっており、施設が用意した物を利用していただきますので、ご利用者の費用の負担ありません。 (メーカー指定の場合は実費) ※立替の依頼・同意 <input type="checkbox"/> 依頼する (<input type="checkbox"/> 医療費、 <input type="checkbox"/> 日常生活用品 (嗜好品含む)) ・ <input type="checkbox"/> 依頼しない
8. コピー	個人的な希望でコピーを利用される場合はご負担いただきます。 (10円/枚)
9. 外出支援	利用者の個人的な外出・外泊時の移送サービス 10 km以内 500円 10 km以上 500円 + 1 km毎 20円

10. クリーニング	ご利用者の選択者について、水洗い可能な物の範囲で洗濯サービスは無料で行います。それ以外の選択者については、ご自宅へのお持ち帰り、もしくはご利用者の費用負担でクリーニング店等の専門業者へ依頼することが出来ます。(実費)
------------	--

別表 3

ご利用者の選定するサービス

項目		料 金		ご希望	
				はい	いいえ
1 特別な食事	①プリン	特別な食事について記載以外の提供はありません	実費	はい	いいえ
	②ヨーグルト			はい	いいえ
	③牛乳			はい	いいえ
	④バナナ			はい	いいえ
2 おやつ		55 円 / 1 回 (税込)		はい	いいえ
3 理美容代	1 回カット代		実費	はい	いいえ
4 貴重品の管理	1 ヶ月		1,500 円	はい	いいえ
5 複写物の交付		1 枚	10 円	はい	いいえ
6 移送		10km 以内	500 円	はい	いいえ
		10km 以上 1km 毎	20 円		

別表 4

主な年間行事について

下記の月頃に行事を実施します。行事のご参加に参加費 100 円を徴収いたします。

月	行事内容	ご希望	
4 月	誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5 月	誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6 月	誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7 月	納涼大会、誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8 月	奄美まつり見学、誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9 月	敬老会、誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10 月	運動会への参加、誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11 月	追悼礼拝、誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12 月	クリスマス会、もちつき大会、誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1 月	新年会、誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2 月	花見、誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3 月	誕生会	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
その他	買い物等での外出	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

奄美佳南園 看取り介護同意書

介護老人福祉施設 奄美佳南園（ユニット型）

施設長 村田 勇樹 殿

介護老人福祉施設奄美佳南園を入居利用するにあたり、「奄美佳南園看取り介護に関する指針」を受領し、その内容に関して担当者より説明を受け、十分に理解した上で、意向を記入し同意します。

年 月 日

様の終末期（看取り介護）についての確認事項

1	「終末期（看取り介護）について」 理解されましたか	はい いいえ
2	看取りの場所の希望	当園 病院 自宅
3	付き添いの希望はありますか	ほぼ24時間 随時（夜間 昼間） 食事時間 看取りの瞬間のみ
4	経口での食事が困難になった場合	できるだけ経口で良い 病院で点滴 経管栄養（胃ろう 経鼻）
5	園での看取りを希望されながらも万が一入院となった場合の延命治療はしますか？	人工呼吸器 （する しない） 手術（する しない） 症状や苦痛の緩和のみ
6	ご家族間で話し合いはされていますか	はい いいえ
7	ご本人・ご家族の意見 希望・その他	

〔施設利用者〕 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

〔身元引受人〕 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

〔説明担当者〕

介護老人福祉施設奄美佳南園（ユニット型） 職名 _____ 氏名 _____

※ この事項につきましては現時点でのものであり、終末期が近いと判断される場合、主治医・担当者から再度説明させて頂いた上で同意書を頂きます。

「個人情報」提供・使用に対する同意書

私（利用者）及びその家族等の個人情報については、奄美佳南園における秘密保持に関し、下記の場合にその必要とする範囲内で使用することに同意します。

記

1. 事業者が、介護保険法等関係法令に従い、利用者の個別支援計画に基づくサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において使用する場合
2. 利用者の行政等関係機関及び地域包括支援センター・居宅介護支援事業所からの照会に応じる場合
3. 利用者が入院等医療機関で受診する際、医療機関に対して個人情報を使用する場合
4. 事業者が、利用終了によって利用者を他の施設へ紹介するなどの援助を行うに際し必要な個人情報を使用する場合
5. 他の介護サービス給付費等の請求等のため行政機関への連絡調整において使用する場合、及び、行政機関からの照会への回答を行うため使用する場合
6. 施設賠償事由等が発生したことにより保険会社等へ情報提供する場合
7. 法律で定められた報告、届出、統計等を行うために使用する場合
8. サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守するとともにその都度了解を得ることとします。
9. 実習生・ボランティアを受け入れる場合。なお、実習生の場合、ケース担当としてつく場合は、ご本人、ご本人に確認できない場合は家族に、その都度同意を得るものとします。
10. 施設便り発行・DVD作成（施設行専用）など、写真を使用する場合
上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

年 月 日

社会福祉法人聖隷福祉事業団

奄美佳南園（ユニット型） 御中

利用者	住 所	
	氏 名	印
署名代行者	氏 名	（続柄） 印
家族代表者	住 所	
	氏 名	（続柄） 印