

特定施設入居者生活介護等利用契約に基づき、次の事項を確認します。

本書面は、市町村による要支援認定又は要介護認定（以下、「要介護認定等」という。）の確定・変更等についての内容を確認する目的と、これにより利用者が負担することになる料金の目安等を確認する目的で作成するものです。

1. 本確認書の当事者の確認

・利用者名： _____

(介護保険被保険者番号： _____)

・事業者名：株式会社 伊豆の里

・特定施設入居者生活介護事業所名：有料老人ホームサンリッチ伊東
(静岡県、事業所番号 2270400563)

・介護予防特定施設入居者生活介護事業所名：有料老人ホームサンリッチ伊東
(静岡県、事業所番号 2270400563)

2. 市町村による要介護認定等の決定・更新内容

・介護保険制度による要介護認定等の（決定・更新）は次の内容でした。

(1) 要介護認定等の（決定・更新）された日： H . R 年 月 日

(2) 上記の要介護認定等の内容（該当するものを○で示します）

(要支援 1 要支援 2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5)

(3) 上記の要介護認定等の有効期間：

H . R 年 月 日～令和 年 月 日

(4) 上記の要介護認定等に伴う認定審査会の意見

(5) その他の重要な事項

・利用者に対する適切な介護の提供に必要と考えられる具体的な介護サービスの内容は、本書の確認とは別に、入居者、家族との協議とその合意に基づき決定される「特定施設等サービス計画」によるものとします。

・当該サービス計画の作成・変更や内容の説明等については、利用者の希望に応じていつでも対応いたします。

3. 利用者が締結する利用契約の種別（該当するものを○印で示します。）

(1. 介護予防特定施設入居者生活介護 2. 特定施設入居者生活介護)

4. 利用者の介護サービスに関する利用料の内容等の目安

(1) 当ホームにおける介護費(31日分)について (令和元年10月 1日)

要介護認定等の結果	1日の基本単位	介護費の目安(31日分)(単位)	処遇改善加算額8.2%(単位)	特定処遇改善加算額1.8%(単位)	サービス提供体制強化加算額(1日18単位31日分)		合計(単位)	地域区分その他(円)	法定代理受領相当分の目安(31日分1割負担の場合)(円)	利用者負担分の目安(31日分1割負担の場合)(円)
要支援1	181	5,611	460	101	558		6,730	10	60,570	6,730
要支援2	310	9,610	788	173	558		11,129	10	100,161	11,129
要介護1	536	16,616	1,363	299	558		18,836	10	169,524	18,836
要介護2	602	18,662	1,530	336	558		21,086	10	189,774	21,086
要介護3	671	20,801	1,706	374	558		23,439	10	210,951	23,439
要介護4	735	22,785	1,868	410	558		25,621	10	230,589	25,621
要介護5	804	24,924	2,044	449	558		27,975	10	251,775	27,975

(2) 入居者の介護サービス利用についての負担金額(31日利用の場合の目安)

単位：(円)

		法定代理受領の場合	償還払いの場合	備考
介護保険給付対象サービス分	利用者負担額 1割相当の場合 (A)	6,730円 ～ 27,975円		<ul style="list-style-type: none"> ・31日分の目安です。 ・利用日数によりかわります。 ・消費税は非課税です
	法定代理受領相当分 (9割相当の場合) (B)	60,570円 ～ 251,775円		
(C)基準を上回る部分の考え方は、後述に説明します。				
(D)介護保険給付対象外サービス費用 介護サービスの提供は別添の介護サービス一覧表に基づいて介護保険給付で賄います。ただし、サービスの給付範囲や保険給付外の実費支払いについては、重要事項説明書の利用料金欄に記載のほか、別添の「おむつ代等一覧表」などによります。		実費 (C)	実費	<ul style="list-style-type: none"> ・実際の利用に応じてかわります。 ・消費税は課税です。
合計(当ホームへの支払料金の目安)		(A)+(B)+(C)		

※介護報酬については令和元年10月1日現在のものです。

ア. 介護報酬については令和元年10月1日現在のものです。当ホームにおける介護保険給付対象外サービスの費用については、別に定める「介護サービス等の一覧表」「おむつ代等一覧表」「各種費用の明細表」などによります。

イ. 当ホームの介護費は、1単位＝10円（その他）です。

ウ. 上記表には介護職員処遇改善給付加算、介護職員等特定処遇改善給付加算、サービス提供体制強化加算が含まれています。

エ. 上記表の利用者負担額は1割、2割、3割の負担割合になりますが、各個人の所得状況により負担割合が決められています。

(3) 「基準を上回る部分」の考え方

ア. 当施設での標準的入浴回数は週に3回となっておりますが、身体状況(汗も、汚れなど)や医師の指示がある場合には、この回数を超えて入浴することが可能です。この場合の費用は介護保険給付で賄います。

イ. 当施設での標準的洗濯回数は週に2回となっておりますが、汚れ物が著しく多く出た場合で着替えがない場合に限り、この回数を超えて洗濯をいたします。この場合の費用は介護保険給付で賄います。

ウ. 当施設での標準的居室清掃回数は週に1回となっておりますが、著しく汚れた場合に限り、この回数を超えて居室清掃をいたします。この費用は介護保険給付で賄います。

エ. 保険制度における人員配置が手厚い場合とは、要介護者等の数が2.5又はその端数を増すごとに1人以上の直接処遇員(看護・介護職員)が配置されていることとされています。当施設では、この手厚い人員配置(2.5:1以上)にそってサービス提供をしておりますが、この費用は介護保険給付で賄います。

オ. 介護保険給付以外のサービスには消費税が課税されます。

(4) 利用料金の支払い方法

上記の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月の10日前後に明細をそえてご請求します。尚、支払い方法は管理費や食費などに準じるものとします。

5. 同意事項

「介護保険による介護費」の支払方法について（どちらかを選択してください）

ア. 「法定代理受領」を選択し、
事業者に対し1割又は2割又は3割の負担のみを支払う。 ()

イ. 「償還払い」を選択し、
事業者に対し10割全額を支払い、市区町村への請求を行う。()

6. その他の確認事項

入居者が希望すれば、当施設の特設施設入居者生活介護サービスに代えて、訪問介護等の介護サービスを利用することが可能です。

ア. 施設の特設施設入居者生活介護サービスを利用する。()

イ. 訪問介護等の介護サービスを利用する。()

上記すべての内容について、説明を受け、同意いたしました。

令和 年 月 日

入居者名 _____ 印

利用者が署名されない場合は、利用者印は捺印しないでください。

立会人(代理人) _____ 印

(入居者との関係: _____)

上記の内容について、説明を行い、ご本人等の同意について確認しました。

事業者：株式会社 伊豆の里

説明者：_____ 印

なお、入居者の「特定施設入居者および介護予防特定施設入居者生活介護サービス計画」を作成する者は下記の者を予定しています。

計画作成担当者： 只野 広美

加算給付同意書

(特定契約時「介護保険利用時」)

私は、「有料老人ホームサンリッチ伊東」が私に対して提供する特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護において、以下の加算給付を受けることに同意します。

記

○介護職員処遇改善加算

介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、基本報酬と各種加算報酬の合計に一定率（特定施設の場合は 8.2%）を乗じる体制加算です。

○介護職員等特定処遇改善給付加算

介護サービスに従事する介護職員のさらなる賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、基本報酬と各種加算報酬の合計に一定率（1.8%）を乗じる体制加算です。

○サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算（介護福祉士の人数など）として、1日あたり（18単位×10円）が加算されます。

令和 年 月 日

利用者氏名 : _____

立会人（代理人） : _____
(入居者との関係 : _____)