重要事項説明書・個人情報使用同意書
及　契　約　書

【 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 】

＜　令和　8　年　10　月　1　日　＞

医療法人社団　　福　　寿　　会

グループホーム　すずめのお宿・西伊興

グループホーム　すずめのお宿・西伊興

重　要　事　項　説　明　書

当事業所が提供する指定居宅介護サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

１．利 用 料 金

（１） 別紙参照。

（２） 家賃

月額：６９，８００円

＜ 内　訳 ＞

１）減価償却費を含む金額です。

２）外出泊、入院等していても在籍中は、徴収します。

３）月途中の入退居該当者は、**２，４００円／日**で算出し、請求させていただきます。

４）入居、退去に伴う個人のお荷物の搬入日から搬出日までは家賃が発生します。

５）退去の際のお荷物搬出後、私物を一時的に当事業所で保管することを希望された場合は、１日につき８００円の保管料を請求させていただきます。又、保管場所を他の利用者さまが使用中の場合はご希望に添えない場合がありますので、ご了承下さい。

（３） 共有使用消耗費

月額：実費按分負担（ 約7,000～10,000円 程度 ）

（月中途入退居の場合は、日割り計算で算出し負担して頂きます。）

＜ 内　訳 ＞

１） 日常生活用品（共同生活住居で供する用品）
蛍光灯、トイレットペーパー類、洗濯洗剤、食器等

２） 新聞、雑誌等購読料

３） 町会費、地域行事参加費等

４） ＮＨＫ 受信料（現在免除）

５） 園芸活動用品（ 肥料、苗、物用品購入費等 ）

６） 常備薬購入費

７） エレベーター保守管理点検費

８） その他、ホームで行う行事の参加費用等

（4） 水光熱費

月額：実費按分負担（ ８，０００円～１５，０００円程度 ）

＜ 内 訳 ＞

1） 電気・ガス料金は、ホームに請求された１ケ月使用料の総額を利用者(入居者)全員と事業所（各階分として負担）とで按分負担します。

2） 水道料金は､ホームに請求された２ケ月分の使用量の総額を利用者(入居者)全員と事業所(各階分として負担）とで按分負担します。

3） 月中途入退居の場合は、日割り計算で算出し負担して頂きます。

4） 請求は１～２ケ月遅れとなり、端数の小数点以下は切り上げとします。

（5） 食 材 費

日額：１，５００円

＜ 内 訳 ＞

1） 食事に関する全ての費用
食材、調味料、出前、外食

2）外泊・入院等の当日に１食でも準備・提供しなかった場合は、徴収しない。

（6） 利用者、家族等の自己負担

1） 個人的に居室で使用する生活用品（ カーペット、電化製品、家具、寝具類等 ）

2） 日常的に個人が使用する物品（ 衣類、履物、雑貨、医薬部外品、タオル、衛生材料等 ）

3） 排泄用品（ おむつ類 ）

4） 医療費、調剤負担金、市販薬購入費

5） 個人的に要する通院等の交通費

6） 個人的に購入・購読する費用

7） 理美容料金

8） その他、個人に帰する費用等

2．利 用 料 金 等 の 改 定

1） １－（1）に係わる法定介護費の改定を厚生労働大臣が行なった場合は、施行日に遡り算定し利用者に請求します。

2） １－（2）、（3）、（5）、（6）に係わる利用料金の額に関しては、土地、建物、物価等の価格急激な上昇、賃貸借料その他経済情勢に大幅な変動があった場合は、利用者(入居者)へ書面で通知し、利用料金を改定いたします。

3．法定代理受領サービスに該当しない利用料等の帳簿閲覧

１－（2）から（6）に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供したサービスの内容、費用の額を記載した帳簿は、利用者及び家族の申し出により閲覧することができます。
その内容は「利用者預り金等取扱規程」に準じるものとします。

４．入 退 居 に つ い て

（１）　入居の申し込み

　要介護認定を受けた利用者で、当事業に該当する利用者が入居申し込みの対象者となります。当ホームでは、居室に空室が生じた場合に、その都度、入居者の募集を行います。

（２）　入居の判定

　入居(利用)の意思が明確である利用者に対して、事前面接情報と診療情報提供書をもとにして、数名の委員で構成する判定会議を開き、入居対象者か否かを総合的に判定し、その結果を５日以内に通知します。

（３）　入居日及び決定通知

　入居を希望した利用者全員に対して、入居判定会議の結果を文書で通知いたします。

入居が決定した利用者は、ホームと事前協議の上、入居日及び私物の搬入日を決定します。

（４）　退居について

　利用契約書第８条に該当した場合は、以下の手続きを経て退居及び契約の終了となります。

　１）　入居者及び家族の意向を踏まえて、退居判定会議での「退居決定」が必要となります。

　２）　退居先については、事業者・本人・家族等と協議した上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、必要な援助を行います。

　３）　退居先が決定次第、退居日を決定し、私物等の搬出は本人及び家族に行って頂きます。居室の現状復帰に伴う清掃は、当事業所が指定した業者でお願いしております。主に壁紙の張り替え、エアコンの清掃、フローリングのワックス清掃（場合によっては、張替）費用が掛かります。状態にもよりますが、約１０万円前後の費用がかかることになります。

　４）　利用料金等の清算及び個人的な物品、購入費等は、退居日までに現金で行って頂きます。なお、実費按分負担となる水光熱費等の費用は後日、請求し清算して頂きます。

５．利 用 に 際 し て の 留 意 及 び 禁 止 事 項

（１）　定員の厳守

居室の定員は１名とする。但し、利用者の処遇上必要と認められる場合は２名とすることが出来るものとする。

（２）　利用方法

居室で使用する家具、電化製品、寝具及びインテリア（調度品）等は利用者及び家族が持ち込みをして下さい。ただし、大型家具、危険物と判断される物品等の搬入及び居室の改修等は制限する場合がありますので、事前にご相談下さい。

（３）　医療等に関する事項

１）医療機関等の受診は、通常の通院及び訪問診療は在宅時と同様に利用できますが、原則的に通院等の付添いはご家族に行っていただきます。

２）当事業所は、母体である医療法人、又、グループ内の医療機関と連携し、健康管理、医療連携体制を強化しています。緊急時を含め、２４時間連絡、対応が可能な体制をとり、普段から定期的な訪問診療にて健康管理を行っています。

ご家族での通院、受診対応が難しく、ご希望される場合はご利用いただくことが可能ですので、お気軽にご相談下さい。

３）ご入居者が、急変した場合は、予め協議した手順で対応しますが、緊急性が高いと判断される場合は、事業者の判断で協力医療機関等へ搬送いたします。

４）急性期でない病状の進行や身体機能の低下に伴い、ご入居者自身で身の回りのことを行うことが困難（重度化）になられた場合は、法人・グループ内の施設・医療機関と連携し、医療・介護のサービスの継続に努めてまいります。

当事業所でのサービスの継続については、その時点での当事業所のサービス提供能力とご入居者及びご家族の協力体制等を協議の上、総合的な視点でご希望に副える努力をしてまいります。

（4） 生活上での制限

・喫煙は、防火管理上指定された場所にてお願いいたします。
・飲酒は原則的に自由ですが、入居者の心身の状態によっては制限をすることもあります。
・宗教活動等は自由ですが、他入居者への布教活動及び共同スペースでの信仰活動等は禁止いたします。
・金銭等は、自己管理が原則です。金品等の紛失及び盗難等による被害について事業者は一切の責任を負いません。
・私物等の衛生管理は、原則的に入居者及び家族に行って頂きます。衛生上に問題があると判断される場合は、事業者の判断で援助、指導又は家族に依頼いたします。

6．法 人 の 概 要

（1）当法人の概要

開 設 者 の 名 称	医療法人社団　福　寿　会
主たる事業所の所在地	東京都足立区梅田七丁目 32 番 6 号
電　話　番　号	03-5681-0336（代表）　FAX　03-5681-8080
法人の種別及び名称	医療法人社団　福　寿　会
代　表　者　職	理事長
代 表 者 氏 名	福　岡　靖　介
業　務　の　概　要	診療所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、通所介護施設、居宅介護支援事業所、足立区在宅介護支援センター、在宅を含めた総合的な医療・看護・介護サービスをご提供しております。

（2）サービス提供施設の概要

認知症対応型共同生活介護事業所 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所	**すずめのお宿・西伊興**
所　在　地	東京都足立区西伊興四丁目７番２１号
介護保険事業所番号	第　1392100945　号
管 理 者 氏 名	小池　聡子
電 話 番 号	03-5647-6510 ㈹

(3) 職員の勤務体制

職員の職種	人　員	体制の種別	資　　格　(そ　の　他)
ホ　ー　ム　長	1　人	常　勤	介護福祉士 東京都認知症介護管理者研修修了者 甲種防火管理者
計画作成担当者	2　人	常　勤 常　勤	介護福祉士 東京都認知症介護実践者研修終了 介護福祉士　介護支援専門員 東京都認知症介護実践者研修終了
介護従事者 (非常勤を含む)	12名	常　勤 8名 非常勤 4名	＜内訳＞ 1．介護福祉士：　8名 2．初任者研修：2名 3．ヘルパー2級：　1名 4．実践者研修終了：　1名

7．サービスに関する苦情

○利用に関する苦情等は、当ホームの担当者及び管理（責任）者が、受け付けをいたします。

′

【苦情受付責任者】 グループホーム すずめのお宿・西伊興	ホーム長　小池　聡子 【電話番号】　03-5647-6510 【電話以外】　〒121-0824 足立区西伊興4-7-21 【対応時間】　ホーム長勤務時間内

社会福祉法人 足立区社会福祉協議会 基幹地域包括支援センター	【電話番号】　03-6807-2460 【電話以外】 〒121-0816 足立区梅島 2-1-20　1 階 相談員　　担 当 職 員 対応時間　　午前 9 時～午後 5 時 （日曜、国民の祝日及び年末年始は休日）
東京都国民健康保険団体連合会 相談指導課相談窓口 （略称：国保介護保険相談窓口）	【電話番号】　03-6238-0177 【電話以外】 〒102-0072 千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 10 階 相談員　　担当職員 対応時間　　午前 9 時～午後 5 時 （土、日、国民の祝日及び年末年始は休日）
足立区　福祉部　介護保険課	【電話番号】　03-3880-5111 【電話以外】 〒120-8510 足立区中央本町 1-17-1 相談員　　担 当 職 員 対応時間　　午前 9 時～午後 5 時 （土、日、国民の祝日及び年末年始は休日）

8．共同生活を送る上での事故・トラブル等について

グループホームは認知症性高齢者が共同生活を送る「生活の場」です。一般家庭でも起こる可能性がある事故・トラブル等はもちろん病状の急激な変化や悪化等が生じることが充分考えられます。
当ホームは、介護保険施設ではなく家庭の延長である「住まい」であることをご理解ください。心身状態の悪化に対応できるよう医療機関等とは協力体制を締結しておりますが、共同生活上でのリスクを最大限回避できるよう職員が見守り、支援を行います。

9．拘束等に関する規定

当事業所は、サービスの提供に当たって、ご入居者自身、又、他のご入居者さま等の生命、心身を保護するため、緊急かつ止むを得ない場合を除き身体の拘束、言動制限、施錠、薬物の過剰投与等は原則
行いません。緊急且つ止むを得ない場合とは、他者に対する暴力行為や自傷行為を制止する場合、認知症状や精神面が不安定な為、必要な入院加療が行えず、ホームで可能な範囲で医師の指示による医療行為が行われる場合（点滴等）などに事故を防ぐことを優先する場合などがあげられます。
これらの状況が予め予測される場合は、その都度ご家族さまへご説明し、ご相談させていただきます。
グループホームでのサービス提供におきましては、当然のことながら拘束自体がありえませんのでご安心下さい。

１０.損害賠償等の加入

共同生活介護で提供したことによる、ご利用者及びその財産等への損害を与えた場合には、当ホームが加入している損害保険等で賠償いたします(状況によっては審査等に時間を要する場合もあります)。
サービスに関する苦情等については、第９項の「公的苦情受付機関」でも相談が可能です。

１１．カスタマーハラスメントへの対応

1. 本事業所は、利用者又はその家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超える要求又は言動により、職員の就業環境を害するおそれのある行為（以下「カスタマーハラスメント」という。）について、職員の安全及び尊厳を確保し、適切な介護サービスを継続的に提供するため、組織として必要な対応を行うものとする。

2. 前項に定めるカスタマーハラスメントには、次に掲げる行為を含むものとする。

ただし、これらに限られるものではない。

⑴ 暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言

⑵ 業務の範囲を超える過度又は不当な要求

⑶ 合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・クレーム

⑷ その他、職員の就業環境を著しく害する行為

3. 本事業所は、職員が安心して相談できる相談体制を整備し、職員研修や対応マニュアルを整備して、必要に応じて法人本部、関係機関等と連携しながら対応するものとする。

4. 本事業所は、カスタマーハラスメントが発生した場合、複数名による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じて適切な対応を講ずるものとする。

5. カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について、利用者又はその家族等と協議を行うことがある。

個 人 情 報 使 用 同 意 書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

― 記 ―

1　使用する目的

利用者のため、円滑なサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者及び行政機関との連絡調整などにおいて、必要な場合に使用いたします。

（利用例）

・ご利用者さまにご提供する適切な介護サービスの提供に関すること。
・医療保険、介護保険等の請求事務
・事故等の報告、連絡、相談
・主治医の所属する医療機関、連携する医療機関等からの照会。
・家族等、介護者への説明。
・審査支払機関への請求書の提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答。
・学会等での発表（原則、匿名。匿名化が困難な場合にはご利用者さまの同意を得ます。）　等

2　使用する期間

契約の期間内とします。

3　使用条件

（1）　個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

（2）　個人情報を使用した会議、相手方、内容などの経過を記録しておくこと。

この個人情報使用同意書に異議がないことを認め、使用に同意します。

令和　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 理 人（続 柄　　）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご 家 族（続 柄　　）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

すずめのお宿・西伊興
利 用 契 約 書

（ 認知症対応型共同生活介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護 ）

利用者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様 （以下「利用者」という。）と グループホームすずめのお宿・西伊興（以下「事業者」という。）は、事業者が利用者に対して提供する認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護について、次のとおり契約を締結する。

第 1 条 (契約の目的)

事業者は、利用者に対し介護保険法令の趣旨に従って認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供し、利用者は事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払う。

第 2 条 (契約期間)

1）この契約期間は、令和　　年　　月　　日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとする。

2）契約満了日までに、利用者から事業者に対して文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとする。

第 3 条 (介護計画の作成)

事業者は、以下に掲げる事項を必要な研修を受講した介護計画作成者に担当させる。

1）利用者の心身の状況・希望・現在の環境を踏まえて介護従事者と協議し、援助の目標・当該目標を達成するための具体的サービス内容を記載した計画を作成する。

2）利用者及びその家族へ作成した介護計画を説明する。

3）利用者の心身の状況に応じて介護計画の変更を行う。

第 4 条 (認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの内容)

1）事業者は介護計画に沿って、利用者に対し介護保険法令で定める必要な援助を提供する。

2）利用者が利用できるサービスは「重要説明事項」に定めた内容を提供し、利用者及びその家族に説明する。

3）事業者は、サービスの提供に当たり、利用者自身又は他の利用者等の生命・身体を保護するため緊急且つやむを得ない場合を除き、車椅子や室内で身体の一部を拘束する・言動制限・居室の外からの施錠・薬物の過剰投与等は原則行わない。但し、夜間は防犯上、建物の玄関や出入口等の施錠を職員が確認する。

第 5 条 (要介護認定の申請に係わる援助)

1）事業者は、利用者が要介護認定の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行えるように支援する。

2）事業者は、利用者が希望する場合は、要介護認定等の申請を代行する。

第 6 条 (サービス提供の記録)

1）事業者は、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供に関する個人記録を作成し、これを契約終了後２年間保管する。

2）利用者は、事業者の所定時間内にその事業所内で、当該利用者に関する第１項のサービス実施記録を閲覧することができる。

3）利用者は、当該利用者に関する第１項のサービス実施記録の複写物を実費で交付を受けることができる。

4）前項の費用は、別途に定める。

5）第８条　第１項から第３項の規定により、利用者又は事業者が解約を文書で通知し、且つ利用者が希望した場合、事業者は直近の介護計画及び実施状況に関する書面を作成して利用者に交付する。

第 7 条 (料金の請求及び支払い)

1） 利用者は、サービス提供の対価として「重要説明事項」に定める料金を毎月ごとに合計して事業者へ支払う。

2） 事業者は当該月の料金を集計し請求書に明細を添付して、翌月 15 日までに利用者へ請求する。

3） 利用者は当該月の合計金額を翌月末日までに、事業者が指定する方法(原則、口座自動引き落とし、振り込み、現金払い)で支払いを完了しなければならない。

4） 利用者は、料金の支払いに関する第１項から第３項を、家族等に委任することができる。

5） 事業者は、利用者又は家族等から料金を受領したときには、支払者に対し領収書を発行しなければならない。

第 8 条 (契約の終了)

1） 利用者は、事業者に対して 10 日間の予告期間をおいて文書で通知することにより本契約を解約することができる。
但し、利用者は事業者による契約不履行・不法行為があった場合は、即時契約解除ができる。

2） 次の項に該当した場合、事業者は利用者に対して 30 日間の予告期間をおいて且つ文書で通知することで、本契約を解除できるものとする。

① 利用者はサービス提供を受けたにも関わらず、正当な理由なく２ケ月分以上、料金を延滞し、更に督促後 10 日以内に支払いが確認できなかった場合。

② 利用者が、事業者の再三の警告や注意にも関わらず、禁止事項に反する行為があった場合。

③ 利用者の心身状態の悪化によって、継続して共同生活を営むことが医学的に困難と判断された場合。

④ 利用者の言動が専門医によって医学的に共同生活が困難と判断（診断）された場合。

⑤ 利用者が、治療または常時介護を要するために医療機関や介護施設等に入院・入所し、２ケ月以内に退院・退所の見込がない場合、若しくは２ケ月を経過しても退院できないことが明らかな場合。(要診断書)

3）　次に事由に該当した場合は、自動的に即時契約は終結する。

①　利用者が介護保険施設に入所した場合。

②　利用者が医療機関等へ連続して２ケ月以上入院した場合。

③　利用者の要介護認定結果が「非該当」又は「要支援」と認定された場合。

④　利用者が死亡した場合。

⑤　利用者及び家族等が、利用申し込み又は締結に際して虚偽の申請があった場合。

第 ９ 条 （退所の援助）

事業者は、契約が終了し利用者が退所する際には、利用者及びその家族の希望や退所後の環境等を勘案し、円滑に退所できるように助言をする。

第１０条 （秘密保持）

事業者及び事業者が雇用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしてはならない。この守秘義務は契約終結後も同様とする。

第１１条 （賠償責任）

事業者は、サービス提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償する。

第１２条 （相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対する窓口を設置し、自ら提供したサービス計画に位置付けた指定認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護等に関する利用者の要望・苦情等に対して迅速に対応しなければならない。

第１３条 （連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合等は、速やかに医師へ連絡する。更に、事前に確認した家族等の連絡先に可能な限り連絡し、必要な措置を講じなければならない。

第１４条 （本契約に定めない事項）

①　利用者と事業者は、信義誠実をもって本契約を履行しなければならない。

②　本契約に定めない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意をもって協議した上で定めるものとする。

第１５条 （裁判管轄）

利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意するものとする。

私は、重要事項説明書（別紙）・契約書の内容説明を受けたので、下記のとおり、契約を締結します。また、個人情報使用同意についても同意書記載範囲内で使用することに同意いたします。本契約を証するため、本書を２通作成し、利用者・事業者が署名押印の上、１通ずつ保有するものとします。

◎以上の説明を、令和　　年　　月　　日に、下記の職員がご説明致しました。

説明した職員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

(利　用　者)

〒＿＿＿＿－＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿（＿＿＿＿＿）＿＿＿＿＿＿

(代　理　人)

〒＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　・　続柄（＿＿＿＿＿＿）

電話番号 ＿＿＿＿＿（＿＿＿＿＿）＿＿＿＿＿＿

(ご　家　族)

〒＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　・　続柄（＿＿＿＿＿＿）

電話番号 ＿＿＿＿＿（＿＿＿＿＿）＿＿＿＿＿＿

(事　業　所)

〒　121－0824

所 在 地　東京都足立区西伊興四丁目７番２１号

名　　称　**グループホーム　すずめのお宿・西伊興**

管 理 者　**ホーム長　　小池　聡子**

電話番号　０３－５６４７－６５１０　㈹

(事　業　者)

〒１２３－０８５１

所 在 地　東京都足立区梅田七丁目 32 番６号

名　　称　**医療法人社団　福　寿　会**

代 表 者　**理 事 長　　福　岡　靖　介**

電　　話　０３－５６８１－０３３６　㈹

【別紙】

利用料金

１．法定介護費

（１）法定介護費（令和6年6月1日現在）

要介護区分	要支援２ 要介護１	要介護２	要介護3	要介護4	要介護5
介護給付費（単位数／日）	749 753	788	812	828	845
	厚生労働大臣が定める指定居宅サービス介護給付費の額				

各種加算

加算項目	介護給付費（単位数／日）
初期加算	３０単位／日
若年性認知症利用者受入加算	1日の法定介護費+120単位／日
入退院の支援の取り組み加算	①1日につき246単位を加算。②初期加算1日につき30単位を加算。
看取り介護加算Ⅰ	死亡日以前31日以上45日以下　72単位／日
看取り介護加算Ⅱ	死亡日以前4日以上30日以下　144単位／日
看取り介護加算Ⅲ	死亡日以前2日　680単位／日
看取り介護加算Ⅳ	死亡日 1280単位／日
医療連携体制加算Ⅰ	37単位／日（要支援2除く）
医療連携体制加算Ⅱ	5単位／日（要支援2除く）
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位／日
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150単位/月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120単位/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位／日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位／日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位／日
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	すべての利用者負担額　×　18.6%
科学的介護推進体制加算	40単位/月
栄養管理体制加算	30単位/月
協力医療機関連携加算	100単位/月
退居時情報提供加算	250単位/回
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5単位/月
新興感染症等施設療養加算	240単位/日
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100単位/月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位/月

※　変更があった場合は、文書にて通知します。