

サービス付き高齢者向け住宅

登録番号：12067

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)

事業所番号：1372113280

ハートランド足立

特定施設入居者生活介護サービス契約書

株式会社ワイグッドケア

(標題部)

1. 契約締結日： _____ 年 月 日

2. 契約期間： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

3. 特定施設の表示

名 称 ハートランド足立

所在地 東京都足立区堀之内2丁目8番7号

特定施設入居者生活介護：第1372113280号（令和2年9月1日指定）

介護予防特定施設入居者生活介護：第1372113280号（令和2年9月1日指定）

4. 契約当事者の表示

利 用 者： _____ (印)

() (年 月 日生)

事 業 者：株式会社ワイグッドケア 代表取締役 山崎 保 (印)

住 所：埼玉県本庄市寿一丁目25番13号

5. 契約当事者以外の者

身元引受人： _____ (印)

住 所：

利用者との続柄：○配偶者・○身元引受人・○家族（具体的に： _____)

(前文)

入居者と事業者は、介護保険法その他の法令（「以下、「介護保険法令等」という。」に定める介護予防特定施設入居者生活介護又は特定施設入居者生活介護（以下、「特定施設等」という。）の利用にあたり、下記の通り契約（以下、「本契約」という。）を締結します。

第一章 総則

第1条（契約の目的）

- 1 事業者は、特定施設等の利用者（以下、「利用者」という。）に対し、特定施設等において、介護保険法令等を遵守し、本契約の定めるところに従い、利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことを支援することを目的としてサービス提供します。
- 2 本契約に基づき提供されるサービスの内容（本契約第4条及び第5条に定めるもの。以下同じ。）は、重要事項説明書に添付する「介護サービス等の一覧表」に定める通りとします。

第2条（契約期間と更新）

- 1 本契約の有効期間は、標題部2の契約期間とします。
ただし、上記の契約期間満了日前に、利用者に関して介護保険法令等により行われる要支援認定又は要介護認定、更新認定、状態区分の変更認定、取消等の手続きにより、要支援認定又は要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定又は要介護認定有効期間満了日までとします。
- 2 契約満了日の7日以上前までに利用者から書面による更新拒絶の申し出がない場合、この契約は自動更新され、移行も同様とします。

第3条（運営規程）

事業者は、特定施設等において、以下に掲げる重要事項に関する規定（以下、「運営規程」という。）を定めます。

- (1) 事業の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務内容
- (3) 入居定員及び居室数
- (4) 事業の内容及び利用料その他の費用の額
- (5) 施設利用に当たっての留意事項
- (6) 緊急時等における対応方法
- (7) 非常災害対策
- (8) 虐待防止に関する事項
- (9) 利用者が介護居室又は一時介護室に移る場合の条件及び手続き
- (10) その他運営に関する重要事項

第4条（介護保険給付対象サービス）

- 1 本契約において、「介護保険給付対象サービス」とは、介護予防特定施設サービス計画又は特定施設サービス計画（以下、「特定施設等サービス計画」という。）に基づき、事業者が利用者に対して提供するサービスをいいます。

- 2 前項のサービスのうち、介護予防特定施設入居者生活介護においては、利用者の介護予防を目的とした入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の支援、並びに機能訓練及び療養上の世話をを行います。
- 3 第1項のサービスのうち、特定施設入居者生活介護においては、利用者に対して、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、並びに機能訓練及び療養上の世話をを行います。

第5条（介護保険給付対象外サービス）

本契約において、「介護保険給付対象外サービス」とは、介護保険の給付対象となる前条の特定施設等の介護保険給付とは別に介護に係る費用を受領できる介護サービスであって、厚生労働省令第35号第238条第3項第1号、厚生労働省令第37号第182条第3項第1号及び該当省令の解釈通知で老企第52号に定める、人員配置が手厚い場合の介護サービス及び個別的な選択による個別介護サービスをいい、別紙「重要事項説明書」の書面に定めるものをいいます。

第6条（介護等の場所）

- 1 事業者は、利用者に対し本契約に基づく介護予防サービス又は介護サービス（以下、「介護等」という。）を、原則としてホームにおける利用者の一般居室において提供します。
- 2 事業者は、利用者に対しより適切な介護等のため必要と判断する場合に、本契約に基づく提供の場所をホーム内において変更することがあります。

第7条（地域との連携等）

事業者は、事業運営にあたり、周辺地域住民が行う活動等を通じて地域との交流に努め、また地方自治体が実施する事業に協力するよう努めるものとします。

第二章 介護等の内容確認とその手続き

第8条（要介護認定等に伴う確認）

- 1 事業者は、利用者の要支援認定又は要介護認定が確定、更新、変更された場合、その内容を確認するために、次の各号に定める事項を含めた「要介護認定等に伴う確認書」を利用者に交付します。
 - (1) 要支援認定又は要介護認定の内容及びその認定日、有効期間
 - (2) 認定審査会の意見
 - (3) 市町村により確定されたその他の重要な事項
- 2 前項の確認に際して、事業者は、利用者に対して次の各号に定める事項について説明を行い、それについての利用者の意思を確認します。
 - (1) 本契約第4条に定める「介護保険給付対象サービス」に関する費用の額及び各種加算給付への同意、並びにその支払方法について法定代理受領とするか償還払いとするかの選択
 - (2) 本契約第5条に定める「介護保険給付対象外サービス」に関するサービス内容及び利用料金についての同意
 - (3) 本契約に基づくサービスの利用に関して、利用者が負担する利用料金や支払方法等が変更された場合の同意
 - (4) その他利用者又は事業者において必要と考えられる事項

第9条（特定施設等サービス計画の作成・変更）

- 1 事業者は、介護保険法令等に基づき、利用者ごとに特定施設等サービス計画の原案又は変更案を作成します。
- 2 前項の原案又は変更案は、利用者又はその家族に書面で交付し、かつ協議を行い、その同意を得たうえで決定します。

第三章 事業者の義務

第10条（事業者の守秘義務）

事業者は、正当な理由なしに、本契約に基づくサービスを提供するうえで知り得た利用者又はその家族に関する事項を第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

第四章 サービス利用料金の支払い

第11条（サービス利用料金）

- 1 利用者は、事業者に対して、本契約に基づき提供されたサービスの利用料金を、第8条及び第9条に基づき支払うものとします。
- 2 事業者は、利用者に対して、本契約に基づき提供されたサービスの内容に基づき、利用者が支払うべき利用料金の内訳やサービスの区分等を記載した請求書をあらかじめ送付します。

第12条（利用料金の変更）

- 1 介護保険法令等の改正に伴い本契約第8条第2項第1号に定める費用に変更があった場合、事業者は利用者等へ説明を行い、当該利用料金を変更します。
- 2 本契約第8条第2項第2号に定める費用を改定する場合、事業者は、重要事項説明書に基づく手続きをとるものとします。

第13条（証明書の交付）

- 1 事業者は、本契約に基づくサービス利用料金の支払いを受けたときは、利用者の求めに応じてサービス提供証明書を交付します。
- 2 前項のサービス提供証明書の発行に際し、事業者は利用者に対して、当該証明書の使用目的や提供先についての説明を求めることがあります。

第14条（損害賠償）

事業者は、本契約に基づくサービスの提供に当たって、万一事故が発生し利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、利用者に故意又は重大な過失がある場合は賠償額を減ずることができます。

第五章 契約の終了

第15条（契約の終了事由）

- 1 本契約は、次の各号の一つに該当するときは、終了します。
 - (1) 利用者が死亡した場合
 - (2) 介護予防特定施設入居者生活介護の利用者が、自立に認定変更された場合
 - (3) 特定施設入居者生活介護の利用者が、自立に認定変更された場合
 - (4) ハートランド足立普通貸借契約が終了した場合
 - (5) 事業者が介護保険法令等に基づく特定施設等の事業者指定を取り消された場合又は指定更新を行わなかった場合
 - (6) 利用者が特定施設等の利用に代えて、他の介護サービスの利用を選択した場合
 - (7) 第16条又は第17条に基づき本契約が解除又は解約された場合

第16条（事業者からの契約解除）

- 1 事業者は、利用者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつサービス付き高齢者向け住宅における通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することが出来ず、本契約を将来的にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することがあります。
- 2 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。
 - (1) 一定の観察期間をおくこと。
 - (2) 医師の意見を聴くこと。
 - (3) 契約解除の通告について90日の予告期間おくこと。
 - (4) 前号の通告に先立ち、利用者本人の意思を確認するとともに、入居契約で定める身元引受人等の意見を聴くこと。
- 3 事業者は、本契約に基づくサービス利用料金の支払いにつき、利用者がしばしば遅延し又は支払いがない場合など、本契約における事業者と利用者の信頼関係を著しく害するものであると判断した場合には、90日の予告期間において、本契約を解除することがあります。この場合、前項第4号の規定を準用します。
- 4 前項において、利用者が介護保険法令等に定める法定代理受領サービスを希望しており、本契約第8条第2項第1号に定める費用の支払いを遅延する場合には、事業者が本契約の解除に先立ち行う予告期間は90日とします。

第17条（利用者からの中途解約）

利用者は、本契約の有効期間中、いつでも本契約を解約することができます。この場合、利用者は契約終了を希望する日の30日前までに事業者に書面により通知するものとします。

第六章 苦情処理

第18条（苦情処理）

- 1 事業者は、本契約に基づくサービスに関する利用者からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置します。
- 2 利用者は、行政機関又は国民健康保険団体連合会の苦情申立機関や紛争解決機関に苦情を申し立てることができます
- 3 事業者は、利用者からの苦情申し立てがなされた場合、これに対して迅速かつ適切に対応するものとし、利用者に対して、これを理由とした差別的な待遇を行いません。

第七章 その他

第19条（反社会的勢力の排除の確認）

事業者と入居者は、それぞれの相手方に対し、次の各号に掲げる事項を確約します。

- (1) 自らが暴力団、暴力団関係者若しくはこれに準ずる者又は構成員（以下、総称して「反社会的勢力」という。）ではないこと
- (2) 自らの役員（業務を執行する理事、取締役、又はこれらに準ずる者をいう。）又は身元引受人が反社会的勢力ではないこと
- (3) 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものでないこと
- (4) 自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと
 - ア 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為
 - イ 偽計又は威力を用いて相手方の行為又は業務を妨害し、又は信用を毀損する行為

第20条（協議事項）

本契約に定めのない事項及び疑義がある場合は、介護保険法令等の定めるところを尊重し、事業者と利用者が協議の上、誠意をもって解決するものとします。

第21条（合意管轄）

本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、さいたま地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを、利用者及び事業者はあらかじめ合意します。

要介護認定に伴う確認書

- 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。
- この書面は、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されています。

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：株式会社ワイグッドケア

特定施設名称：ハートランド足立

特定施設入居者生活介護：第1372113280号（令和2年9月1日指定）

介護予防特定施設入居者生活介護：第1372113280号（令和2年9月1日指定）

2. 市町村による要介護認定の決定・更新内容

介護保険制度による要介護認定等の（ 決定 ）は次の内容でした。

- ① 介護認定等の（ 決定 ）された日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ② 上記の要介護認定等の内容： 要介護1
- ③ 上記の要介護認定等の有効期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 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 介護保険料に自己負担割合： 1割
- ⑥ 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な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、利用者、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書」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致します。

3. 利用者が締結する利用契約の種別

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料金内容等の目安

(1) 利用者の介護サービス利用についての負担金額(30日利用の場合の目安)

① 介護報酬基本単位数(加算項目は○)

| 要介護認定等 | 基本報酬 | 生活機能向上 連携加算 | 個別機能 訓練加算 | 入居継続 支援加算 | 夜間看護 体制加算 | ADL維持等加算 |
|------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|------------------------|-----------------|----------|
| | | 単位/月 | 単位/- | 単位/日 | 単位/日 | 単位/月 |
| 要支援1 | 183単位 | (I) 100単位 (II) 200単位 ※ただし、個別 機能訓練加算を 算定している場 合は、100単位 | (I) 12単位/日 (II) 20単位/月 | 適応外 | 適応外 | 適応外 |
| 要支援2 | 313単位 | | | 適応外 | 適応外 | 適応外 |
| 要介護1 | 542単位 | | | (I) | (I) | (I) |
| 要介護2 | 609単位 | | | (I) | (I) | (I) |
| 要介護3 | 679単位 | | | (II) | (II) | (II) |
| 要介護4 | 744単位 | | | (II) | (II) | (II) |
| 要介護5 | 813単位 | (II) | (II) | (II) | | |
| 当施設での加算の算定 | | × | × | × | ○(II) | × |
| | 若年性認知症 入居者受入加算 | 協力医療機関 連携加算 | 新興感染症等 施設療養費 | 口腔・栄養スク リーニング加算 | 科学的介護 推進体制加算 | |
| | 単位/日 | 単位/月 | 単位/日 | 単位/回 | 単位/月 | |
| | 120単位 | (I) 100単位 (II) 40単位 | 240単位 | 20単位 (6月に1回を 限度) | 40単位 | |
| 当施設での加算の算定 | | × | ○(I) | × | × | × |
| × | 退院・退所時連携加算 1日につき30単位 ※要介護のみ | | | | | |
| ○ | 退居時情報提供加算 1回につき250単位 ※対象者のみ | | | | | |
| ○ (I) | 看取り介護加算(夜間看護体制加算を算定する場合のみ算定) ※要介護のみ | | | | | |
| | (I) | | (II) | | | |
| | (1) 死亡日以前31日以上45日以下 | 1日につき72単位 | 1日につき572単位 | | | |
| | (2) 死亡日以前4日以上30日以下 | 1日につき144単位 | 1日につき644単位 | | | |
| | (3) 死亡日以前2日又は3日 | 1日につき680単位 | 1日につき1,180単位 | | | |
| (4) 死亡日 | 1日につき1,280単位 | 1日につき1,780単位 | | | | |
| × | 認知症専門ケア加算 | (I) 1日につき3単位 | (II) 1日につき4単位 | | | |
| × | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I) 1月につき10単位 | (II) 1月につき5単位 | | | |
| × | 生産性向上推進体制加算 | (I) 1月につき100単位 | (II) 1月につき10単位 | | | |
| × | サービス提供体制強化加算 | | | | | |
| | (1) サービス提供体制強化加算(I) | 1日につき22単位 | | | | |
| | (2) サービス提供体制強化加算(II) | 1日につき18単位 | | | | |
| | (3) サービス提供体制強化加算(III) | 1日につき6単位 | | | | |
| ○ (II) | 介護職員等処遇改善加算 | | | | | |
| | (1) 介護職員等処遇改善加算(I) | 1月につき12.8% | | | | |
| | (2) 介護職員等処遇改善加算(II) | 1月につき12.2% | | | | |
| | (3) 介護職員等処遇改善加算(III) | 1月につき11.0% | | | | |
| | (4) 介護職員等処遇改善加算(IV) | 1月につき8.8% | | | | |

② 介護報酬総額見込額（単位：円 消費税非課税）

| (30日換算・自己負担1割の場合) | | | | | | |
|-------------------|-----------|---------|--|-------------------|--|--|
| 介護度 | 基本単位 a | 加算 b | 処遇改善加算等 $c=(a+b) \times d$ 小数点以下 四捨五入 | 総単位数 $e=a+b+c$ | 介護報酬(円) $f=e \times \text{地域別単価}$ 小数点以下 切捨て | 自己負担額(円) $g=f \times 0.1$ 小数点以下 切上げ |
| 要支援1 | 5,490 | 100 | 682 | 6,272 | 68,364 | 6,837 |
| 要支援2 | 9,390 | 100 | 1,158 | 10,648 | 116,063 | 11,607 |
| 要介護1 | 16,260 | 370 | 2,029 | 18,659 | 203,383 | 20,339 |
| 要介護2 | 18,270 | 370 | 2,274 | 20,914 | 227,962 | 22,797 |
| 要介護3 | 20,370 | 370 | 2,530 | 23,270 | 253,643 | 25,365 |
| 要介護4 | 22,320 | 370 | 2,768 | 25,458 | 277,492 | 27,750 |
| 要介護5 | 24,390 | 370 | 3,021 | 27,781 | 302,812 | 30,282 |

| 加算の種類 | 単位・割合 | 算定 | 備考 | |
|--------------|----------------|------------|-------|-------|
| c | 夜間看護体制加算 | 9/日 | あり(Ⅱ) | 要介護のみ |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 0/日 | なし | 対象者のみ |
| | 協力医療機関連携加算 | 100/月 | あり(Ⅰ) | 対象者のみ |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | - | なし | 対象者のみ |
| | 科学的介護推進体制加算 | 0/月 | なし | |
| | 新興感染症等施設療養費 | 0/日 | なし | |
| | 退居時情報提供加算 | 250/回 | あり | 対象者のみ |
| | 退院・退所時連携加算 | 0/日 | なし | 対象者のみ |
| | 入居継続支援加算 | 0/日 | なし | 要介護のみ |
| | 生活機能向上連携加算 | 0/月 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 0/日 | なし | |
| | ADL維持等加算 | 0/日 | なし | 要介護のみ |
| | 看取り介護加算 | 72~1,280/日 | あり(Ⅰ) | 対象者のみ |
| | 認知症専門ケア加算 | 0/日 | なし | |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | 0/月 | なし | |
| | 生産性向上推進体制加算 | 0/月 | なし | |
| サービス提供体制強化加算 | 0/日 | なし | | |
| d | 介護職員等処遇改善加算 | 12.2% | あり(Ⅱ) | |

当ホームの地域別単価は10.9円です。(足立区)

看取り介護加算を算定した月においては自己負担額が変動します。

- 要支援認定又は要介護認定の認定結果が「自立」となった方は、生活を支援する費用として、以下の費用をお支払いいただきます。

| | |
|-----------|----------------|
| 生活支援サービス費 | 11,000円（月額・税込） |
|-----------|----------------|

- ※ 生活支援サービス費用は、契約期間の開始日を起算日として算定します。
- ※ 利用者の不在期間において、返金・割引等はありません。
- ※ 要支援認定又は要介護認定の結果が変更され、自立となった場合、その変更日（従来の要支援認定又は要介護認定の結果の満了日）に遡って、生活支援サービス費を適用します。
- ※ 月途中で本契約が開始若しくは終了した場合及び要支援認定又は要介護認定の結果に変更があった場合、当該月を30日で割った金額を日額として算出します。
- ※生活支援サービス費は別途、生活支援サービス契約を締結頂きます。

① 上記以外の介護サービス利用料等

本契約第5条「介護保険給付対象外サービス」に対する対価は、別紙「重要事項説明書」の通りです。

(2) 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15日までに明細を添えてご請求します。支払いについては、お振込み若しくは、利用者にて指定した利用料金引き落とし口座より自動引き落とし致します。

5. 同意事項

(1) 介護保険利用料金（自己負担分）の支払い方法：法定代理受領

(2) 加算給付の同意

私は、「ハートランド足立」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。

| | |
|---|---|
| 夜間看護体制加算の給付（要介護のみ） ・「重度化対応指針」に基づき、看護職員が夜勤を行い、又は自宅でオンコールの連絡体制をとるなどし、夜間の緊急時には医療機関と連携して対応を図るための体制加算です。 | <input checked="" type="checkbox"/> 算定する <input type="checkbox"/> 算定しない |
| 若年性認知症入居入加算 ・若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供するための加算です。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 協力医療機関連携加算の給付、及びこれに伴う主治医への健康情報提供 ・看護職員が利用者の健康の状況を継続的に記録し、主治医等に対して月に1回以上情報提供を行う個別加算です。 | <input checked="" type="checkbox"/> 算定する <input type="checkbox"/> 算定しない |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 ・栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の加算です。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 科学的介護推進体制加算 ・入所者・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に加算します。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 新興感染症等施設療養費 ・入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診察、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に算定します。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 退居時情報提供加算 ・医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合の個別加算です。 | <input checked="" type="checkbox"/> 算定する <input type="checkbox"/> 算定しない |
| 退院・退所時連携加算（要介護のみ） ・医療提供施設を退院・退所して病院等と連携して、特定施設に入居する利用者を受け入れた場合に加算します。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 入居継続支援加算（要介護のみ） ・たんの吸引などのケアの提供を行う体制を整えた特定施設に対する加算です。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 生活機能向上連携加算 ・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合の加算です。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 個別機能訓練加算の給付 ・専従の機能訓練指導員が、必要な利用者毎に目標・実施方法・評価等を含む個別機能訓練計画書に基づき個別機能訓練を行うための管理期間に係る個別加算です。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| ADL維持等加算（要介護のみ） ・ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に加算します。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 看取り介護加算の給付 ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、「看取り、介護指針」に基づき看取り介護計画書を合意の上で作成、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して介護サービスを行うための個別加算です。 | <input checked="" type="checkbox"/> 算定する <input type="checkbox"/> 算定しない |
| 認知症専門ケア加算 ・認知症に対して専門的な知識と技術を持つ介護職員を一定数配置し、質の高い認知症ケアを提供するための体制加算です。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 ・施設での感染対策を行うための取り組みを評価し、その成果に応じて支給される加算です。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 生産性向上推進体制加算 ・見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことで加算されます。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| サービス提供体制強化加算の給付 ・手厚い介護体制の確保を推進する観点から創設されたもので、職員の配置要件に応じた体制加算です。 | <input type="checkbox"/> 算定する <input checked="" type="checkbox"/> 算定しない |
| 介護職員等処遇改善加算の給付 ・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を乗じる体制加算です。 | <input checked="" type="checkbox"/> 算定する <input type="checkbox"/> 算定しない |

| |
|--------|
| 6. その他 |
|--------|

上記すべての内容について、説明を受け、同意しました。

____年 ____月 ____日

【利用者名】 _____ (印)

私は、本人の契約意思を確認し、署名代行致しました。

【署名代行者又は契約立会人】 _____ (印)

署名代行した場合はその事由：

上記の内容について、説明を行い、ご本人の同意について確認しました。

【事業者】 株式会社ワイグッドケア

【説明者】 _____ (役職)

