

重 要 事 項 説 明 書

(介護老人保健施設サービス)

当施設は、介護保険の許可を受けています。

(愛媛県 第 3850680012 号)

当施設はご契約者に対して介護老人保健施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。
要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

目 次

1. 施設経営法人	1
2. 利用施設	1
3. 施設の概要	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当施設が提供するサービス	3
6. 施設入所時の確認事項	4
7. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）	4
8. 残置物引取人	5
9. サービス内容に関する相談窓口	5
10. 高齢者虐待	5
11. 事故発生時の対応について	6
12. 非常災害対策	6
13. 協力医療機関等	6
14. サービス提供における事業者の義務	6
15. 施設・設備の使用上の注意	7
16. 損害賠償について	8
17. サービス利用料金	別表(9.10.11)

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人北辰会
 (2) 法人所在地 愛媛県西条市小松町妙口甲1521番地
 (3) 連絡先 Tel 0898-72-6131(代) Fax 0898-72-6121
 (4) 代表者氏名 理事長 真鍋克己
 (5) 設立年月日 昭和 54 年 9 月 1 日

2. 利用施設

(1) 施設の種類	介護老人保健施設
(2) 施設の目的	当施設は、要介護状態と認定された利用者(以下「利用者」という。)に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるようになるとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供することを目的とする。
(3) 施設名	介護老人保健施設まなべ
(4) 所在地	愛媛県西条市小松町妙口甲1521番地
(5) 連絡先	Tel 0898-72-6131(代) Fax 0898-72-6121
(6) 管理者氏名	山下 省吾 (医療法人北辰会西条市民病院医師)
(7) 施設の運営方針	<p>1. 利用者に対して、その病状及び心身の状況並びにその置かれている環境を踏まえ、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて、医学的管理下におけるリハビリテーション、看護・介護、その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活における生活への復帰を目指す。</p> <p>2. 利用者の思想及び人格を尊重し、自傷他害の恐れのある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。</p> <p>3. 介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的サービス提供を受けることができるよう努める。</p> <p>4. 明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごす事ができるようサービス提供に努める。</p> <p>5. サービス提供にあたっては懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに、利用者の同意を得て実施するよう努める。</p> <p>6. 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については当施設での介護サービス提供に係る以外の利用は原則行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。</p>
(8) 開設年月日	平成 22 年 9 月 19 日
(9) 入所定員	29名 (10名2ユニット、9名1ユニット)

3. 施設の概要

(1) 構造等

	敷 地	12,934.20 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造
	延 床 面 積	8,743.07 m ² (老健部分1,337.72m ²)
	利 用 者 定 員	29 名

(2) 居室

居室の種類(全室個室)	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
ユニット桜	10 室	14.29～15.94m ²	
ユニット藤	10 室	15.45～15.77m ²	
ユニット椿	9 室	14.62～15.50m ²	
合計3ユニット	29 室	15.38m ²	

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
機能訓練・共同生活室	3室	ユニット桜 45.40m ² (4.54m ²) ユニット藤 68.69m ² (6.86m ²) ユニット椿 49.93m ² (5.54m ²)	
浴 室	3室	特殊浴室 23.95m ² 介護浴室 7.67m ² 介護浴室 10.04m ²	特殊浴槽1台 昇降式個人浴槽1台 一般浴槽2台
診察室	1 室	12.24m ²	
洗面所		各居室、各脱衣室、各機能訓練室・共同生活室に設置	
トイレ	35 箇所	各居室および共同スペースに設置	

- ・居室の変更：利用者から居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。
その際には、利用者やご家族と協議のうえ決定するものとします。
- ・居室に関する特記事項（※全室にベッド・エアコン・トイレ・洗面所・クローゼット・チェスト）

4. 職員の配置状況

当施設では、利用者に対して介護保健施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

【職員の配置状況】※職員の配置については、基準を遵守しています。

職 種	員 数
1. 施設長 (管理者)	併設施設と兼任 1人
2. 医師	併設施設と兼任 1人
3. 看護職員	常勤換算 3人以上
4. 介護職員	常勤換算 18人以上
5. 支援相談員	1人以上
6. 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	常勤換算 1人以上
7. 薬剤師	併設施設と兼任 1人
8. 管理栄養士	1人以上
9. 介護支援専門員	1人以上

【主な職員の勤務体制】

職種	勤務時間	職務の内容
1. 施設長(管理者・医師)	月～金曜日 13:30～15:30	施設全体の管理を行う。 利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
2. 看護職員	早出(7:30～16:00) 日勤(8:30～17:00) 遅出(10:30～19:00) 夜勤(21:45～7:15)	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか利用者の施設サービス計画及びリハビリテーション計画に基づく看護を行う。
3. 介護職員	早出(7:00～15:30) 日勤(8:30～17:00) 遅出(13:30～22:00) 夜勤(21:45～7:15)	利用者の施設サービス計画及びリハビリテーション計画に基づく介護を行う。
4. 支援相談員	常勤(8:30～17:00)	利用者及び家族からの相談に応じると共にレクリエーション等の計画、指導を行い市町村との連携をはかる。
5. 理学療法士 作業療法士	8:30～17:00 常勤で勤務	医師や看護師等と共同して、リハビリテーション実施計画書を作成すると共に、リハビリテーションの実施に際し指導を行う。
6. 薬剤師	非常勤(併設施設と兼任)	医師の指示に基づき投薬を行い、利用者に薬剤に関する指導を行う。
7. 栄養士(管理栄養士)	8:30～17:00 常勤で勤務	栄養管理、栄養ケア・マネジメント等入所者の栄養状態の管理を行う。
8. 介護支援専門員	8:30～17:00 常勤兼任で勤務	施設サービス計画の原案を立てると共に、要介護認定及び要介護認定更新の手続きを行う。

※1 日中においては、1ユニット毎に常時1人以上の看護職員又は介護職員を配置しています。

※2 夜間においては、2ユニット毎に常時1人以上の看護職員又は介護職員を配置しています。

5. 当施設が提供するサービス

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについては、利用料金の一部が介護保険から給付される場合、利用料金の全額を利用者に負担いただく場合の2点があります。

以下のサービスについては、居住費、食費を除き負担割合に応じて介護保険から給付されます。

なお、利用料金が変わることがありますので、その際には事前にご説明致します。

(サービス利用料金については別表参照)

【サービスの概要】

1) 居室の提供

2) 食事

①当施設では、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

ご契約者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、(管理)栄養士、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して利用者ごとの栄養ケア計画を作成し、その計画に基づき栄養管理を行います。

食事時間(利用者のご希望やご都合により食事時間を変更することができます。)

朝食 午前7時30分

昼食 午後12時

夕食 午後6時

②利用者の自立支援のため、基本的には、共同生活室にて食事をして頂きます。

利用者の状況に応じて、適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。

③医師の指示により、医師・管理栄養士・看護職員・介護支援専門員その他の職種の職員が共同して、経管により食事を摂取している利用者ごとに経口移行計画を作成し、経口による栄養管理を目指します。

3) 入浴

- ①入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ②寝たきりの方も特殊浴槽を使用して入浴することができます。

4) 排泄

利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

5) 機能訓練

理学療法士及び作業療法士が利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に機能訓練を行います。

6) ターミナルケア体制

利用者及び家族の希望により、医師・看護職員・介護職員等が共同して看取り看護・介護を行い、利用者が医療機関に入院した後も、当該利用者の家族指導や医療機関に対する情報提供等を行う体制を整えています。

7) 健康管理

医師や看護職員・介護職員が、健康管理を行います。

8) その他自立への支援

- ①寝たきり防止のため、できる限りベッドから離れての生活に配慮します。
- ②生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ③清潔で快適な生活が送れるよう、また適切な整容が行われるよう援助します。

6. 施設入所時の確認事項

①入所中は本人様になるべく家で暮らしている時と変わらないようにして頂くために環境作りのご協力をお願いします。当施設では最低限の設備しか整えていません。

②原則午後9時には玄関の鍵を閉めさせて頂いています。午後9時以降の面会時には自動ドア横にありますインターフォンにてお知らせください。

7. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）

当施設の利用期間は、原則として入所日から3ヶ月となります。3ヶ月ごとに施設サービス計画（ケアプラン）を作成し、在宅での生活に戻るために必要な身体状況・家庭環境等を勘案したうえで、退所後における生活に支障がないように援助します。

以下のような事項に該当するに至った場合には当施設との契約は終了とし、退所となります。

①利用者が死亡された場合。

②要介護認定により利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合。

③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を開鎖した場合。

④施設の滅失や重大な損壊により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。

⑤当施設が介護保険の許可を取り消された場合。

（1）利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。

その場合には退所を希望する日の7日前までにお申し出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。

②事業者もしくはサービス従事者が正当な理由無く本契約に定める介護保健施設サービスを実施しない場合。

③事業者もしくはサービス提供従事者が守秘義務に違反した場合。

④事業者もしくはサービス提供従事者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

⑤他の利用者が当該利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(2) 事業者からの申し出により退所して頂く場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所して頂くことがあります。

①利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、

又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

②利用者による、サービス利用料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも係わらずこれが支払われない場合。

③利用者が、故意又は重大な過失により従業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

④利用者が病院又は診療所に入院した場合。

⑤利用者が介護老人福祉施設に入所した場合もしくは介護医療院に入院した場合。

8. 残置物引取人

入所契約が終了した後、当施設に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身がお引き取りできない場合に備えて、残置物引取人を定めて頂きます。

引渡しにかかる費用については、利用者又は残置物取引人にご負担頂きます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

9. サービス内容に関する相談窓口（苦情等）

(1) 当施設におけるご相談に応じる体制は次のとおりです。

当施設相談窓口	【窓口担当者】	黒河 理恵（施設長代理）
	【ご利用時間】	月～金曜日 8:30～17:00 上記日時以外及び担当者不在のときは、そのほかの職員にお申し出下さい。改めてご連絡させて頂きます。
	【ご利用方法】	電話 0898-72-6131 面接場所 当施設診察室 意見箱 サービスステーション前

(2) 行政機関（苦情に係る相談窓口） ご利用時間 8:30～17:15 土日祝際日 年末年始（12/29～1/3）を除く

西条市役所	介護保険課事業所指導係	西条市明屋敷164番地	
		Tel 0897-56-5151	
西部支所	市民福祉課	西条市周布349番地1	
		Tel 0898-64-2700	
丹原サービスセンター	市民福祉課	西条市丹原町池田1733番地1	
		Tel 0898-68-7300	
小松サービスセンター	市民福祉課	西条市小松町新屋敷甲496番地	
		Tel 0898-72-2111	
愛媛県国民健康保険団体連合会		松山市高岡町101番地1	
		Tel 089-968-8700	

(3) 問題の解決方法

①ご意見は面接や電話、書面にて隨時受け付けます。サービスステーション前に意見箱を設置していますのでご利用ください。

②窓口担当者は事業所職員・介護支援専門員等に状況を確認します。

③その後、協議の上、窓口担当者が申出人と誠意を持って話し合い解決に努めます。

10. 高齢者虐待防止

①利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、高齢者虐待防止のための指針に基づき高齢者虐待の防止に努めます。

②高齢者虐待防止法に基づき、養護者による高齢者虐待及び施設従業者等による高齢者虐待（身体的虐待、心理的虐待、介護・世話の放棄放任、経済的虐待、性的虐待）を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

11. 事故発生時の対応について

当施設においてサービス提供中に事故が発生した場合、事故の内容に応じて以下の通り速やかに対応します。

(1) 利用者に事故が発生した場合

- ①当該サービスを提供した職員又は第一発見者は、速やかに応急処置を行い医師・看護職員または上司に報告します。
- ②発生状況・身体状況を確認し、ご家族に至急連絡するとともに、必要に応じて医師・看護職員に報告します。
- ③市町村に連絡すると共に、事故の記録を行います。
- ④事故検討委員会にて事故の原因の調査・分析を行い、利用者やご家族に誠実に説明します。

(2) 利用者の財物が破損・紛失した場合

- ①サービスを提供した職員又は第一発見者は、発生状況を施設責任者に報告し、施設責任者より速やかにご家族へ連絡します。

- ②事故検討委員会にて事故の原因の調査・分析を行い、利用者やご家族に誠実に説明します。

※上記のいずれの場合にも、事故が当施設の過失により発生した場合には、速やかに損害賠償を行うものとします。

※また必要に応じて関係市町村へ報告し、再発防止のための助言や指導を受ける場合があります。

12. 非常災害対策

非常時の対応	消防計画に従い対応をします。																											
避難訓練および防火設備	別途定める消防計画に従い、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者も参加して行います。 <table border="1"><thead><tr><th>設備名称</th><th>個数等</th><th>設備名称</th><th>個数等</th></tr></thead><tbody><tr><td>スプリンクラー</td><td>有り</td><td>防火扉・シャッター</td><td>有り(1ヶ所)</td></tr><tr><td>避難階段</td><td>1箇所</td><td>屋内消火栓</td><td>1ヶ所</td></tr><tr><td>自動火災警報機</td><td>有り</td><td>消火器</td><td>6ヶ所</td></tr><tr><td>誘導灯(通路誘導灯)</td><td>14ヶ所</td><td>ガス漏れ探知機</td><td>有り</td></tr><tr><td>非常用電源</td><td>有り</td><td>非常通報装置</td><td>有り</td></tr></tbody></table> <p>カーテン等は難燃性のものを使用しています。</p>				設備名称	個数等	設備名称	個数等	スプリンクラー	有り	防火扉・シャッター	有り(1ヶ所)	避難階段	1箇所	屋内消火栓	1ヶ所	自動火災警報機	有り	消火器	6ヶ所	誘導灯(通路誘導灯)	14ヶ所	ガス漏れ探知機	有り	非常用電源	有り	非常通報装置	有り
設備名称	個数等	設備名称	個数等																									
スプリンクラー	有り	防火扉・シャッター	有り(1ヶ所)																									
避難階段	1箇所	屋内消火栓	1ヶ所																									
自動火災警報機	有り	消火器	6ヶ所																									
誘導灯(通路誘導灯)	14ヶ所	ガス漏れ探知機	有り																									
非常用電源	有り	非常通報装置	有り																									
消防計画	西条消防本部への届出日：平成22年8月25日 防 火 管 理 者：首藤 守良																											

13. 協力医療機関等

医療機関	病院名および所在地	西条市民病院 西条市小松町妙口甲1521番地
	連絡先	0898-72-4111(代)
	診療科	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科
	入院設備	あり
歯科	病院名および所在地	いしづち歯科医院 西条市氷見丙412番地1
	連絡先	0897-57-9506
	入院設備	なし
	病院名および所在地	深田歯科医院 西条市小松町新屋敷甲323番地1
	連絡先	0898-72-2007
	入院設備	なし

14. サービス提供者における事業者の義務

当施設は、利用者に対してサービスを提供する際に、以下の事項を遵守します。

- ①利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②利用者の体調、健康状態からみて、必要な場合には医師等と連携のうえ、利用者から生活状態について聴取、確認します。
- ③利用者が受けている要介護認定の有効期間満了日の60日前から、要介護認定の更新に必要な援助を行います。

- ④利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに利用者又は代理人の請求に応じて閲覧、複写物を交付します。
- ⑤利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス提供従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由無く第三者に漏洩しません。但し、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合は、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。また、利用者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、利用者の同意を得ます。

15. 施設・設備の使用上の注意

当施設の利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 食事

利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、(管理)栄養士が食事内容を管理しています。そのために、施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をして頂きます。

(2) 面会時間及び消灯時間

原則、面会時間は7時から20時、消灯時間は21時とします。

時間外に面会を希望される方は玄関にあるインターフォンを押してください。

なお、来訪時に食べ物を持ち込まれる場合は必ず職員にお知らせください。

(3) 外出・外泊

外出、外泊される場合は、2日前までにお申し出ください。

但し、外泊については、1ヶ月に連続して6日、複数の月をまたがる場合には連続して12日以内とします。なお、外泊期間中は介護保険から給付される外泊時費用と居住費を負担頂きます。

(4) 喫煙及び飲酒

健康増進法第25条により館内禁煙とさせていただきますので、ご協力をお願いします。

飲酒は原則できません。

(5) 火気の取り扱いについて

施設内での火気の取り扱いはできません。

(6) 施設・設備使用上の注意及び所持品・貴重品について

居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

故意に、又はわざかな注意を払えば避けられたにも関わらず、施設・設備を破損もしくは汚した場合には、利用者に自己負担により原状に復して頂くか、相当の代価をお支払い頂く場合があります。利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。

但しその場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

所持品については、全て記名をお願いします。紛失して困るような物品の持ち込みはご遠慮下さい。金銭・貴重品の管理についてはご家族でお願い致します。

(7) 外泊時等の病院受診について

外泊時等の施設外で無断で病院等の受診はできません。受診する場合は、職員に申し出て下さい。

(8) 宗教・政治活動及び営利活動について

当施設の職員や他の利用者に対し迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(9) 動物飼育

施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

(10) 迷惑行為

騒音等他の利用者の方の迷惑になるような行為はご遠慮下さい。

また、むやみに他の利用者の居室などに立ち入らないで下さい。

16. 損害賠償について

当施設において事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償致します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

介護老人保健施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明年月日 令和 年 月 日

施 設 名 医療法人北辰会 介護老人保健施設 まなべ

説 明 者 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所

利用者氏名 印

連帯保証人住所

連帯保証人氏名 印

【別表】

【サービス利用料金】

(1) 基本的な料金プラン

(1日分、単位:円)

	要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護 給付	基本部分(1割負担)	876	952	1,018	1,077	1,130
	基本部分(2割負担)	1,752	1,904	2,036	2,154	2,260
	基本部分(3割負担)	2,628	2,856	3,054	3,231	3,390
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算			51 (1割負担) 102 (2割負担) 153 (3割負担)		
介護 給付 外	食費			1,690		
	居住費			2,460		
1割 負担	合計	1日	5,077	5,153	5,219	5,278
		31日	157,387	159,743	161,789	163,618
2割 負担	合計	1日	6,004	6,156	6,288	6,406
		31日	186,124	190,836	194,928	198,586
3割 負担	合計	1日	6,931	7,159	7,357	7,534
		31日	214,861	221,929	228,067	233,554
	おやつ代			1,000 (月額)	希望者のみ	

※食費1,690円の内訳は、朝食430円 昼食630円 夕食630円となります。

※外泊される場合は、1ヶ月に6日を限度として、外泊初日と最終日以外は上記料金に代えて、362円/日の外泊時費用と居住費を頂きます。

※外泊が月をまたぐ場合は、最大で12日分は前述の料金となります。

(2) 利用者負担

利用者負担は、国により所得などの状況から第1から第4段階に区分されます。

第1段階から第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。利用者がどの段階に該当するかは市町村が決定します。

負担軽減策を利用して頂く場合には、利用者の住所地の市町村に申請し、介護保険負担限度額認定証を受ける必要があります。また、介護保険負担限度額認定証の提示がない場合には、第4段階の交付の利用料をお支払い頂くことになります。介護保険負担限度額認定証の期間内の過払い分については住所地の市町村に申請し、市町村より差額分の支給が受けられます。

◇当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税者）の場合は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。

対象者		区分	食費	ユニット型個室 居住費(滞在費)
生活保護を受給者されている方		利用者負担 第1段階	300円	880
世帯全員が 市区町村民 税を課税さ れていない 方	老齢福祉年金受給者	利用者負担 第2段階	390円	880円
	合計所得額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方	利用者負担 第3段階①	650円	1,370円
	合計所得額と公的年金等収入額の合計が年間80万円超120万以下の方	利用者負担 第3段階②	1,360円	1,370円
	合計所得額と公的年金等収入額の合計が年間120万超の方	利用者負担 標準	1,690円	2,460円
上記以外の方				

*第4段階の方は施設との契約により金額が決定されます。

◇高額介護サービス費

1ヶ月に支払った利用者負担の合計が負担限度額を超えたときは、超えた分が払い戻される制度です。

高額介護 サービス	生活保護受給	市町村民税非課税		基準費用額(課税所得額の区分)		
		80万円以下	380万未満	380万未満	380万～690万未満	690万以上
自己負担 上限額	世帯	個人	世帯	世帯	世帯	世帯
	15,000	15,000	24,600	24,600	44,400	93,000

※払い戻しについては市町村により異なりますが概ね3ヶ月後となります。例1月分→4月頃に振り込まれます。

※食費・居住費以外の介護保険サービス費が対象

(3)介護給付対象サービスの加算
毎月の入所費用に加算されるサービス

種類	利用料	備考
夜勤職員配置加算	24 円/日	
短期集中リハビリテーション実施加算（I）	258 円/日	入所日から3ヶ月まで
短期集中リハビリテーション実施加算（II）	200 円/日	入所日から3ヶ月まで
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（I）	240 円/日	入所日から3ヶ月まで
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（II）	120 円/日	入所日から3ヶ月まで
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（II）	51 円/日	
初期加算（I）	60 円/日	入所後30日以内
初期加算（II）	30 円/日	入所後30日以内
栄養マネジメント強化加算	11 円/日	
褥瘡マネジメント加算（I）	3 円/月	
排せつ支援加算（I）	10 円/月	
自立支援促進加算	300 円/月	
科学的介護推進体制加算（II）	60 円/月	
安全対策体制加算	20 円/回	入所時
高齢者施設等感染対策向上加算（I）	10 円/月	
高齢者施設等感染対策向上加算（II）	5 円/月	
協力医療機関連携加算（1）	100 円/月	
サービス提供体制強化加算（I）	22 円/日	
介護職員等処遇改善加算（I）		所定単位数に7.5%加算

実施に応じて加算されるサービス

若年性認知症入所者受入加算	120 円/日	
外泊時費用	362 円/日	1ヶ月6日まで
ターミナルケア加算		
（1） 死亡日以前31日以上45日以下	72 円/日	
（2） 死亡日以前4日以上30日以下	160 円/日	
（3） 死亡日前日及び前々日	910 円/日	
（4） 死亡日	1,900 円/日	
再入所時栄養連携加算	200 円/回	入所中1回
入所前後訪問指導加算（I）	450 円/回	入所前30日以内又は入所後7日以内
退所時等支援加算		
（1） 試行的退所時指導加算	400 円/回	
（2） 退所時情報提供加算（I）	500 円/回	退所時
退所時情報提供加算（II）	250 円/回	いずれかの1つ
（3） 入退所前連携加算（I）	600 円/回	退所時
入退所前連携加算（II）	400 円/回	いずれかの1つ
訪問看護指示加算	300 円/回	退所時
経口移行加算	28 円/日	
経口維持加算		
（1） 経口維持加算（I）	400 円/月	
（2） 経口維持加算（II）	100 円/月	
療養食加算	6 円/食	1日3食を限度
かかりつけ医連携薬剤調整加算（I）イ	140 円/回	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（I）ロ	70 円/回	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（II）	240 円/回	退所時
かかりつけ医連携薬剤調整加算（III）	100 円/回	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（II）	33 円/月	計画書作成時
緊急時施設療養費		
① 緊急時治療管理	518 円/日	1ヶ月1回3日を限度
② 特定治療		医科診療報酬点数表に基づいて算定
所定疾患施設療養費（II）	480 円/日	連続した10日を限度として1ヶ月に1回
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 円/日	7日を限度として入所中1回

- ①利用者が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お支払い頂きます。
- ②要介護認定を受けた後、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）
- ③償還払いとなる場合、利用者には、当法人より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。
- ④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させて頂きます。
- ⑤居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額となります。

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

【サービスの概要と利用料金】

- ①食費 1,690円/日（朝食430円 昼食630円 夕食630円）
- ②居住費(ユニット型個室) 2,460円/日
- ③おやつ代(希望者のみ) 1,000円/月
- ④日常生活費
 - 1)シャンプー・リンス・石鹼などの共用物品(施設で用意するものをご利用頂く場合) 100円/月
 - 2)洗濯代 100円/回

洗濯物は、原則ご家族にお願い致します。やむを得ない事情により洗濯が困難な場合は、洗濯代行サービス（ランドリー・ペスラ）を案内致します。業者で洗濯困難なもの（防水シーツ等）に関しては、洗濯代1回100円頂きます。

⑤健康管理費

健康診断に関わる費用

インフルエンザ予防接種に係る費用等の実費（市町村の契約に基づく）

⑥文書料

施設利用中に証明書・診断書等が必要な場合、各種文書料を負担頂きます。

⑦その他

利用者に負担頂くことが適当であると認められる費用を負担頂きます。

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、翌月10日頃に当該合計請求書を発行します。

お支払い方法は、原則、当月分を翌月にご指定の口座引き落としとなります。引き落とし日は27日頃を予定しております。

引き落とし日までに、お支払いのご準備・ご確認をお願い致します。尚、翌月に引き落としが出来なかった場合は、翌々月に2ヶ月分の引き落としとなりますのでご注意下さい。

当施設の口座へ入金が確認できましたら領収書を発行いたします。引き落とし日から領収書の発行までに期間を要します：ご了承下さい。

又、諸事情により口座引き落としが困難な場合のみ、窓口にて現金でのお支払いを承ります。

お支払い方法

- ① ご指定の口座より引き落とし
- ② 介護老人保健施設まなべ支払い窓口での現金払い