

# ケアセンターいぶき介護老人保健施設 介護保健施設サービス重要事項説明書

(令和7年7月1日現在)

## 1 法人の概要

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 名 称   | 公益社団法人 地域医療振興協会   |
| 所 在 地 | 東京都千代田区平河町2丁目6番3号 |
| 電 話   | (03) 5210-2921    |
| F A X | (03) 5210-2924    |

## 2 施設の名称等

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 名 称   | ケアセンターいぶき介護老人保健施設 |
| 所 在 地 | 滋賀県米原市春照58-1      |
| 電 話   | (0749) 58-1222    |
| F A X | (0749) 58-8036    |
| 事業所番号 | 2572400246        |
| 利用定員  | 入所 60名            |

## 3 事業目的及び運営方針

### (1) 事業目的

ケアセンターいぶき介護老人保健施設（以下「当施設」という）における介護保健施設サービスは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護・医学的管理における介護、機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の世話をすることにより、利用者が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にすること、その利用者の居宅における生活への復帰を目指すことを目的とします。

### (2) 運営方針

- 当施設は、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供します。
- 明るく家庭的な雰囲気を有するよう努めるとともに、特に地域及び家庭と結びつきを重視し、積極的に地域との交流に努めます。
- 市町村、他の介護保険施設、居宅介護支援事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図ります。
- 当施設は、自傷他害の恐れがあるなど緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し身体拘束を行いません。

## 4 施設の概要

### (1) 面積等

|     |          |                            |
|-----|----------|----------------------------|
| 敷 地 |          | 13458.27㎡                  |
| 建 物 | 構 造      | 鉄筋コンクリート+鉄骨造（地下1階、地上2階建）   |
|     | 建 築 面 積  | 2491.10㎡                   |
|     | 床 面 積 地階 | 452.69㎡（診療所と介護老人保健施設の共有部分） |
|     | 1 階      | 2001.78㎡（診療所部門・介護老人保健施設部門） |
|     | 2 階      | 1857.99㎡（介護老人保健施設部門）       |
|     | 合計       | 4312.46㎡                   |

## (2) 療養室

| 療養室の種類 | 室 数 | 面積（1人当たりの面積）  | 備考       |
|--------|-----|---------------|----------|
| 個 室    | 12  | 139.08㎡（8.7㎡） | ナースコール設置 |
| 4 床 室  | 12  | 457.68㎡（8.2㎡） | ナースコール設置 |

## (3) 主な設備（介護保健施設サービス及び（介護予防）短期入所療養介護にかかる部分）

| 設 備         | 室 数 | 面積（1人当たりの面積）  | 備考              |
|-------------|-----|---------------|-----------------|
| 診 察 室       | 1   | 7.50㎡         |                 |
| 機能訓練室       | 4   | 170.40㎡（2.6㎡） |                 |
| 談 話 室       | 4   | 83.68㎡        |                 |
| 食 堂         | 4   | 203.60㎡（2.9㎡） |                 |
| 浴 室         | 1   | 45.51㎡        |                 |
| レクリエーションルーム | 1   | 90.00㎡        |                 |
| 洗 面 所       | 12  | 42.00㎡        | 洗面台は18カ所に設置     |
| 便 所         | 26  | 66.48㎡        | 通所リハビリテーション室を除く |
| サービスステーション  | 1   | 37.57㎡        |                 |
| 調 理 室       | 1   | 155.38㎡       |                 |
| 洗 濯 室       | 1   | 20.46㎡        | 洗濯機2台設置         |
| 汚物処理室       | 4   | 22.40㎡        | 通所リハビリテーション室を除く |

## 5 施設の職員体制（介護保健施設サービス及び（介護予防）短期入所療養介護にかかる部分）

| 従業者の職種    | 人数<br>(人) | 区 分        |    |            |    | 業務の内容                          |
|-----------|-----------|------------|----|------------|----|--------------------------------|
|           |           | 常 勤<br>(人) |    | 非常勤<br>(人) |    |                                |
|           |           | 専従         | 兼務 | 専従         | 兼務 |                                |
| 管 理 者     | 1         |            | 1  |            |    | 職員の管理、業務の管理                    |
| 医 師       | 2         |            | 2  |            |    | 診療                             |
| 看 護 職 員   | 11        | 9          | 1  |            | 1  | 健康状態の確認、保健衛生上の指導、看護、介護         |
| 介 護 職 員   | 20        | 19         | 1  |            |    | 介護                             |
| 支 援 相 談 員 | 2         | 2          |    |            |    | 入所者・家族との相談、技術指導、関係機関との<br>連絡調整 |
| 介護支援専門員   | 1         | 1          |    |            |    | 施設サービス計画作成                     |
| 理 学 療 法 士 | 5         |            | 5  |            |    | 理学療法                           |
| 作 業 療 法 士 | 1         |            | 1  |            |    | 作業療法                           |
| 管 理 栄 養 士 | 1         |            | 1  |            |    | 献立作成、栄養指導、給食業務受託者の管理、指導        |
| 歯 科 衛 生 士 | 1         |            |    | 1          |    | 口腔清掃、摂食・嚥下訓練の指導                |
| 薬 剤 師     | 1         |            |    | 1          |    | 調剤、服薬指導                        |
| 事 務 職 員   | 6         |            | 5  |            | 1  | 事務                             |

## 6 サービスの内容

| 種 類               | 内 容                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設サービス計画の作成及び事後評価 | 介護支援専門員が利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて施設サービス計画を作成します。またサービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。                                                                                       |
| 食 事               | (食事時間) 朝食 7:30～8:30<br>昼食 12:00～13:00<br>夕食 17:30～18:30<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 食事は原則として食堂でとっていただきます。</li> <li>● 食事は利用者の身体の状態及び嗜好を考慮してお出しします。</li> </ul>                |
| 医 療 ・ 看 護         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師により定期診察を行います。それ以外でも必要がある場合にはいつでも診察を行います。</li> <li>● 当施設では行えない処置や手術、その他症状が著しく変化した場合の医療については協力医療機関等での治療とします。</li> </ul>                            |
| 機 能 訓 練           | 理学療法士、作業療法士により利用者の状態に適した機能訓練を行い、身体機能の維持、向上に努めます。                                                                                                                                            |
| 入 浴               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 週2回入浴又は清拭を行います。</li> <li>● 寝たきり等で座位のとれない利用者は、リフトを設置した浴槽での入浴も可能です。</li> </ul>                                                                       |
| 排 泄               | 利用者の状態に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立に対しても適切な援助を行います。                                                                                                                                               |
| 離床・着替え・整容等        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。</li> <li>● 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。</li> <li>● 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう配慮します。</li> <li>● シーツ交換は週1回実施します。</li> </ul> |
| レクリエーション          | 機能訓練及び娯楽に資するよう創意工夫したレクリエーションを実施します。                                                                                                                                                         |
| 相 談 及 び 援 助       | 利用者及び家族からの相談に応じます。                                                                                                                                                                          |

## 7 料金

### (1) 介護保険給付対象サービス

原則として料金表の利用料金が利用者の負担額となります。また、利用者の状態に応じて加算料金もご負担いただきます。

○料金表（1日につき）

| 費目          |     |      | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5    |
|-------------|-----|------|--------|--------|---------|---------|---------|
| 介護保険施設サービス費 | 多床室 | 利用料  | 8,710円 | 9,470円 | 10,140円 | 10,720円 | 11,250円 |
|             |     | 1割負担 | 871円   | 947円   | 1,014円  | 1,072円  | 1,125円  |
|             |     | 2割負担 | 1,742円 | 1,894円 | 2,028円  | 2,144円  | 2,250円  |
|             |     | 3割負担 | 2,613円 | 2,841円 | 3,042円  | 3,216円  | 3,375円  |
|             | 個室  | 利用料  | 7,880円 | 8,630円 | 9,280円  | 9,850円  | 10,400円 |
|             |     | 1割負担 | 788円   | 863円   | 928円    | 985円    | 1,040円  |
|             |     | 2割負担 | 1,576円 | 1,726円 | 1,856円  | 1,970円  | 2,080円  |
|             |     | 3割負担 | 2,364円 | 2,589円 | 2,784円  | 2,955円  | 3,120円  |

○加算

| 費目                               | 金額      |       |       |         | 加算単位   | 内容の説明                                                                                                                        |
|----------------------------------|---------|-------|-------|---------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  | 利用料     | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担   |        |                                                                                                                              |
| 初 期 加 算 （ I ）                    | 600 円   | 60 円  | 120 円 | 180 円   | 1 日につき | 医療機関入院後 30 日以内に退院し、当施設に入所した際、最初の入所日から 30 日間に限り加算されます。                                                                        |
| 初 期 加 算 （ II ）                   | 300 円   | 30 円  | 60 円  | 90 円    |        | 最初の入所日から 30 日間に限り加算されます。                                                                                                     |
| 入 所 前 後 訪 問<br>指 導 加 算 （ I ）     | 4,500 円 | 450 円 | 900 円 | 1,350 円 | 1 回につき | 入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる者の入所前 30 日以内又は入所後 7 日以内に退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合に、1 回に限り加算されます。                      |
| 入 所 前 後 訪 問<br>指 導 加 算 （ II ）    | 4,800 円 | 480 円 | 960 円 | 1,440 円 |        | 入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる者の入所前 30 日以内又は入所後 7 日以内に退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合に、1 回に限り加算されます。 |
| 夜 勤 職 員 配 置 加 算                  | 240 円   | 24 円  | 48 円  | 72 円    | 1 日につき | 夜勤職員を利用者 20 名に対し1名以上配置している場合に加算されます。                                                                                         |
| 栄 養 マ ネ ジ メ ン ト<br>強 化 加 算       | 110 円   | 11 円  | 22 円  | 33 円    | 1 日につき | 利用者の栄養状態をアセスメントし、栄養ケアマネジメントを行う場合に加算されます。                                                                                     |
| サ ー ビ ス 提 供 体 制<br>強 化 加 算 （ I ） | 220 円   | 22 円  | 44 円  | 66 円    | 1 日につき | 介護を行う職員のうち、介護福祉士が占める割合                                                                                                       |

|                                              |         |       |       |       |        |                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|---------|-------|-------|-------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              |         |       |       |       |        | が 80%を超えている場合に<br>加算されます。                                                                                                                                        |
| 短 期 集 中<br>リハビリテーション<br>実 施 加 算 ( I )        | 2,580 円 | 258 円 | 516 円 | 774 円 | 1 日につき | リハビリテーション実<br>施計画書を作成し、多職種<br>協働による短期集中的な<br>個別リハビリテーション、<br>ADL 評価を実施し、その評<br>価情報を厚生労働省に提<br>出、活用した場合、入所後<br>3 ヶ月以内の期間に加算さ<br>れます。                              |
| 短 期 集 中<br>リハビリテーション<br>実 施 加 算 ( II )       | 2,000 円 | 200 円 | 400 円 | 600 円 |        | リハビリテーション実<br>施計画書を作成し、多職種<br>協働による短期集中的な<br>個別リハビリテーション<br>を実施した場合、入所後 3<br>ヶ月以内の期間に加算さ<br>れます。                                                                 |
| 認 知 症 短 期 集 中<br>リハビリテーション<br>実 施 加 算 ( I )  | 2,400 円 | 240 円 | 480 円 | 720 円 | 1 日につき | 認知症であると医師が<br>判断した利用者の在宅復<br>帰に向けた生活機能の回<br>復を目的に、退所後生活す<br>る居宅等を訪問、その生活<br>環境を踏まえた短期集中<br>的な個別リハビリテーシ<br>ョンを実施した場合で、入<br>所後3ヶ月以内の期間に加<br>算されます。<br>※1 週に 3 日を限度 |
| 認 知 症 短 期 集 中<br>リハビリテーション<br>実 施 加 算 ( II ) | 1,200 円 | 120 円 | 240 円 | 360 円 |        | 認知症であると医師が<br>判断した利用者の在宅復<br>帰に向けた生活機能の回<br>復を目的に、短期集中的な<br>個別リハビリテーション<br>を実施した場合で、入所後<br>3 ヶ月以内の期間に加算さ<br>れます。<br>※1 週に 3 日を限度                                 |

|                            |         |       |         |         |              |                                                                                                       |
|----------------------------|---------|-------|---------|---------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| かかりつけ医連携薬剤<br>調 整 加 算 （Ⅰ）イ | 1,400 円 | 140 円 | 280 円   | 420 円   | 退所時<br>1 回限り | 6 種類以上内服薬が処方されている利用者の処方方針を施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、変更があった内容を多職種で情報共有、退所後 1 月以内にかかりつけ医へ情報提供した場合、退所時に加算されます。 |
| かかりつけ医連携薬剤<br>調 整 加 算 （Ⅱ）  | 2,400 円 | 240 円 | 480 円   | 720 円   |              | （Ⅰ）に加え、事業所が入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方にあたってその情報を適切に活用している場合に加算されます。                                        |
| かかりつけ医連携薬剤<br>調 整 加 算 （Ⅲ）  | 1,000 円 | 100 円 | 200 円   | 300 円   |              | （Ⅰ）（Ⅱ）に加え、退所時処方の内服薬が入所時に処方されていた内服薬に比べ、1 種類以上減少した場合加算されます。                                             |
| 試 行 的 退 所 時<br>指 導 加 算     | 4,000 円 | 400 円 | 800 円   | 1,200 円 | 退所時<br>1 回限り | 入所期間が 1 月を超える利用者が試行的に退所する場合において利用者及び家族等に退所後の療養上の指導を行った場合に加算されます。                                      |
| 退 所 時 情 報<br>提 供 加 算 （Ⅰ）   | 5,000 円 | 500 円 | 1,000 円 | 1,500 円 | 退所時<br>1 回限り | 利用者が退所し居宅で療養する場合、利用者の同意を得て、退所後の主治医に診療状況、心身の状況および生活暦等を示す情報を提供した場合に、1 回に限り加算されます。                       |
| 退 所 時 情 報<br>提 供 加 算 （Ⅱ）   | 2,500 円 | 250 円 | 500 円   | 750 円   |              | 利用者が医療機関へ退所した場合、利用者の同意を得て、退所後の主治医に診療状況、心身の状況および生活暦等を示す情報を提供した場合に、1 回に限り加算されます。                        |

|                           |          |         |         |         |               |                                                                                                                                |
|---------------------------|----------|---------|---------|---------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入 退 所 前<br>連 携 加 算 ( I )  | 6,000 円  | 600 円   | 1,200 円 | 1,800 円 | 退所時<br>1 回限り  | 入所予定日前後 30 日以内に、利用者が退所後に利用する居宅介護支援事業者と連携し、利用者の同意を得て、退所後の居宅サービス利用の方針を定めた場合加算されます。                                               |
| 入 退 所 前<br>連 携 加 算 ( II ) | 4,000 円  | 400 円   | 800 円   | 1,200 円 |               | 利用者が退所し、居宅サービスを利用する場合に、退所に先立って、利用者の同意を得て、利用を希望する居宅介護支援事業者に対し診療状況を示す文書を添えて必要な情報を提供し、かつ、居宅介護支援事業者と連携してサービス利用に関する調整を行った場合に加算されます。 |
| 訪 問 看 護<br>指 示 加 算        | 3,000 円  | 300 円   | 600 円   | 900 円   | 退所時<br>1 回限り  | 医師が訪問看護を必要であると認め、利用者の同意を得て、利用者の選定する訪問看護ステーションに対し退所時に訪問看護指示書を交付した場合に加算されます。                                                     |
| ターミナルケア加算<br>( 死 亡 日 )    | 19,000 円 | 1,900 円 | 3,800 円 | 5,700 円 | 死亡日 1 回<br>限り | 利用者又は家族等の同意を得て、ターミナルケア計画が作成され、多職種協働しターミナルケアがおこなわれている場合で、亡くなられた日に加算されます。                                                        |
| ターミナルケア加算<br>( 2 ～ 3 日 )  | 9,100 円  | 910 円   | 1,820 円 | 2,730 円 | 1 日につき        | 利用者又は家族等の同意を得て、ターミナルケア計画が作成され、多職種協働しターミナルケアがおこなわれている場合で、亡くなられた日から2日以上3日以内について加算されます。                                           |

|                              |         |       |       |         |        |                                                                                                                  |
|------------------------------|---------|-------|-------|---------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ターミナルケア加算<br>( 4 ～ 3 0 日 )   | 1,600 円 | 160 円 | 320 円 | 480 円   | 1 日につき | 利用者又は家族等の同意を得て、ターミナルケア計画が作成され、多職種協働しターミナルケアがおこなわれている場合で、亡くなられた日から4日以上30 日以内について加算されます。                           |
| ターミナルケア加算<br>( 3 1 ～ 4 5 日 ) | 720 円   | 72 円  | 144 円 | 216 円   | 1 日につき | 利用者又は家族等の同意を得て、ターミナルケア計画が作成され、多職種協働しターミナルケアがおこなわれている場合で、亡くなられた日から 31 日以上 45 日以内について加算されます。                       |
| 経 口 移 行 加 算                  | 280 円   | 28 円  | 56 円  | 84 円    | 1 日につき | 経管により食事摂取する利用者が、経口による食事摂取を進めるための経口移行計画を作成し、医師の指示を受けた管理栄養士、看護師等による支援を行った場合に180日を限度として加算されます。                      |
| 経 口 維 持 加 算 I                | 4,000 円 | 400 円 | 800 円 | 1,200 円 | 1 月につき | 摂食障害を有し、誤嚥が認められる利用者に対し、医師の指示に基づき多職種協働による食事の観察及び会議等を行い、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、計画に従い特別な栄養管理を行った場合に加算されます。 |
| 経 口 維 持 加 算 II               | 1,000 円 | 100 円 | 200 円 | 300 円   |        | 経口維持加算（I）において行う食事の観察及び会議等に医師、歯科衛生士等が加わった場合に経口維持加算（I）と合わせて加算されます。                                                 |



|                             |         |       |         |         |                           |                                                                                                                |
|-----------------------------|---------|-------|---------|---------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口 腔 衛 生<br>管 理 加 算 (Ⅱ)      | 1,100 円 | 110 円 | 220 円   | 330 円   | 1 月につき                    | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が利用者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行い、口腔衛生等の管理にかかる情報を厚生労働省に提出し、その実施に当たって適切かつ有効な情報を活用している場合に加算されます。            |
| 療 養 食 加 算                   | 60 円    | 6 円   | 12 円    | 18 円    | 1 食につき<br>※1 日 3 食<br>を限度 | 糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食等、医師の指示箋に基づき特別の療養食を提供した場合に加算されます。                                                                |
| 再入所時栄養連携加算                  | 2,000 円 | 200 円 | 400 円   | 600 円   | 1 回を限度                    | 入院等で厚生労働大臣が定める特別食等を導入された利用者が再入所され、管理栄養士が医療機関と連携し栄養ケアを行った場合に加算されます。                                             |
| 所 定 疾 患<br>施 設 療 養 費 (Ⅱ)    | 4,800 円 | 480 円 | 960 円   | 1,440 円 | 1 日につき                    | 利用者が肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪と診断され、投薬、検査、注射、処置等を行った場合、かつ当施設の医師が感染症対策に関する研修を受講している場合に加算されます。<br>※連続する 10 日を限度 |
| 高 齢 者 施 設 等<br>感染対策向上加算 (Ⅰ) | 100 円   | 10 円  | 20 円    | 30 円    | 1 月につき                    | 施設内で新興・一般の感染症発生時、協力医療機関と診療等を実施する連携体制を確保しているため加算されます。                                                           |
| 緊 急 時 治 療 管 理               | 5,180 円 | 518 円 | 1,036 円 | 1,554 円 | 1 日につき                    | 利用者に緊急な医療が必要となり、施設において応急的な治療管理を行った場合に加算されます。<br>※連続する 3 日を限度                                                   |

| 特 定 治 療                                | やむをえない事情により施設で行われた特定の処置や手術、麻酔等について診療報酬に準じて算定し、加算されます。 |       |       |       |             |                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| リハビリテーション<br>マ ネ ジ メ ン ト<br>計画書情報加算（Ⅰ） | 530 円                                                 | 53 円  | 106 円 | 159 円 | 1 月につき      | <p>医師と多職種が共同し、リハビリテーション実施計画書を作成、口腔の健康状態、栄養状態を共有しリハビリテーションの質を管理。その情報を厚生労働省へ提出し、適切かつ有効に情報を活用している場合に加算されます。</p> <p>※口腔衛生管理加算（Ⅱ）と栄養マネジメント強化加算の<u>両方</u>を算定している方が対象</p> |
| リハビリテーション<br>マ ネ ジ メ ン ト<br>計画書情報加算（Ⅱ） | 330 円                                                 | 33 円  | 66 円  | 99 円  | 1 月につき      | <p>医師と多職種が共同し、リハビリテーション実施計画書を作成し、リハビリテーションの質を管理。またその情報を厚生労働省へ提出し、適切かつ有効に情報を活用している場合に加算されます。</p>                                                                    |
| 自 立 支 援 促 進 加 算                        | 3,000 円                                               | 300 円 | 600 円 | 900 円 | 1 月につき      | <p>入所時に医師が利用者ごとの自立支援のために必要な医学的評価を行い、自立支援の対応が必要である利用者に、支援計画に従ったケアを実施。またその情報を厚生労働省へ提出し適切かつ有効に情報を活用した場合に加算されます。</p>                                                   |
| 安 全 対 策 体 制 加 算                        | 200 円                                                 | 20 円  | 40 円  | 60 円  | 入所時に<br>1 回 | <p>安全対策にかかる外部研修を受け、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に加算されます。</p>                                                                                            |

|                           |                                                              |       |         |         |        |                                                              |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|--------|--------------------------------------------------------------|
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）            | 600 円                                                        | 60 円  | 120 円   | 180 円   | 1 月につき | （Ⅰ）の基本的な情報に、疾病の状況や服薬情報等を加えた場合に加算されます。                        |
| 外泊時費用                     | 3,620 円                                                      | 362 円 | 724 円   | 1,086 円 | 1 日につき | 一時的に自宅等に外泊された場合は、要介護状態区分にかかわらずご負担いただきます。<br>※1 月に連続する 6 日を限度 |
| 外泊時費用<br>※在宅サービスをご利用される場合 | 8,000 円                                                      | 800 円 | 1,600 円 | 2,400 円 | 1 日につき | 一時的に自宅等に外泊され、施設が在宅サービスを提供した場合に加算されます。<br>※1 月に 6 日を限度        |
| 介護職員等<br>処遇改善加算（Ⅰ）        | 介護職員の処遇を改善させるために設けられた厚生労働大臣基準の全てに適合していますので、全体の 7.5 %を加算されます。 |       |         |         |        |                                                              |

※ 上記料金表は、1 回あたりの目安を表示したものです。1 ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差額が生じる場合があります。

## （２）介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

| 種 類  | 内 容                      | 利 用 料    |            |
|------|--------------------------|----------|------------|
| 食費   | 食事の提供に要する費用。             | 第 1 段階   | 3 0 0 円    |
|      |                          | 第 2 段階   | 3 9 0 円    |
|      |                          | 第 3 段階①  | 6 5 0 円    |
|      |                          | 第 3 段階②  | 1, 3 6 0 円 |
|      |                          | 第 4 段階   | 2, 0 3 0 円 |
| 居住費  | 居住に要する費用。（多床室）           | 第 1 段階   | 0 円        |
|      |                          | 第 2 段階   | 4 3 0 円    |
|      |                          | 第 3 段階①② | 4 3 0 円    |
|      |                          | 第 4 段階   | 4 3 0 円    |
|      | 居住に要する費用。（個室）            | 第 1 段階   | 5 5 0 円    |
|      |                          | 第 2 段階   | 5 5 0 円    |
|      |                          | 第 3 段階①② | 1, 3 7 0 円 |
|      |                          | 第 4 段階   | 1, 7 0 0 円 |
| 個室料金 | 個室を利用した方は、差額室料を負担して頂きます。 | 1 日      | 1, 0 0 0 円 |

|        |                               |               |
|--------|-------------------------------|---------------|
| 日常生活費  | シャンプー・リンス・石鹸等の個人が特別に必要なとする物品。 | 実費をご負担いただきます。 |
| 教養娯楽費  | レクリエーション活動費。                  | 実費をご負担いただきます。 |
| 洗濯機使用費 | 施設に設置してある洗濯機を使用された場合。         | 1回 200円       |
| 乾燥機使用費 | 施設に設置してある乾燥機を使用された場合。         | 1回 200円       |
| 電 気 料  | 療養室においてコンセントを使用された場合。         | 1日 50円（1口あたり） |
| 電話料金   | 利用者の希望により施設の電話を使用された場合        | 実費をご負担いただきます。 |
| 行 事 費  | 行事への参加費用。参加されるか否かは任意です。       | 実費をご負担いただきます。 |
| その他    |                               | 実費をご負担いただきます。 |

## 8 料金のお支払方法

当施設より毎月10日頃に「7 料金」を基に算定した前月分の料金を、利用料明細書より請求し、同月の20日（休日の場合翌営業日）に口座振替によりお支払いいただきます。お支払いと引き換えに領収書を発行いたします。

※ 領収書は後に利用料の償還払いを受ける時に必要となりますので大切に保管して下さい。

## 9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

|            |                                                                                                                                   |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設苦情等相談窓口 | 窓口担当者 伊富貴 めぐみ、鈴木 潤（支援相談員）<br>ご利用時間 8：30～17：30<br>ご利用方法 電話（0749）58－1222<br>面接（当施設相談室等）                                             |
| 行政窓口       | 米原市役所（本庁舎）くらし支援部 高齢福祉課<br>ご利用時間 8：30～17：15<br>電話（0749）53－5122<br><br>滋賀県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口<br>ご利用時間 9：00～17：00<br>電話（077）510－6605 |

## 10 非常災害時の対策

|          |                                                                                                                   |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非常災害時の対応 | 消防計画にのっとり対応を行います。                                                                                                 |
| 避難訓練     | 消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。                                                                                            |
| 防火設備     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● スプリンクラー設備</li> <li>● 非常通報装置</li> <li>● 消火器</li> <li>● 屋内消火栓設備</li> </ul> |
| 消防計画等    | 消防署へ消防計画書を提出し実施します。                                                                                               |
| 業務継続     | 非常災害発生の際、事業が継続できるよう他の社会福祉施設との連携及び協力を行います。                                                                         |

### 1 1 事故発生時の対応

介護・医療事故を防止するための体制整備に努めます。また、サービス提供時に事故が発生した場合は利用者に対し必要な措置を行います。

|         |                                                                                                                                       |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者の急変時 | <ul style="list-style-type: none"><li>● 医師が診察し、必要と認められる場合は、協力医療機関又はその他の医療機関に診療を依頼します。</li><li>● 利用者及び家族等が指定する方に対し速やかに連絡します。</li></ul> |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 1 2 協力医療機関

|    |        |      |                               |
|----|--------|------|-------------------------------|
| 医科 | 市立長浜病院 | 所在地  | 滋賀県長浜市大戌亥町 3 1 3              |
|    |        | 診療科目 | 内科、呼吸器科、循環器科、外科、整形外科等の 2 2 科目 |
|    |        | 病床数  | 6 1 6 床                       |
| 歯科 | 二宮歯科医院 | 所在地  | 滋賀県米原市春照 1 1 9 1 - 1          |
|    | 瀧上歯科医院 |      | 滋賀県米原市小田 1 0 4 8              |

### 1 3 秘密保持

事業者及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及びその後見人、家族又は身元引受人の秘密を漏らしません。その職を退いた後も同様とします。

事業者は、居宅介護支援事業者等必要な機関に対し、利用者及びその後見人、家族又は身元引受人に関する情報を提供する場合には、利用者及びその後見人、家族又は身元引受人に使用目的を説明し、文書によりあらかじめ同意を得ます。

### 1 4 人権擁護・虐待防止

当施設は利用者の人権の擁護及び虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制整備を行うとともに、職員に対し研修の機会を確保するものとします。

### 1 5 施設利用にあたっての留意事項

- (1) 利用者の外泊、外出等は身元保証人の同意により病態に応じて許可するものとし、その期間及び回数は制限します。
- (2) 利用者等は、火気を取り扱う場合は、必ず職員の指導を受けるものとします。
- (3) 面会は、全日 9 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0 とします。
- (4) 利用者の衣類等の洗濯は家族の方に行っていただくこととします。
- (5) 敷地内における喫煙は禁止します。
- (6) 医師等の許可がある時以外、飲酒は禁止します。
- (7) 管理栄養士を配置している為、差し入れはお控えください。
- (8) 所持品、備品等の持ち込みは、施設の許可を得るものとします。
- (9) 金銭、貴重品の管理は利用者の責任において行っていただきます。ただし不必要な金銭、貴重品の所持はお断りします。
- (10) 敷地内での営利行為、宗教活動、政治活動は禁止します。

当施設は、重要事項説明書に基づいて、介護保健施設サービスの内容及び料金、その他の重要事項を説明いたしました。

令和        年        月        日

説明者

滋賀県米原市春照 5 8 - 1

公益社団法人 地域医療振興協会

ケアセンターいぶき介護老人保健施設

職名    支援相談員

氏名

印

私は、ケアセンターいぶき介護老人保健施設における介護保健施設サービスの担当者より、重要事項説明書に基づいてサービス内容及び料金、その他の重要事項の説明を受け、その内容に同意いたしました。

令和        年        月        日

本 人

住所

氏名

印

代理人

住所

氏名

印