

利用料

(介護老人保健施設 ケアホーム東浦)

1. 基本報酬【施設サービス費Ⅰ：従来型個室：基本型】

要介護度	介護報酬	利用者負担		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	7,170円/日	717円/日	1,434円/日	2,151円/日
要介護 2	7,630円/日	763円/日	1,526円/日	2,289円/日
要介護 3	8,280円/日	828円/日	1,656円/日	2,484円/日
要介護 4	8,830円/日	883円/日	1,766円/日	2,649円/日
要介護 5	9,320円/日	932円/日	1,864円/日	2,796円/日

2. 加算について(裏面に続く)

加算	介護報酬	利用者負担		
		1割負担	2割負担	3割負担
夜勤職員配置加算	240円/日	24円/日	48円/日	72円/日
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	2,580円/日	258円/日	516円/日	774円/日
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	2,000円/日	200円/日	400円/日	600円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	2,400円/日	240円/日	480円/日	720円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1,200円/日	120円/日	240円/日	360円/日
認知症ケア加算	760円/日	76円/日	152円/日	228円/日
若年性認知症入所者受入加算	1,200円/日	120円/日	240円/日	360円/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	510円/日	51円/日	102円/日	153円/日
外泊時費用	3,620円/日	362円/日	724円/日	1,086円/日
外泊時費用(外泊中在宅サービスを利用する場合)	8,000円/日	800円/日	1,600円/日	2,400円/日
初期加算(Ⅰ)	600円/日	60円/日	120円/日	180円/日
初期加算(Ⅱ)	300円/日	30円/日	60円/日	90円/日
退所時栄養情報連携加算	700円/回	70円/回	140円/回	210円/回
再入所時栄養連携加算	2,000円/入所	200円/入所	400円/入所	600円/入所
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	4,500円/回	450円/回	900円/回	1,350円/回
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	4,800円/回	480円/回	960円/回	1,440円/回
試行的退所時指導加算	4,000円/回	400円/回	800円/回	1,200円/回
退所時情報提供加算(Ⅰ)	5,000円/回	500円/回	1,000円/回	1,500円/回
退所時情報提供加算(Ⅱ)	2,500円/回	250円/回	500円/回	750円/回
入退所前連携加算(Ⅰ)	6,000円/回	600円/回	1,200円/回	1,800円/回
入退所前連携加算(Ⅱ)	4,000円/回	400円/回	800円/回	1,200円/回
訪問看護指示加算	3,000円/入所	300円/入所	600円/入所	900円/入所
協力医療機関連携加算(令和7年3月31日まで)	1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
協力医療機関連携加算(令和7年4月1日から)	500円/月	50円/月	100円/月	200円/月
栄養マネジメント強化加算	110円/日	11円/日	22円/日	33円/日
経口移行加算	280円/日	28円/日	56円/日	84円/日
経口維持加算(Ⅰ)	4,000円/月	400円/月	800円/月	1,200円/月
経口維持加算(Ⅱ)	1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
口腔衛生管理体制加算(Ⅰ)	900円/月	90円/月	180円/月	270円/月
口腔衛生管理体制加算(Ⅱ)	1,100円/月	110円/月	220円/月	330円/月
療養食加算(1日3回限度)	60円/回	6円/回	12円/回	18円/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) イ	1,400円/回	140円/回	280円/回	420円/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) ロ	700円/回	70円/回	1,400円/回	2,100円/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	2,400円/回	240円/回	480円/回	720円/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	1,000円/回	100円/回	200円/回	300円/回
緊急時施設療養費(緊急時治療管理:1月に3日を限度)	5,180円/日	518円/日	1,036円/日	1,554円/日
所定疾患施設療養費(Ⅰ)(1月に7日を限度)	2,390円/日	239円/日	478円/日	717円/日
所定疾患施設療養費(Ⅱ)(1月に10日を限度)	4,800円/日	480円/日	960円/日	1,440円/日

重要事項説明書(別紙)

2. 加算について(続き)

加算	介護報酬	利用者負担		
		1割負担	2割負担	3割負担
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	30円/日	3円/日	6円/日	9円/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	40円/日	4円/日	8円/日	12円/日
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	1,500円/月	150円/月	300円/月	450円/月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	1,200円/月	120円/月	240円/月	360円/月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	2,000円/日	200円/日	400円/日	600円/日
リハビリテーションマネジメント計画情報加算Ⅰ	530円/月	53円/月	106円/月	159円/月
リハビリテーションマネジメント計画情報加算Ⅱ	330円/月	33円/月	66円/月	99円/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	30円/月	3円/月	6円/月	9円/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	130円/月	13円/月	26円/月	39円/月
排せつ支援加算(Ⅰ)	100円/月	10円/月	20円/月	30円/月
排せつ支援加算(Ⅱ)	150円/月	15円/月	30円/月	45円/月
排せつ支援加算(Ⅲ)	200円/月	20円/月	40円/月	60円/月
自立支援促進加算	3,000円/月	300円/月	600円/月	900円/月
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	400円/月	40円/月	80円/月	120円/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	600円/月	60円/月	120円/月	180円/月
安全対策体制加算	200円/入所	20円/入所	40円/入所	60円/入所
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	100円/月	10円/月	20円/月	30円/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	50円/月	5円/月	10円/月	15円/月
新興感染症等施設療養費(1月に5日を限度)	2,400円/日	240円/日	480円/日	720円/日
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	100円/月	10円/月	20円/月	30円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220円/日	22円/日	44円/日	66円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円/日	18円/日	36円/日	54円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60円/日	6円/日	12円/日	18円/日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		介護報酬総単位数に7.5%を乗じた金額		
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		介護報酬総単位数に7.1%を乗じた金額		
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		介護報酬総単位数に5.4%を乗じた金額		
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		介護報酬総単位数に4.4%を乗じた金額		

※その他にも加算が発生する場合があります。

※利用者負担につきましては、「介護保険負担割合証」に応じて頂きます。

3. 食費として、1日1,445円頂きます。食費に関しては世帯の所得に応じて減額措置があります。
4. 居住費として、1日1,300円頂きます。居住費に関しては世帯の所得に応じて減額措置があります。
5. 理美容代 実費 2ヵ月に1回 移動散髪業者が来所して散髪を実施しています。
6. 文書代(診断書など) 5,500円
7. 電気代 以下の電気製品を利用する場合、電気代をいただきます

電気製品の種類	月額	日割り(月途中入退所の場合)
電気毛布	1,650円/月(税込)	55円/日(税込)
電気アンカ	1,320円(税込)	44円/日(税込)
扇風機	990円/月(税込)	33円/日(税込)
電気ポット・加湿器	1,650円/月(税込)	55円/日(税込)
冷蔵庫	1,650円/月(税込)	55円/日(税込)

重要事項説明書 (介護老人保健施設サービス)

あなたに対する介護老人保健施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令 40 号 5 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人社団 淡路平成会
主たる事業所の所在地	兵庫県南あわじ市八木養宣中 1 7 3
法人種別	医療法人社団
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	(0799) 42-5335

2. ご利用事業所

事業所の名称	介護老人保健施設 ケアホーム東浦
事業所の所在地	兵庫県淡路市久留麻 1 8 6 9
介護保険事業者番号	2851680021
管理者の氏名	乾 貞治
電話番号	0799-74-0504
ファクシミリ番号	0799-75-3663
居室の概要	個室 60室 (内認知症専門棟 20室)
利用定員	60名

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定	
	指定年月日	指定番号
短期入所療養介護	平成 17 年 5 月 1 日	2851680021
通所リハビリテーション	平成 17 年 5 月 1 日	2851680021
東浦介護医療院	令和 3 年 9 月 1 日	28B1600018

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	この施設は、看護、医学的管理の下において介護および機能訓練などを行い、高齢者の自立を支援し、家庭復帰を促進することを目的とする。
運営の方針	当施設にあたっては、明るく家庭的な雰囲気を保持し、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行う。

5. 利用対象者

入所：介護保険にて要介護と認定された方

6. 施設サービス

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 生活全般の介護サービス
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション・レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス

7. 施設の人員配置と勤務体制

	基準人員数
管理者	1名
医師(管理者兼務)	1名以上
介護支援専門員	1名以上
理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士	1名以上
看護職員	6名以上(常勤換算)
介護職員	14名以上(常勤換算)
栄養士又は管理栄養士	1名以上
支援相談員	1名以上
事務員	1名以上
薬剤師	0.2名以上

(令和6年9月1日 現在)

① 管理者

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して施設の業務を統括し、通常管理に万全を期する。

② 医師

- (イ) 入所者等の病状把握及び診療業務に関すること。
- (ロ) 施設療養全般に関すること。

③ 介護支援専門員

- (イ) 施設サービス計画の作成に関すること。
- (ロ) 施設サービスのモニタリングに関すること。
- (ハ) 家族や地域全般との調整に関すること。

④ 理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士

- (イ) 機能訓練に関すること。

⑤ 看護職員

- (イ) 医師の指導に従い入所者等に必要な医療措置を講ずること。
- (ロ) 入所者等の保健衛生に関すること。
- (ハ) 入所者等の日常生活介護に関すること。

⑥介護職員

- (イ) 入所者等の保健衛生に関すること。
- (ロ) 入所者等の日常生活介護に関すること。

⑦栄養士又は管理栄養士

- (イ) 給食の献立及び給食記録の作成に関すること。
- (ロ) 調理及び配膳に関すること。
- (ハ) 給食に関する事務。

⑧支援相談員

- (イ) 療養上の相談に関すること。
- (ロ) 市町村との連絡調整に関すること。

⑨事務員

- (イ) 事務全般・入所者書類管理・介護請求に関すること。

⑩薬剤師

- (イ) 医師の指示に基づく調剤業務及び利用者に対し服薬業務

当施設の看護及び介護職員は必要に応じて下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

早 出	7 : 00 ~ 15 : 30	2名
日 勤	9 : 00 ~ 17 : 30	6 ~ 7名
遅 出	10 : 30 ~ 19 : 00	1 ~ 2名
夜 勤	16 : 30 ~ 9 : 30	3名

8. 利用料について

施設介護サービス費に対する利用料は、厚生労働省の定める基準に従うものとする。
(別紙利用料表参照)

9. お支払方法

毎月 11 日に前月分の請求書を発行しますので、その月の 12 日～末日までにお支払いください。

支払方法は、原則として現金でお願いしております。ご都合により銀行振込みを希望される方は、契約時に職員へお申し付け下さい。

10. 入退所の手続き

(1) 入所の手続き

- ①当施設の支援相談員・看護師により、入所相談を行います。
- ②必要書類(入所申込書、診療情報提供書等)を提出していただきます。
- ③利用者様及びご家族様と面談させていただきます。
- ④当施設の医師、看護師、介護福祉士、管理栄養士、理学療法士、支援相談員、介護支援専門員で入所判定を行います。
- ⑤後日、支援相談員・看護師より入所判定の結果等について連絡させていただきます。
- ⑥当施設への入所にあたり、重要事項の説明に同意を頂いた上で、契約を締結致します。

(2) 退所の手続き

※入所者様からの契約解除

利用者様及びご家族様は、1週間以上の予告期間をもって、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

※当施設からの契約解除

当施設は、利用者様及びご家族様に対し、次に掲げる場合には本契約に基づくサービスを解除、終了することができます。

- ①入所者様が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
- ②入所者様の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当施設での適切な介護保険施設サービスの提供が困難と判断された場合。
- ③入所者様の行動が、他の入所者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合。
- ④入所者様が重大な自傷行為を繰り返す等、十分な介護を尽くしてもこれを防止できないと思われる場合。
- ⑤入所者様が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないと判断した場合。
- ⑥入所者様、ご家族様から法定介護サービス以外のサービスを不当に強要され、実施不能の由を伝えてもなお強要されるような場合。
- ⑦入所者様、ご家族様からサービス担当者が不当なセクハラや暴言、暴行等の干渉を受け、かつ注意により改善されない場合。
- ⑧入所者様が、他の介護保険施設に入所された場合。
- ⑨入所者様が、病院等の医療機関に入院された場合。
- ⑩入所者様が死亡された場合。
- ⑪入所者様及びご家族様が、本契約に定める利用料金を2か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、7日間以内に支払われない場合。
- ⑫入所者様が、当施設の従業者並びに他の入所者様、又は、当施設の設備並びに備品に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

11. 施設利用にあたっての留意事項

食事	栄養管理を施した食事を提供致します。 食べ物の持ち込みは、健康管理及び感染予防上、原則禁止とさせていただきます。
面会時間	面会時間は午前10時から午後5時とします。 受付カウンターにある面会簿に必要事項を記入してください。
消灯時間	午後9時とします。
外出・外泊	1階事務所にお申し出下さい。 所定の届出書に記載頂き、医師の許可により外出、外泊をしていただけます。
飲酒	栄養管理上、原則禁止とさせていただきます。
喫煙	健康管理上、原則禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	防火管理上、原則禁止とさせていただきます。
設備、備品の利用	本来の使用法に従ってご利用ください。 これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
所持品・備品等の持ち込み	収納スペースに限りがある為、記名の上、必要最小限でお願いします。
金銭・貴重品管理	原則自己管理をしていただきます。 多額な金銭及び貴重品は所持されないようにお願いします。
営利行為 宗教・政治活動	他の入所者様にご迷惑がおよぶ行為、活動は一切禁止とさせていただきます。

12. 身体拘束

当施設は、原則として入所者様に対し身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、当施設の医師がその様態及び時間、その際の入所者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともにご家族様にその旨を説明し同意を得ます。

13. 守秘義務の徹底

当施設の職員は、業務上知り得た入所者様又はご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様とします。

ただし、介護保険サービスの為の市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、医療機関への療養状況を提供する場合については、当施設は入所者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

14. 個人情報の提供

次の様な状況の場合に、当施設はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

- ①介護保険法令に従い、入所者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議において利用する場合。
- ②入所者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。
- ③契約終了によって、入所者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合。

15. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談、お申し出下さい。

受付窓口（担当者） 氏名：西谷 和久 職名：支援相談員

電話番号：0799-74-0504 受付時間：月曜日～土曜日（9時00分～17時30分）

また、ご意見箱での受け付けもいたしておりますのでご利用下さい。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

○淡路市役所 長寿介護課 介護保険相談窓口

所在地：〒656-2292 兵庫県淡路市生穂新島8番地 電話番号：0799-64-2511

○洲本市役所 介護福祉課 介護保険係

所在地：〒656-0027 兵庫県洲本市港2-26 洲本市健康福祉館 電話番号：0799-22-9333

○南あわじ市役所 長寿保険課 介護保険係

所在地：〒656-0492 兵庫県南あわじ市市善光寺22番地1 電話番号：0799-43-5217

○神戸市役所 保健福祉局 高齢福祉部 介護保険課

所在地：兵庫県神戸市中央区加納町6-5-1 電話番号：078-322-6227

○兵庫県国民健康保険団体連合会 介護福祉課

所在地：兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号：078-332-5601

16. 協力医療機関

施設の名称	医療法人社団淡路平成会 東浦平成病院
施設の所在地	〒656-2311 淡路市久留麻 1867
診療科目	内科、循環器内科、外科、消化器外科、脳神経外科、 脳神経内科、整形外科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、 皮膚科、心療内科、リハビリテーション科、放射線科
電話番号	0799-74-0503
FAX	0799-75-2323

協力歯科医院

施設の名称	国本歯科医院
施設の所在地	兵庫県淡路市久留麻 2506
電話番号	0799-74-2111

17. 事故発生時の対応

- (1) 施設は、入所者様がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- (2) 施設は、速やかに市町村に連絡し、その状況を記録します。
- (3) 施設は、入所者様に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

18. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応致します。（別紙参照）

19. 災害発生時の対応

消防計画に基づき対応します。火災及び地震発生時のために、非常災害要因を決め、組織を編成し任務の遂行に当たります。

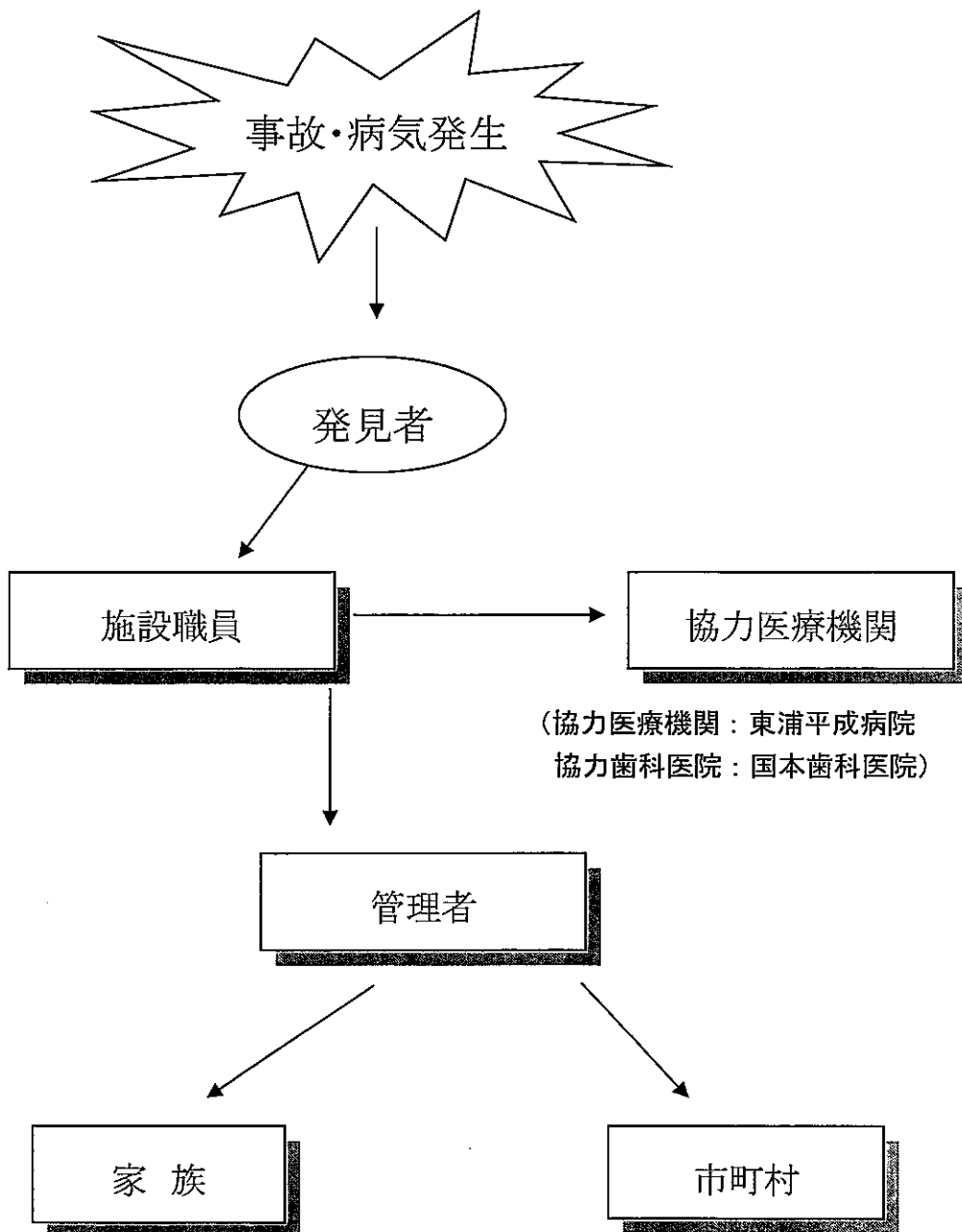
1年に2回防災訓練を実施します。（内1回は夜間を想定）

災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。

20. 第三者による評価の実施の状況

第三者による評価の実施の状況	1. あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	②. なし		

事故発生時の対応



私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 _____ 氏名 _____）
から上記サービス内容と重要事項の説明、交付を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（利用者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

署名代行の理由

（利用者の家族等）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____