

指定介護老人保健施設重要事項説明書（短期入所）

当施設は介護保険の指定を受けています。
(茨城県 指定 第0854180031)

当施設はご契約者に対して、指定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とおり説明します。

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる**通常1割又は2割（現役並みの所得がある方は3割）の自己負担分**と保険給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な療養室料及び特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、倶楽部等で使用する材料費、診断書等の文書作成費等）を**利用料**としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス（入所、短期入所療養介護、通所リハビリテーション）毎に異なります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症専門棟加算）で異なりますし、利用料も施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、次頁以降をご参照下さい。

介護保険には、大きくわけて、入所をして介護保険を利用する施設サービスと在宅にいて種々のサービスを受ける居宅サービスがありますが、それぞれ利用方法が異なっています。

施設サービスを希望される場合は、直接施設にお申し込みいただけますが、**短期入所療養介護、通所リハビリテーションは、居宅サービス**であり、原則的に利用に際しては、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成したあとでなければ、保険給付を受けることができませんので注意が必要です。また、送迎、入浴といった加算対象のサービスも、居宅サービス計画に記載がないと保険給付を受けられませんので、利用を希望される場合は、居宅サービス計画に記載されているかをご確認ください。

居宅サービス計画は、利用者ご本人が作成することもできますが、居宅介護支援事業所（居宅サービス計画を作成する専門機関）に作成依頼することもできます。

詳しくは、介護老人保健施設の担当者にご相談ください。

医療法人昭徳会
介護老人保健施設 マカベシルバートピア
茨城県桜川市真壁町東山田1945

介護老人保健施設マカベシルバートピアのご案内
(令和6年8月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

・施設名	介護老人保健施設 マカベシルバートピア
・開設年月日	平成10年6月1日
・所在地	茨城県桜川市真壁町東山田1945
・電話番号	0296-54-2800
・ファックス番号	0296-54-2801
・管理者名	蘇原 泰則
・介護保険指定番号	介護老人保健施設(第0854180031号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設マカベシルバートピアの運営方針]

- 1 当施設では、利用者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、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要な医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。
- 2 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れが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いません。
- 3 当施設では、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区町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- 4 当施設では、明るく家庭的な雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごせるようサービス提供に努めます。
- 5 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用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ます。
- 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の提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ることとします。

(3) 施設の職員体制

	人員	夜間	備考
・医師	1		
・看護職員	8	1	
・薬剤師	0.2		
・介護職員	19	3	
・支援相談員	1		
・理学療法士	1		
・作業療法士			
・言語聴覚士			
・管理栄養士	1		
・介護支援専門員	1		
・事務職員	4		
・その他			

※常勤換算で上記（必要基準）以上を配置しております。

- (4) 入所定員 ・定員 80 名
・療養室 従来型個室 12 室、多床室（4人室） 17 室

2. 短期入所療養介護のサービス

短期入所療養介護は、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、短期入所療養介護計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. サービス内容

- ① 短期入所療養介護計画の立案
 - ② 食事（食事は原則として各フロアでおとりいただきます。）
朝食 7時30分～
昼食 11時45分～
夕食 18時00分～
 - ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
 - ④ 医学的管理・看護
 - ⑤ 介護支援
 - ⑥ リハビリテーション
 - ⑦ 相談援助サービス
 - ⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
 - ⑨ 理美容サービス（原則月3回実施します。）
 - ⑩ 行政手続代行
 - ⑪ その他
- * これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

4. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

5. 利用料金

利用料金につきましては、各料金案内をご覧ください。

支払い方法

・毎月10日までに、前月分の請求書を送付しますので、その月の月末までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。短期入所利用契約時にお選びください。

6. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

・茨城県西部メディカルセンター
茨城県筑西市大塚 555

・さくらがわ地域医療センター
茨城県桜川市高森 1000

・協力歯科医療機関

・中川歯科医院
茨城県桜川市真壁町真壁 1 7 9

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

7. 施設利用に当たっての留意事項

- ・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お召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は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、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・面会は、午前9時～午後7時30分
- ・外出・外泊は、その都度許可書に記入してください。
- ・飲酒・喫煙は基本的には禁止といたします。
- ・火気の取扱いは禁止といたします。
- ・設備・備品の利用は、関係者に確認をしてからご利用ください。
- ・所持品・備品等の持ち込みは、最低限のものにしてください。
- ・金銭・貴重品の管理は、基本的には行わないようお願いいたします。
- ・外泊時等の施設外での受診は、必ず施設にご連絡ください。
- ・宗教活動は禁止といたします。
- ・ペットの持ち込みは、禁止といたします。
- ・他利用者への迷惑行為は禁止といたします。

8. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・防災訓練 年2回

9. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

10. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

要望や苦情などは、事務長又は支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、所定の場所に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

苦情・相談窓口 ・マカベシルバートピア
 担当 事務局長 大羽 支援相談員 染谷、横山
 (電話0296-54-2800)
 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:30

又は ・各市町村の介護保険窓口

 ・茨城県保健福祉部長寿福祉課介護保険室
 (電話029-301-3343)

 ・茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課 介護保険苦情相談室
 (電話029-301-1565)

11. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますのでご請求ください。

【短期入所療養介護の場合の利用者負担額】

- 1 保険給付の自己負担額（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。）

【多床室】

・要介護 1	830 円
・要介護 2	880 円
・要介護 3	944 円
・要介護 4	997 円
・要介護 5	1,052 円

【従来型個室】

・要介護 1	753 円
・要介護 2	801 円
・要介護 3	864 円
・要介護 4	918 円
・要介護 5	971 円

* サービス提供体制強化加算

- (Ⅰ) 介護福祉士を 80%以上または勤続 10 年以上の介護福祉士を 35%以上配置 22 円
- (Ⅱ) 介護福祉士を 60%以上配置 18 円
- (Ⅲ) 介護福祉士が 50%以上または常勤職員が 75%以上または勤続 7 年以上が 30%以上配置 6 円

(Ⅰ) ~ (Ⅲ) のいずれかに該当している場合加算されます。

- * 夜勤体制加算 (1 日につき) 24 円
- * 入所及び退所の際、ご自宅までの送迎を行なった場合は、片道につき 184 円加算されます。
- * 個別リハビリテーション実施加算 240 円
- * 療養食加算 (1 食につき) 8 円
 ※医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する 糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、高度肥満食（高脂血症食に準ずる）、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食、脂質異常症食
- * 若年性認知症利用者受入加算 120 円
- * 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7 日間を限度) 200 円
- * 重度療養管理加算 (1 日につき) 120 円
- * 緊急短期入所受入加算 ((1 日につき) 90 円
- * 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) 月額合計に 7.5% を乗じた額
(Ⅱ) 月額合計に 7.1% を乗じた額

※上記金額の合計に地域単価 (1 単位単価 10 円) を乗じた 10% が請求金額になります。
 尚、ご利用者様の介護保険負担割合によって、上記金額の合計に地域単価 (1 単位単価 10 円) を乗じた 20% が請求金額になります。

※現役並みの所得がある方は、上記金額の合計に地域単価 (1 単位単価 10 円) を乗じた 30% が請求金額になります。

※令和 6 年 6 月 1 日より介護職員処遇改善加算が変更となります

2 利用料

- ① 食費／1日 1,850円 ・朝食 450円 ・昼食 750円 ・夕食 650円
(ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。)

- ② 滞在費（療養室の利用費）／1日
・従来型個室 1,728円
・多床室 437円
(ただし、滞在費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている滞在費の負担限度額が1日にお支払いいただく滞在費の上限となります。)

*上記①「食費」及び②「滞在費」において、国が定める負担限度額段階（第1段階から3段階まで）の利用者の自己負担額については、《別添資料1》をご覧ください。

- ③ 入所者が選定する特別な療養室料／1日 個室 1,100円（税込）
個室のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。
- ④ 日常生活品費／1日 200円
石鹸、シャンプー、リンス、保湿用石鹸、ハンドクリーム、保湿ローション、ティッシュペーパーやおしぼり、その他、利用者様が快適に療養生活を送って頂く為の日常生活品です。
ご本人又はご家族の選択により施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

【日常生活品費のご利用選択について】

- 施設で用意するものを使用する
 自分で用意する

上記において同意します。(同意するものにチェックをお願いします)

- ⑤ 教養娯楽費／1日 100円
倶楽部やレクリエーションや趣味・クラブ活動で使用する材料費、ゲーム、園芸活動、雑誌、DVD鑑賞、音楽鑑賞、その他、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ⑥ 理美容代 2,200円（税込）
理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。
- ⑦ 私物の洗濯代 41円／100g（税込）
衛生管理上、当施設判断で洗濯した場合、諸事情により私物の洗濯を施設に依頼される場合にお支払いいただきます。
※原則として洗濯は御家族様にお願いします。

洗濯ネット 110円/1ネット（税込）

- ⑨ その他の費用
*個人的に使用する機器等にかかる電気代 63円／品×日数（税込）
*診断書等の文書の発行 1通 3,300円（税込）
但し、診断書作成時、新たな検査を行った場合は、別途料金がかかります。
*入金証明書 1通 550円（税込）
領収書を紛失してしまった場合の再発行
*抗原検査実施料 1回 1,100円（税込）

※令和6年8月1日より滞在費（療養室の利用費）が変更となります。

《別添資料1》

「国が定める利用者負担限度額段階（第1～3段階）」 に該当する利用者等の負担額

- 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～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「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受けする必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- 利用者負担第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第1・第2・第3段階にある次のような方です。
 - 【利用者負担第1段階】
生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方、かつ預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下の方。
 - 【利用者負担第2段階】
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円以下の方、かつ預貯金等が単身で650万円（夫婦で1,650万円）以下の方。
 - 【利用者負担第3段階①】
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円超120万円以下の方、かつ預貯金等が単身で550万円（夫婦で1,550万円）以下の方
 - 【利用者負担第3段階②】
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が120万円超えの方、かつ預貯金等が単身で500万円（夫婦で1,500万円）の以下の方
- 利用者負担第4段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。
- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表（1日当たりの利用料）

	食費	利用する療養室のタイプ		
		ユニット型個室	ユニット型準個室 従来型個室	多床室
利用者負担第1段階	300	880	550	0
利用者負担第2段階	600			430
利用者負担第3段階①	1,000	1,370	1,370	
利用者負担第3段階②	1,300			

介護老人保健施設サービス提供 同意書・誓約書

令和 年 月 日

介護老人保健施設のサービス（短期入所療養介護）を利用するにあたり、介護老人保健施設マカベシルバートピア利用契約に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者（ ）による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1. 介護老人保健施設マカベシルバートピアの諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設マカベシルバートピアに対し一切迷惑をかけません。
3. 本人の身元に関する一切の事項の保証及び退所の際の本人の引受を責任もって行うことをお約束します。

以 上

介護老人保健施設マカベシルバートピア
管理者 蘇原 泰則 殿

< 利用者 >

住 所
電話番号
氏 名

印

< 保証人 >

住 所
電話番号
氏 名

印

< 連帯保証人 >

住 所
電話番号
氏 名
利用者との関係（

印

）