

介護老人保健施設入所重要事項説明書 I

(老人保健施設 友愛トピアのご案内)

1 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 老人保健施設 友愛トピア
- ・開設年月日 平成 6 年 9 月 4 日
- ・所在地 三重郡菰野町宿野 3 7 1 番地
- ・電話番号 0 5 9 - 3 9 4 - 4 0 0 0 FAX 3 9 4 - 4 0 1 0
- ・管理者名 二宮 信夫
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2 4 5 2 2 8 0 0 3 1 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、医学的管理下での介護や機能訓練、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、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。

【老人保健施設友愛トピアの運営方針】

施設構想については、利用者を積極的に活動させ、自立の援助、家族介護の手助けをモットーに考えております。特徴といたしましては、リハビリテーションの充実、生活機能訓練の為、作業室、娯楽室の充実及び喫茶コーナーの設置、家族とのコミュニケーションにも積極的に取り組み、家族からの要請は無論、居宅サービス事業者等の要請にも協力できるよう努めております。また、各職域実習生・ボランティアの導入も積極的に行い、地域と共に老人医療介護に取り組みたく、各専門職・ボランティアの養成及び仕事のしやすい環境づくり等に取り組んでおります。各職種にわたって施設療養その他のサービスの向上及び利用者のニーズに対応するため、申し送りの徹底、ミーティング、外部での研修会や勉強会に参加しております。

(3) 施設の職員体制

職種	常勤	非常勤	業務内容
医師	1		利用者の病状の把握 定期的な回診
薬剤師		1	薬剤管理
看護職員	7 以上	4 以上	健康管理 医師の指示による投薬・処置・口腔ケア
介護職員	20 以上	8 以上	介護一般 レクリエーション等の開催
支援相談員	3 以上		相談業務一般 他の機関・施設の連携
理学療法士	2 以上	2 以上	リハビリテーションの施行
作業療法士	1 以上		リハビリテーションの施行
管理栄養士	2 以上		利用者にあった食事提供 献立の立案
介護支援専門員	1 以上	1 以上	施設サービス計画の作成
事務員	2 以上		入所費用の請求 保険請求

(4) 入所定員等 定員 100名

(短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を含む)

療養室 個室12室 2人室6室 4人室19室

通所リハビリテーション定員 40名 (介護予防通所リハビリテーションを含む)

2 サービス内容

- ① 施設サービス計画の作成
- ② 食事
- 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 (特殊浴) で対応)
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 口腔ケア
- ⑥ 介護 (退所時の支援も行います)
- ⑦ 機能訓練 (リハビリテーション・レクリエーション)
- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ 栄養管理・栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑩ 理美容サービス
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ その他

3 他機関・施設との連携

協力医療機関への受診：

当施設では、四日市消化器病センター・菰野厚生病院・さちデンタルクリニックに協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

◇ 緊急時の連絡先

緊急の場合には、『契約書』にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4 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為、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みは御遠慮いただきます。
- ・差し入れ (飲食物) の持ち込み…面会時以外で差し入れ品の飲食は禁止させていただきます。
- ・面会時間…10:00～16:00 です。入浴日時を予めご確認の上お越しく下さい。
- ・外出・外泊…所定の様式により届出を行い、医師の許可を受けて下さい。
- ・施設外の受診…入所中、施設の医師の許可なく他の医療機関を受診することは原則的にできません。支援相談員にお尋ねください。
- ・家族、身元引受人、保証人の連絡先が変わりましたらお知らせ下さい。

5 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、避難すべり台、防災カーテン等
- ・防災訓練 年2回実施

6 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。又は、各々の介護支援専門員や「別添資料1」の機関にご相談ください。

- ・苦情に関する受付窓口：老人保健施設 友愛トピア 電話 059（394）4000
- ・苦情に関する受付窓口担当者：支援相談員
- ・解決責任者：理事長 石原 知明

7 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。

8 入所時に用意して頂くもの

（1）提出書類

1. 介護保険被保険者証
2. 後期高齢者医療受給者証及び国民健康保険、社会保険などの保険証
3. 介護保険負担割合証
4. 負担限度額認定証（お持ちの方のみ）
5. 身体障害者手帳（お持ちの方のみ）
6. 印鑑

（2）入所時、次の持ち物をお持ち下さい。

1. 普段着（上下 10分丈の長袖長ズボン をお願いします）・・・ 5～6組
 2. 寝巻（上下トレーナー又はパジャマ）・・・ 2～3組
 3. 肌着・靴下（黒以外の色で足首が緩めのもの）・・・ 各5～6枚
- ※上記は外部委託 B プラン未加入の方のみ
4. 下着（布パンツ等で利用者状態に合わせたもの）・・・ 5～6組
 5. 上靴（介護用の靴）
 6. 電気シェーバー（男性の方）
 7. 車椅子、シルバーカー、杖など（使い慣れたものがある方のみ）
 8. 洗濯持ち帰りの場合、ふた付きバケツ（容量150以上）・バケツにかけるビニール袋

※ 現金や貴重品はお預かりできませんので、お持ちにならないで下さい。

（3）すべての持ち物にお名前をご記入下さい。

- ＜記入方法＞
1. タグにフルネームで記入をお願い致します。
 2. 衣類以外のものにも消えないようにマジックなどで記入して下さい。

9 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、ご請求下さい。

1 介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2 ケアサービス

当施設でのサービスは、施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・家族の希望を十分に取り入れ、又計画の内容については同意いただくようにいたします。

医 療：介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、状態に照らして適切な医療・看護を行います。

介 護：施設サービス計画に基づいて実施します。

機能訓練：原則として機能訓練室にて行いますが、施設内のすべての活動が機能訓練のための、リハビリテーション効果を期待したものです。

栄養管理：心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

3 生活サービス

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

療養室：基本的には4人室 ※個室 2人室の利用には、別途料金をいただきます。

食 事：朝食 7：15 昼食 12：00 夕食 17：00

※食事は原則として食堂でお召し上がりいただきます。

入 浴：一般浴は原則として1週間に2回行います。又、特殊浴は1週間に2回行います。

理美容：1ヶ月に2回程度、理美容師の方に来ていただいております。

4 利用料金

(1) 基本料金

施設利用料

・介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度と、介護保険負担割合証によって利用料が異なります。

介護保険施設サービス費Ⅰ (i)

従来型個室	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自己負担額 1 割	717	763	828	883	932
自己負担額 2 割	1434	1526	1656	1766	1864
自己負担額 3 割	2151	2289	2484	2649	2796

介護保険施設サービス費Ⅰ (iii)

多床室	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自己負担額 1 割	793	843	908	961	1012
自己負担額 2 割	1586	1686	1816	1922	2024
自己負担額 3 割	2379	2529	2724	2883	3036

加算項目		単位数 (1 割)	単位数 (2 割)	単位数 (3 割)	算定単位
夜勤職員配置加算		24	48	72	1 日につき
短期集中リハビリテーション 実施加算	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	258	516	774	1 日につき
	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	200	400	600	
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240	480	720	1 日につき
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	120	240	360	
若年性認知症入所者受入加算		120	240	360	
外泊時費用		362	724	1086	月 6 日限度
外泊時在宅サービス利用費用（試行的退所時）		800	1600	2400	
ターミナル ケア加算	死亡日以前 31 日前から 45 日前	72	144	216	1 日につき
	死亡日以前 4 日前から 30 日前	160	320	480	
	死亡日前日・前々日	910	1820	2730	
	死亡日	1900	3800	5700	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）		51	102	153	1 日につき
初期加算	初期加算（Ⅰ）	60	120	180	1 日につき
	初期加算（Ⅱ）	30	60	90	
退所時栄養情報連携加算		70	140	210	1 月につき
再入所時栄養連携加算		200	400	600	1 回限り
入所前後 訪問指導加算	入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	450	900	1350	1 回限り
	入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	480	960	1440	
退所時等 支援等加算	試行的退所時指導加算	400	800	1200	1 回につき
	退所時情報提供加算（Ⅰ）	500	1000	1500	
	退所時情報提供加算（Ⅱ）	250	500	750	
	入退所前連携加算（Ⅰ）	600	1200	1800	1 回限り
	入退所前連携加算（Ⅱ）	400	800	1200	
	訪問看護指示加算	300	600	900	
協力医療機関 連携加算	協力医療機関連携加算（1）（令和 7 年 3 月 31 日まで）	100	200	300	1 月につき
	協力医療機関連携加算（1）（令和 7 年 4 月 1 日以降）	50	100	150	
	協力医療機関連携加算（2）（令和 7 年 4 月 1 日以降）	5	10	15	
栄養マネジメント強化加算		11	22	33	1 日につき
経口移行加算		28	56	84	1 日につき
経口維持加算	経口維持加算（Ⅰ）	400	800	1200	1 月につき
	経口維持加算（Ⅱ）	100	200	300	
口腔衛生 管理加算	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90	180	270	1 月につき
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110	220	330	
療養食加算（1 日に 3 回を限度）		6	12	18	1 回につき

在宅復帰支援機能加算		10	20	30	1 日につき
かかりつけ医 連携薬剤調整 加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ	140	280	420	1 回限り
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ	70	140	210	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	240	480	720	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	100	200	300	
緊急時 施設療養費	緊急時治療管理	518	1036	1554	月 3 日限度
	特定治療	※医科診療報酬点数に 10 円を乗ずる			
所定疾患 施設療養費	所定疾患施設療養費（Ⅰ）	239	478	717	月 7 日限度
	所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480	960	1440	月 10 日限度
認知症専門 ケア加算	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	6	9	1 日につき
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	8	12	
認知症チーム ケア推進加算	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150	300	450	1 月つき
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120	240	360	
認知症行動・心理症状緊急対応加算（7 日間限度）		200	400	600	1 日につき
リハビリテーション マネジメント計画書 情報加算	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）	53	106	159	1 月つき
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）	33	66	99	
褥瘡マネジメ ント加算	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3	6	9	1 月つき
	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13	26	39	
排泄支援加算	排泄支援加算（Ⅰ）	10	20	30	1 月につき
	排泄支援加算（Ⅱ）	15	30	45	
	排泄支援加算（Ⅲ）	20	40	60	
自立支援促進加算		300	600	900	1 月につき
科学的介護 推進体制加算	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	80	120	1 月につき
	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60	120	180	
安全対策体制加算		20	40	60	1 回限り
新興感染症等施設療養費（1 月につき 1 回 5 日を限度）		240	480	720	1 日につき
高齢者施設等感 染対策向上加算	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10	20	30	1 月につき
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	10	15	
生産性向上 推進体制加算	生産性推進体制加算（Ⅰ）	100	200	300	1 月につき
	生産性推進体制加算（Ⅱ）	10	20	30	
サービス提供 体制強化加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	44	66	1 日つき
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	36	54	
	サービス体制強化加算（Ⅲ）	6	12	18	
介護職員等 処遇改善加算	介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	所定単位数の 9.7%を加算			
地域区分（7 級地）1 単位 10.14		単位数×1.4%			

※介護報酬改定等により、サービス利用料金の算定単位数が変更となる場合があります。その際は、
初回契約時のご同意をもって、以後の変更についてもご同意いただいたものとして取り扱わせてい
たいただきますので、あらかじめご了承ください。

(2) その他の料金

- ① 食費（1日当たり） 2,060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には、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 居住費（療養室の利用費）（1日当たり）

・個室 1940円 ・二人室、四人室 770円

（ただし、居住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居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。）

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

- ③ 個別の選択によりかかる費用

1. 入所セット 352円/日（税込） ・ 770円/日（税込）（外部委託）
2. 洗濯代 330円/日（税込）（外部委託）
3. 特別な室料 個室：1100円/日（税込） 二人室：550円/日（税込）
4. 電気代 55円/日（税込）
5. テレビ等利用電気代 110円/日（税込）
6. 散髪代 1500円/回（外部委託）

(3) 支払い方法

毎月月末締めで、翌月10日以降に前月の請求をさせていただきます。

口座からの自動引落の請求書と領収書を専用アプリにて送付致します。

別添資料 1

<主な苦情・相談窓口>

①三重県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理係

〒514-8553 津市桜橋2丁目96番地 三重県自治会館 2階
TEL: 059-222-4165

②四日市市役所 福祉部 介護・高齢福祉課

〒510-8601 四日市市諏訪町1番5号
TEL: 059-354-8425・8170

③桑名市役所 介護・高齢福祉課

〒511-8601 桑名市中央町2-37
TEL: 0594-24-1170・1186

④いなべ市役所 福祉部 長寿介護課【大安庁舎】

〒511-0292 いなべ市大安町大井田2705番地
TEL: 0594-78-3518

⑤鈴鹿市役所 保健福祉部 長寿社会課 【本館1階】

〒513-8701 鈴鹿市神戸一丁目18番18号
TEL: 059-382-7935

⑥菰野町役場 健康福祉課 介護保険係

〒510-1292 三重郡菰野町大字潤田1250番地
TEL: 059-391-1125

⑦その他、お住まいの市役所、町村役場の介護保険担当部署または、地域包括支援センターまでお問い合わせ下さい。

**「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
（令和 8 年 8 月 1 日改正）**

- 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】

本人および世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者の方
生活保護の受給者の方

【利用者負担第 2 段階】

本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が 8 2.6 5 万円以下の方

【利用者負担第 3 段階①】

本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が 8 2.6 5 万円超 1 2 0 万円以下の方

【利用者負担第 3 段階②】

本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が 1 2 0 万円超の方

- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

- 第 1 段階～第 3 段階利用者（食費、居住費）

1. 食費 1 日あたり 1 5 4 5 円

2. 居住費 個室 1 7 2 8 円／日
 多床室（二人室、四人室） 4 3 7 円／日

- ※ ただし、上記料金は当施設の設定金額であり、利用者負担は下記の表に定める額である。
上記料金との差額は市町村から補足給付として支払われる

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		
		個室	二人室	四人室
利用者負担第１段階	３００円 【３００円】	５５０円	０円	０円
利用者負担第２段階	３９０円 【６００円】	５５０円	４３０円	４３０円
利用者負担第３段階①	６８０円 【１０３０円】	１３７０円	４３０円	４３０円
利用者負担第３段階②	１４２０円 【１３６０円】	１４７０円	５３０円	４３０円

※【 】内の金額は、短期入所療養介護を利用した場合の額です。