

重要事項説明書

介護老人保健施設ハイム・メアーズ

宮城県本吉郡南三陸町志津川字袖浜 255 番地

0226-46-2772

○目次

1. 施設の概要	(2 ページ・3 ページ)
2. 利用手続きについて	(3 ページ・4 ページ)
3. サービス内容について	(4 ページ)
4. 利用料金について	(5 ページ)
5. 協力医療機関について	(5 ページ)
6. 施設利用に当たっての留意事項について	(6 ページ)
7. 禁止事項	(6 ページ)
8. 緊急時・事故発生時の対応方法について	(7 ページ)
9. 非常防災対策について	(7 ページ)
10. 損害賠償について	(7 ページ)
11. サービス内容に関する相談・苦情について	(8 ページ)
※ 添付資料① 苦情処理	(9 ページ)
※ 添付資料②-1 利用料金表	(10 ページ・19 ページ)
※ 添付資料②-2 介護保険制度について	(20 ページ・21 ページ)
12. 入所利用約款	(22 ページ・26 ページ)
13. 個人情報利用目的 ※添付資料 3	(27 ページ)
14. 個人情報使用についての同意書	(28 ページ)
15. サービス提供に伴う利用負担にかかる同意書	(29 ページ)
16. 入所利用同意書	(30 ページ)

入所療養介護重要事項説明書

(令和 7年 4月 1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設経営法人

- ・法人名 社団医療法人 啓愛会
- ・法人所在地 〒023-0104
岩手県奥州市水沢羽田町駅前二丁目87番地
- ・電話番号 0197-22-2688
- ・FAX番号 0197-24-0338
- ・代表者名 理事長 井筒 岳

[啓愛会理念]

『良き医療とやすらぎの環境』

(2) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設ハイム・メアーズ
- ・開設年月日 平成18年 4月10日
- ・所在地 宮城県本吉郡南三陸町志津川字袖浜255番地
- ・電話番号 0226-46-2772
- ・FAX番号 0226-46-2773
- ・管理者名 山野上 昭光
- ・施設長名 山野上 昭光
- ・介護保険指定番号 宮城県 指定番号 0453680027号

(3) 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、施設サービスの提供においては、看護、医学的管理の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等の介護老人保健施設サービスを提供する事で、入所者の能力に応じた日常生活を営む事が出来る様にし、1日でも早く家庭での生活に戻る事が出来る様に支援する事を目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下の様な運営の方針を定めていますので、ご理解頂いた上でご利用下さい。

[介護老人保健施設ハイム・メアーズの運営方針]

- ・利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
- ・明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者や老人保健施設その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

(4) 敷地及び建物

敷地		9973.35㎡		
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建(耐火建築)		
	延べ床面積	4919.46㎡		
設備の種類		数	面積(1室当り)	1人当りの面積
共同生活空間		8室(4室/4室)	45.63㎡/35.89㎡	4.56㎡/3.59㎡
機能訓練室		1室	114.93㎡	
一般浴室		8室(4室/4室)	9.11㎡/8.08㎡	

機械浴室	2 室	33.05 m ²	
便所	24 個所(2F・3F)	5.53 m ² (2)/5.18 m ² (2)/5.12 m ² (8)/4.66 m ² (4) /3.65 m ² (4)/3.39 m ² (4)	
居室	80 室 (定員 1 名)	13.52 m ² (4)/11.49 m ² (64)/11.68 m ² (12)	

(5) 施設の職員体制

(老人保健施設・短期入所療養介護：人員数)

	職員数	業 務 内 容
・ 医師	1 人以上	利用者の健康管理及び適切な医療処置
・ 看護職員	8 人以上 ※1名通リハ兼務	利用者の保健衛生並びに看護業務
・ 介護職員	22 人以上	利用者等の日常生活全般にわたる介護業務
・ 作業療法士	3 人以上 ※通リハ兼務	利用者等に対する作業療法
・ 理学療法士		利用者等に対する理学療法
・ 管理栄養士	1 人以上 ※通リハ兼務	利用者等の栄養指導及び栄養ケアマネジメント
・ 介護支援専門員	1 人以上	利用者のサービス計画の作成全般と苦情処理業務
・ 支援相談員	1 人以上	利用者等の相談の支援及び苦情処理業務
・ 薬剤師	1 人以上	利用者の調剤及び服薬指導
・ 事務職員	4 人以上	施設の維持管理及び事務処理

(6) 入所利用定員 定員 80名 (全室個室)

※利用施設であわせて実施する事業

事業の種類

短期入所療養介護 定員 利用者が申込みをしている当該日の介護保健施設サービス
(介護予防短期入所療養介護) の定員数より実入所者数を差し引いた数

通所リハビリテーション 定員 20名

(介護予防通所リハビリテーション)

指定年月日 平成 18年 4月 10日

介護保険指定番号 宮城県 指定番号 0453680027 号

2. 利用手続きについて

(1) 当施設へお電話又は、来設の上サービス説明を行います。その際にご利用希望者様の介護保険証を確認させて頂き、当施設より必要書類(重要事項説明書、申請書)を御渡し致します。申請書提出後に、本人状況の確認、診療情報提供書の作成依頼を行います。ご利用希望者様が、当施設が提供する介護サービスをご利用可能か、職種間にて検討し決定させて頂きます。

(2) サービス提供を受けられない方

- ①要介護認定を受けてない方
- ②緊急な医学的管理が既に必要とされている方
- ③入所生活、集団生活を送る事が困難と判断される方

(3) 入所・退所の時間について

原則として、午前10時～午後3時の間とします。

※ それ以外の時間を希望される場合は施設職員までご相談下さい。

(4) 送迎について

基本的にはご家族様での対応をお願いしていますが、ご利用希望者様の身体状況によって、ご家族対応が困難の場合にはご相談下さい。

(5) 持ち物について

- ・介護保険被保険者証・健康保険証類・負担限度額証等（写しでも可）・かかりつけの診察券
- ・日数相当分の衣類、タオル類・洗面用具・入れ歯ケース・内履きの靴・お薬（現在内服中の物）
- ・爪切り ・ヘアブラシ

3. サービス内容について

(1) 介護保険の基準サービス

- ①施設サービス計画の立案・・・当施設でのサービスは、どの様な介護サービスを提供すれば家庭に帰って頂ける状態になるかという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・ご家族様、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、又、同意を頂いた上で施設サービス計画の立案を行います。
- ②食事・・・嚥下状況・咀嚼機能・疾病状況を考慮した食事を提供いたします。
- ③入浴・・・一般浴槽の他、入浴に介助を要するご利用者には機械浴槽で対応します。入所利用者に関しては、週2回ご利用いただけます。但し、心身の状況により、身体清拭となる場合もございます。
- ④医学的管理・看護・・・医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者様の状態に照らして適切な医療・看護を行います。
- ⑤介護・・・施設サービス計画に基づいて実施します。又、退所時の支援も行います。
- ⑥機能訓練・・・原則として機能訓練室にて実施しますが、施設内での全ての活動が機能訓練の為のリハビリテーション効果を期待したものです。
- ⑦栄養管理、栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理・・・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。
- ⑧相談援助サービス
- ⑨行政手続代行（要介護認定の更新等）
- ⑩その他

※これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもありますので、具体的にご相談下さい。

(2) 介護保険の基準外サービス

当施設が提供するサービスは介護保険給付対象（基準サービス）が原則ですが、利用者（身元引受人）との合意に基づき、以下のサービスを提供するものとします。

- ①介護保険給付の支給限度額を超えるサービス
- ②特別療養室のご利用・・・特別療養室A・Bのご利用
- ③特別に定める日用品の提供・・・ティッシュ、シャンプー、ボディソープ等
- ④特別な食事の提供
- ⑤理容サービス・・・カットのみ
- ⑥教養娯楽費・・・レクリエーションで使用する材料等
- ⑦衣類のクリーニングサービス・・・水洗いできる衣類等のみ
- ⑧預り金管理サービス・・・現金管理のみ（買い物等の代行は致しません）
- ⑨電気使用料・・・持ち込んだ家電製品を居室内で使用する場合
- ⑩各種証明書等の発行

※これらのサービスについて、その利用料金はすべて実費にてお支払いいただきます。

4. 利用料金について

(1) 《添付資料②》の料金表をご覧ください。

(2) 支払方法

- ・毎月10日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月末までにお支払い下さい。お支払い頂きますと領収書を発行致します。(再発行は致しませんのでご注意ください)。
- ・お支払いの方法は、会計窓口での現金払いを原則とさせていただきます。
- ・利用料金、減額の申請及び高額介護サービス費等の制度もごございますので、市町村の介護保険担当窓口にてご相談下さい。

5. 協力医療機関について

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力を頂いています。

・協力医療機関

- ・名称 南三陸病院
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田14番地3
- ・電話番号 0226-46-3646

- ・名称 美希病院
- ・住所 岩手県奥州市前沢古城字丑沢上野100番地
- ・電話番号 0197-56-6111

・協力歯科医療機関

- ・名称 南三陸病院
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田14番地3
- ・電話番号 0226-46-3646

- ・名称 志津川歯科クリニック
- ・住所 宮城県本吉郡南三陸町志津川字南町203番地7
- ・電話番号 0226-46-5678

※入所者に係る往診及び通院（他科受診）について

- ①比較的安定している病状に対する医療については施設で対応いたします。入所者の傷病等からみて必要な場合には往診、通院を認めますが、不必要に往診を求めたり通院することは出来ません。
- ②受診する場合には、提供している介護保険サービスについて必要な事項が記載されている入所者の健康手帳及び介護保険法21条第3項に規定する被保険者証を携えて受診しなければなりません。
- ③受診する場合は、当施設医師による受診先病院又は診療所の医師又は歯科医師に対して診療状況に関する情報提供（診療情報提供書）が必要です。

※歯科受診について

- ①歯科受診については、保険請求が認められております。(利用者負担)
 - ・受診を希望する場合には、職員へご相談下さい。

6. 施設利用に当たっての留意事項について

①面会

- ・面会時間は午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分迄とさせていただきます。
- ・面会の際には、事務室前にある面会簿に所定事項の記入をお願いします。
- ・飲食物の持ち込み、差し入れにつきましては、衛生管理及び医学的管理上、問題となる場合がございますので、ご遠慮下さい。

②外出・外泊

- ・外出や外泊を希望される場合は、所定の届出用紙にご記入の上、お申し出下さい。
- ・外出、外泊の時間又は期間が変更になる場合は、予めご連絡をお願いします。

③飲酒

- ・飲酒は禁止させていただきます。但し、施設行事に伴って提供される場合はこの限りではありません。

④喫煙・火気の取り扱い

- ・施設内での喫煙については、健康管理上、禁煙と致します。また、火気の取り扱いについては、火災防止の為、施設敷地内での使用は禁止致します。

⑤設備・備品の利用

- ・設備・備品の利用に当たっては、損傷や汚染等に十分にご注意願います。尚、寝具備品等を著しく破損又は汚染した場合には、修理代又はクリーニング代の実費を申し受ける場合があります。
- ・居室内は常に整理整頓に心掛け、必要以外の物は置かない様にお願ひ致します。

⑥金銭・貴重品の持ち込み

- ・金銭及び貴重品の施設内への持ち込みは、原則としてお断り致します。但し、やむを得ない事由による場合は、所定の手続きを経た上でお預かり致します。
- ・万一、金銭等（小銭も含む）を利用者ご自身でお持ちになる場合は、盗難や紛失に十分にお気を付け願います。尚、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。

⑦外出時・外泊時等の施設外での受診

- ・介護保健施設サービスを受けている方が、外泊時等に他の保健医療機関を受診する場合、その医療機関では、治療費や薬剤代等の保険者への請求が法的に制限されていますので、受診を希望する際には当施設に事前にご相談下さい。

⑧宗教活動

- ・宗教活動については、信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等での他の施設利用者の迷惑にならない範囲とさせていただきます。

⑨ペットの持ち込み

- ・ペットの持ち込みについては、ご遠慮下さい。

⑩消灯

- ・消灯時間は 21 時となっています。

⑪衣類管理

- ・夏物冬物の交換、修繕、洗濯はご家族の方の責任でお願いいたします。

7. 禁止事項

- ・当事業所では、多くの方に安心してサービスを受けていただくために、事業所内での利用者の営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動及び、他の利用者への迷惑となる行為は、禁止させていただきます。もし、再三の注意にもかかわらず、これらの行為を止めない場合は、利用契約を解除・終了とさせていただきます。

8. 緊急時・事故発生時の対応方法について

- ①当施設は、利用者に対し施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合には、協力医療機関又は、協力歯科医療機関での診察を依頼することがあります。
- ②当施設は、利用者に対し当施設における介護保険サービスでの対応が困難な状態又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介いたします。
- ③前2項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は利用者の家族（緊急連絡先）に対して、速やかに連絡を行い、状況報告を行うように致します。
- ④緊急時又事故発生時の内容等については状況等を記録し、再発防止に努めるように致します。

9. 非常防災対策

当施設では、次の様な防災設備の設置と、防災訓練等を実施しています。

- ・ 防災設備 誘導灯、非常警報設備、受電設備、発電機械設備、消火器設備、スプリンクラー設備、屋内消火栓設備、避難器具（すべり台）
- ・ 防災訓練 年2回

10. 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いたします。また、守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その障害について利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

11. サービス内容に関する相談・苦情について

- ・当施設には利用者からの相談又は苦情に対して「支援相談員」「介護支援専門員」が勤務していますのでお気軽にご相談ください。要望や苦情などは支援相談員、介護支援専門員にお寄せいただければ、相談担当者が速やかに対応いたします。また、玄関ホールに備え付けられた「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。

・当施設における苦情の受付

電話番号 0226-46-2772
F a x 0226-46-2773
担 当 主任支援相談員 村上 知大 支援相談員 高橋 香
介護支援専門員 武山 富美
受け付け時間 9:00～16:00

・行政機関その他苦情受付機関

名称 南三陸町保健福祉課 高齢者福祉係
所在地 本吉郡南三陸町志津川字沼田14番地3
連絡先 Tel 0226-46-3041
Fax 0226-46-4587
受付 月曜日～金曜日 8時30分～17時15分まで

名称 国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談室
所在地 仙台市青葉区上杉1-2-3 自治会館6階
連絡先 Tel 022-222-7700
Fax 022-222-7260
受付 月曜日～金曜日 9時～16時まで

名称 宮城県社会福祉協議会
福祉サービス利用に関する運営適正化委員会
所在地 仙台市青葉区本町3-1-1 (みやぎハートフルセンター)
連絡先 Tel 022-716-9674
Fax 022-716-9298
受付 月曜日～金曜日 9時～17時まで

※ 迅速かつ円滑に苦情処理を行う為の処理体制・手順について（添付資料①）

- ① 苦情があった場合、相談担当者が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実を確認する。
- ② 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員へ事実確認を行う。
- ③ 必要に応じて職員会議を招集し、その結果に基づいた対応を協議する。
会議構成員（施設長・事務長・看護師長・各部署主任）
- ④ 苦情の記録は台帳に保管し、再発の防止に役立てる。

苦情処理体制及び手順

(目的)

入所・短期入所・通所の利用者及びその家族、または来所者等より、当施設の提供する施設サービス・通所リハビリテーションサービスに対する要望又は苦情等の申し出があった場合、迅速かつ適切に対応し、今後の施設運営に反映させることとする。

(要望又は苦情の受付)

要望又は苦情等についての申し出は、担当の支援相談員、介護支援専門員が直接受ける事ができる。又は、施設の窓口に備え付けの用紙、若しくは文書等により所定の場所に設置する「ご意見箱」への投函により申し出を受け付ける事が出来る。

(苦情処理の体制及び手順)

<対応の手順>	<担当者>	<実施内容>
要望又は苦情の受付	介護支援専門員 支援相談員	別に定める「相談・苦情内容報告書」に受付内容を記入する。当事者から詳しく事情を確認する。
対応についての協議	師長 介護支援専門員 支援相談員 各部署の所属長 (施設長含む)	関係部署の所属長と対応について協議し、対応及び処理方法について「相談・苦情内容報告書」に記入し、施設長に提出する。協議の結果、早急に具体的な対応を行う(利用者に説明・謝罪に行く等)。
対応についての指示	施設長	苦情内容の確認と処理方法について必要がある時は指示を行う。
施設運営への反映	事務長	苦情内容と処理方法について、運営会議に報告し、必要があるときは処理方法について協議し、施設運営の改善策を決定する。また、記録を台帳に保管する。

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ 入所利用料金表
【 ユニット型個室 施設基準(基本型) 】

単位 円

	要介護度	介護保険分	自己負担分		1日当 利用合計	月額(30日間) 利用合計	
		基本サービス費	居住費	食費			
一 割 負 担	第一段階	要介護1	802	880	300	1,982	59,460
		要介護2	848			2,028	60,840
		要介護3	913			2,093	62,790
		要介護4	968			2,148	64,440
		要介護5	1,018			2,198	65,940
	第二段階	要介護1	802	880	390	2,072	62,160
		要介護2	848			2,118	63,540
		要介護3	913			2,183	65,490
		要介護4	968			2,238	67,140
		要介護5	1,018			2,288	68,640
	第三段階①	要介護1	802	1,370	650	2,822	84,660
		要介護2	848			2,868	86,040
		要介護3	913			2,933	87,990
		要介護4	968			2,988	89,640
		要介護5	1,018			3,038	91,140
	第三段階②	要介護1	802	1,370	1,360	3,532	105,960
		要介護2	848			3,578	107,340
		要介護3	913			3,643	109,290
		要介護4	968			3,698	110,940
		要介護5	1,018			3,748	112,440
第四段階	要介護1	802	2,066	1,830 (朝 450 昼 690 夕 690)	4,698	140,940	
	要介護2	848			4,744	142,320	
	要介護3	913			4,809	144,270	
	要介護4	968			4,864	145,920	
	要介護5	1,018			4,914	147,420	
	要介護1	1,604			5,500	165,000	
二 割 負 担	要介護2	1,696	2,066	1,830 (朝 450 昼 690 夕 690)	5,592	167,760	
	要介護3	1,826			5,722	171,660	
	要介護4	1,936			5,832	174,960	
	要介護5	2,036			5,932	177,960	
	要介護1	2,406			6,302	189,060	
三 割 負 担	要介護2	2,544	2,066	1,830 (朝 450 昼 690 夕 690)	6,440	193,200	
	要介護3	2,739			6,635	199,050	
	要介護4	2,904			6,800	204,000	
	要介護5	3,054			6,950	208,500	

・加算料金（該当の場合のみ加算 / 1日あたりの料金に加算：円）

項目	内容	料金		
		1割	2割	3割
初期加算（Ⅰ）	急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後 30 日以内に退院し、介護老人保健施設へ入所した場合で以下のいずれかに適合している場合。 (1)介護老人保健施設の空床情報について地域医療情報連携ネットワーク等を通じて地域の医療機関に定期的に情報を共有している場合。 (2)介護老人保健施設の空床情報をウェブサイト定期的に公表するとともに、急性期を担う複数の医療機関の入退院支援部門へ定期的に情報共有をしている場合。	60	120	180
初期加算（Ⅱ）	新規入所後30日に限り加算。	30	60	90
夜勤職員配置加算	利用者 20 名以上に夜勤職員が 1 名以上、かつ入所者 41 名以上で 2 名以上の配置の場合	24	48	72
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が入所日から 3 ヶ月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であってかつ、原則として入所時及び1月に1回以上 ADL 評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している場合。 ※20分以上の個別リハビリテーションを1週につき3日以上行った場合。	258	516	774
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	医師等が、その入所日から 3 ヶ月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合。 ※20分以上の個別リハビリテーションを1週につき3日以上行った場合。	200	400	600
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置され、リハビリテーションを行うに当たり入所者数が理学療法士等の数に対して適切なものである場合。また、入所者が退所後生活する居宅または社会福祉施設等を訪問し、生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成している場合。	240	480	720
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置され、リハビリテーションを行うに当たり入所者数が理学療法士等の数に対して適切なものである場合。	120	240	360
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ⅰ）または（ⅲ）に該当し、以下の基準について算定した数（※）が 40 以上となった場合。 ※A+B+C+D+E+F+G+H+I+J A:算定月前6月間において退所者のうち居宅において介護を受けることになったものの占める割合が50/100を超える場合は20、50/100以下で30/100を超える場合は10、30/100以下は0。 B:30.4を平均在所日数で除した数が10/100以上で20、10/100未満で5/100以上の場合は10、5/100未満で0。 C:算定月前3月間において入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に居宅を訪問し、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を行ったものの占める割合が35/100以上で10、35/100未満で15/100以上の場合は5、15/100未満で0。 D:算定月前3月間において、入所者のうち入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内、または退所後30日以内に居宅を訪問し当該者及びその家族等に対して指導を行った者の割合が、35/100以上で10、35/100未満で15/100以上の場合は5、15/100未満で0。 E:訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・短期入所療養介護について当該施設においてすべてのサービスを実施している場合は5、いずれか2種類実施している場合で、訪問リハビリテーションを実施している場合は3、訪問リハビリテーションを実施していない場合は1、いずれか1種類を実施またはいずれも実施していない場合は0。 F:常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が5以上でありリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に100を乗じた数がそれぞれ0.2以上である場合は5、5以上の場合は3、5未満であり、3以上である場合は2、3未満である場合は0。 G:常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が3以上でかつ社会福祉士の配置がある場合は5、配置がない場合は3、3未満で2以上の場合は1、2未満の場合は0。	51	102	153

項目	内容	料金		
		1割	2割	3割
	H:算定月の前3月間における入所者のうち要介護 4.5 の者の占める割合が 50/100 以上で 5、50/100 未満で 35/100 以上の場合には 3、35/100 未満で 0。I:算定月前 3 月間における入所者のうち喀痰吸引が実施された者の割合が 10/100 以上で 5、10/100 未満で 5/100 以上の場合には 3、5/100 未満で 0。 J:算定月前 3 月間における入所者のうち経管栄養が実施された者の割合が 10/100 以上で 5、10/100 未満で 5/100 以上の場合には 3、5/100 未満で 0。 地域に貢献する活動を行っていること。			
外泊時費用	入所者に対して居宅における外泊を認めた場合。 ※外泊初日と最終日を除き、1 月に 6 日を限度	362	724	1,086
外泊時費用 (居宅サービスを利用する場合)	入所者であって、退所が見込まれる者を居宅に試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合。 ※試行的な退所に係る初日と最終日を除き、1 月に 6 日を限度 ※外泊時加算を算定している場合は算定不可。	800	1,600	2,400
安全対策体制加算	事故発生の防止と発生時の適切な対応を推進している場合で、以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1)事故発生防止のための指針や事故が発生した場合等の報告・分析した改善策を周知徹底する体制の整備を行い、事故発生防止のための委員会及び職員への研修を定期的に開催している場合。 (2)外部の研修を受けた担当者が配置され、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。 ※担当者の設置は 6 ヶ月の経過措置あり。 ※入所初日に 1 回のみ算定	20/回	40/回	60/回
若年性認知症 入所者受入加算	若年性認知症患者(初老期における認知症と診断された者)を受入れた場合 受入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めている場合。	120	240	360
退所時栄養情報連携加算	厚生労働大臣が定める特別食#を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が退所する際に居宅に退所する場合は主治の属する病院等及び介護支援専門員に対して、病院又は他の介護老人保健施設に入院または入所する場合は当該医療機関等に対して入所者の同意を得て、管理栄養士が栄養管理に関する情報を提供した場合。 #医師の発行する食事箋に基づき提供された腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な検査食。	70	140	210
再入所時 栄養連携加算	介護老人保健施設に入所している者が退所し、病院等に入院した場合であって、退院した後に再度介護老人保健施設に入所する際、厚生労働省が定める特別食等を必要とする者であり、当該介護老人保健施設の管理栄養士が病院等の管理栄養士と連携し栄養ケア計画を策定した場合。 ※1 人につき 1 回を限度	200/回	400/回	600/回
栄養マネジメント 強化加算	入所者ごとの継続的な栄養管理を強化した場合で、以下の内容のいずれにも適合した場合。 (1)管理栄養士を常勤換算方法で入所者の数を 50(施設に常勤栄養士を 1 名以上配置、給食管理を行っている場合は 70)で除して得た数以上配置されている場合。 (2)低栄養状態又はそのリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察(ミーラウンド)を週 3 回以上行い、入所者毎の栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施している場合。 (3)低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の観察の際に変化を把握し、問題がある場合は早期に対応している場合。 (4)入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。	11	22	33
療養食加算	医師の食事せんに基づき療養食(※)を提供した場合。 ※療養食…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、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食(減塩食については総量 6g 未満) ※1 日につき 3 回を限度とする。	6 (1 日 3 回を 限度)	12 (1 日 3 回を 限度)	18 (1 日 3 回を 限度)
経口移行加算	医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経管により食事を摂取される入所者ごとに経口移行計画を作成し、経口摂取を進める為に、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われている場合。 ※計画を作成した日から起算して 180 日以内	28	56	84

項目	内容	料金		
		1割	2割	3割
経口維持加算(Ⅰ)	経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害や誤嚥が認められる入所者へ医師又は歯科医師の指示に基づき、多職種の方が共同して栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している場合。また、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行っている場合。	400/月	800/月	1,200/月
経口維持加算(Ⅱ)	協力歯科医療機関を定めている施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合で、経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わっている場合。	100/月	200/月	300/月
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行い、以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されている場合。 (2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔衛生等の管理を月2回以上行っている場合。 (3) 歯科衛生士が(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行っている場合。 (4) 歯科衛生士が(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応している場合。	90/月	180/月	270/月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	口腔衛生管理加算(Ⅰ)の要件を満たし、以下の内容に適合している場合。 ・入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。	110/月	220/月	330/月
協力医療機関連携加算(Ⅰ)	以下の内容の協力医療機関の要件を満たし、協力医療機関のとの間で入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合。 (1) 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している場合。 (2) 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保している場合。 (3) 入所者等の病状が急変した場合等において入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保している場合。	100/月	200/月	300/月
協力医療機関連携加算(Ⅱ)	協力医療機関連携加算(Ⅰ)の協力医療機関の要件を満たしていない場合で、協力医療機関との間で入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合。	5/月	10/月	15/月
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1) 施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講している場合。 (2) 入所後1月以内に、状況に応じて入所者の処方内容を変更する可能性があることについて入所者の主治医に説明し、主治医が合意している場合。 (3) 入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と入所者の主治医が共同し、入所中に処方内容を総合的に評価及び調整し、かつ療養上必要な指導を行った場合。 (4) 入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種で確認を行った場合。 (5) 入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1ヶ月以内に当該入所者の主治医情報提供を行い、その内容を記録している場合。 ※1人につき1回を限度で退所時に加算。	140/回	280/回	420/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イの(1)、(4)及び(5)の基準にいずれも適合している場合で、入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、療養上必要な指導を行った場合。 ※1人につき1回を限度で退所時に加算。	70/回	140/回	210/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロを算定している場合で、当該入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合 ※1人につき1回を限度で退所時に加算。	240/回	480/回	720/回

項目	内容	料金		
		1割	2割	3割
かかりつけ医連携 薬剤調整加算(Ⅲ)	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定している場合で、退所時に処方されている内服薬の種類が入所時より1種類以上減少されている場合。 ※1人につき1回を限度で退所時に加算	100/回	200/回	300/回
緊急時治療管理	救命救急医療を要し、緊急的な治療管理として、投薬、検査、注射、処置等を行った場合。 ※1月に1回連続する3日を限度とする。	518	1,036	1,554
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行なった場合(肺炎の者又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る)で以下の内容のいずれにも適合している場合。 ・入所者の要件…肺炎の者・尿路感染症の者・帯状疱疹の者 蜂窩織炎の者、慢性心不全憎悪の者 (1)診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載している場合。 (2)所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において施設の前年度における入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表している場合。 ※1月に1回、連続する7日を限度	239	478	717
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行なった場合(肺炎の者又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る)で以下の内容のいずれにも適合している場合。 ・入所者の要件…肺炎の者・尿路感染症の者・帯状疱疹の者 蜂窩織炎の者、慢性心不全憎悪の者 (1)診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載している場合。(協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。) (2)所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において施設の前年度における入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表している場合。 (3)医師が感染症対策に関する研修を受講していること。 ※1月に1回、連続する10日を限度	480	960	1,440
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められ介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。また、認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を対象者が20人未満の場合は1以上。対象者の数が20人以上である場合には1に対象者の数が19を超えて10又はその端数が増すごとに1を加えた数以上を配置し、専門的な認知症ケアを実施、従業者に対して留意事項の伝達や技術指導に係る会議を定期的開催した場合。	3	6	9
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件を満たし、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を行っている場合。また、施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修の実施または実施を予定している場合。	4	8	12
認知症チームケア 推進加算(Ⅰ)	以下の内容のいずれにも適合した場合。 (1)事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上の場合。 (2)認知症の行動・心理症状予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる場合。 (3)対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施した場合。 (4)認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアを振り返り、計画等を見直している場合。	150/月	300/月	450/月
認知症チームケア 推進加算(Ⅱ)	認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の(1)、(3)及び(4)の要件を満たし、認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる場合。	120/月	240/月	360/月
認知症行動・心理症状 緊急対応加算	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護保険施設サービスを行った場合。 ※入所した日から7日を限度	200	400	600

項目	内容	料金		
		1割	2割	3割
リハビリテーション マネジメント計画書情報加算 (Ⅰ)	以下の内容のいずれにも適合した場合。 (1)入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省へ提出している場合。 (2)必要に応じて計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。 (3)口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定している場合。 (4)入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者がリハビリテーション計画の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び栄養状態に関する情報を相互に共有している場合。 (5)共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画を見直しその内容について関係職種間で共有している場合。	53/月	106/月	159/月
リハビリテーション マネジメント計画書情報加算 (Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)の(1)及び(2)の要件のいずれにも適合している場合。	33/月	66/月	99/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	継続的に入所者ごとの褥瘡管理を行い、以下の内容のいずれにも適合している場合。 イ 入所者ごとに施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時または利用開始時に評価し、その後少なくとも3ヶ月に1回評価している場合。 ロ イの確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。 ハ イの確認の結果、褥瘡が認められ又はイの結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成している場合。 ニ 入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録している場合。 ホ イの評価に基づき、少なくとも3ヶ月に1回、入所者又は入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直している場合。	3/月	6/月	9/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている場合で、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について褥瘡の発生がない場合。	13/月	26/月	39/月
排せつ支援加算(Ⅰ)	継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行い、以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1)排せつに介護を要する入所者ごとに要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が入所時等に評価するとともに少なくとも3ヶ月に1回評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。 (2)(1)の評価の結果、適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、継続して支援している場合。 (3)(1)の評価に基づき、少なくとも3ヶ月に1回、入所者ごとに支援計画を見直している場合。	10/月	20/月	30/月
排せつ支援加算(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ)の内容に加えて、以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1)入所時の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、入所時と比較して排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない場合。 (2)入所時の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者についておむつ使用ありから使用なしに改善した場合。 (3)入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について尿道カテーテルが抜去された場合。	15/月	30/月	45/月

項目	内容	料金		
		1割	2割	3割
排せつ支援加算(Ⅲ)	排せつ支援加算(Ⅰ)の内容に加えて、以下の内容に適合している場合。 (1)入所時の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、入所時と比較して排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない場合又は尿道カテーテルが留置されていた者について尿道カテーテルが抜去された場合。 (2)おむつ使用ありから使用なしに改善した場合。	20/月	40/月	60/月
自立支援促進加算	継続的に入所者ごとの自立支援を行い、以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1)医師が入所者ごとに、自立支援に係る医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも3月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加している場合。 (2)医学的評価の結果、自立支援促進の対応が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施している場合。 (3)医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画の見直しをしている場合。 (4)医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援促進の実施にあたって、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。	300/月	600/月	900/月
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を少なくとも3月に1回厚生労働省に提出し、必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、厚生労働省に提出した情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合。	40/月	80/月	120/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報と入所者ごとの疾病、服薬の状況等の情報を少なくとも3月に1回厚生労働省に提出し、必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合。	60/月	120/月	180/月
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	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を行った場合。※入所中1回を限度	450/回	900/回	1,350/回
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	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、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合。※入所中1回を限度	480/回	960/回	1,440/回
退所時等支援等加算	・試行的退所時指導加算 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者を居宅において試行的に退所させる場合において、入所者の試行的な退所時に入所者及び家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合。 ※試行的な退所を行った月から3月の間に限り1月に1回を限度	400/回	800/回	1,200/回
	・退所時情報提供加算(Ⅰ) 入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において退所後の主治の医師に対して、入所者の同意を得て当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合。 *居宅ではなく、社会福祉施設等に入所する場合も同様。 ※1人につき1回を限度	500/回	1,000/回	1,500/回
	・退所時情報提供加算(Ⅱ) 入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合。 ※1人につき1回を限度	250/回	500/回	750/回
	・入退所前連携加算(Ⅰ) 以下の内容のいずれにも適合している場合。 ・入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めている場合。 ・入所期間が1月を超える入所者が退所し、居宅において居宅サービス等を利用する場合、退所に先立って利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要情報を提供し、かつ、居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行っている場合。 ※1人につき1回を限度。	600/回	1,200/回	1,800/回

項目	内容	料金		
		1割	2割	3割
	・入退所前連携加算(Ⅱ) 入所期間が1月を超える入所者が退所し、居宅において居宅サービス等を利用する場合、退所に先立って利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に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退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行っている場合。 ※1人につき1回を限度	400/回	800/回	1,200/回
	(2)訪問看護指示加算 入所者の退所時に介護老人保健施設の医師が診療に基づき指定訪問看護に対して入所者の同意を得て訪問看護指示書を交付した場合。 ※1人につき1回を限度。	300/回	600/回	900/回
ターミナルケア加算 ※	死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72	144	216
	死亡日以前 4 日以上 30 日以下	160	320	480
	死亡日の前日及び前々日	910	1,820	2,730
	死亡日	1,900	3,800	5,700
<p>※(1)医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、本人及び家族と共に医師等スタッフが共同して、随時本人又は家族に対して十分な説明を行い合意しながら、その人らしさを尊重した看取りが出来るよう支援する。</p> <p>(2)ターミナルケアを受けた入所者が死亡した場合、死亡日を含めて45日を上限として算定。</p> <p>(3)退所翌月に亡くなった場合、前月分のターミナルケア加算に係る一部負担の請求を行う場合がある。</p> <p>(4)本人・家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合、説明日時、内容等を記録すると共に、同意を得た旨を記載する必要がある。</p> <p>(5)適切なターミナルケアが行われるよう、職員間の相談日時、内容等を記録すると共に、本人状態、家族と連絡を取ったにもかかわらず来てもらえなかった旨を記載しておく必要がある。</p> <p>(6)家族と定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族意思を確認しながらターミナルケアを進める事が必要となる。</p>				
高齢者施設等感染対策 向上加算 (Ⅰ)	以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1)感染症法第6条17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している場合。 (2)協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応している場合。 (3)診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関または地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修または訓練に年1回以上参加している場合。	10/月	20/月	30/月
高齢者施設等感染対策 向上加算 (Ⅱ)	診療報酬に感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合。	5/月	10/月	15/月
新興感染症等施設療養費	入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症#に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し適切な感染対策を行ったうえで介護保険サービスを行った場合。 ※1月に1回連続5日を限度として算定 #現時点で指定されている感染症はなし。	240/回	480/回	720/回
生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1)利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じたうえで、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合。 (2)介護機器(見守り機器等)を複数種類活用している場合。 (3)職員の業務分担の明確化等による効率化や質の確保、負担軽減等についての検討と必要な取り組みを定期的実施し確認している場合。 (4)1年以内ごとに1回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータを厚生労働省に報告している場合。	100/月	200/月	300/月
生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	以下の内容のいずれにも適合している場合。 (1)利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じたうえで、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合。 (2)介護機器(見守り機器等)を1台以上活用している場合。 (3)1年以内ごとに1回、(1)及び(2)の取り組みによる効果を示すデータを厚生労働省に報告している場合。	10/月	20/月	30/月

項目	内容	料金		
		1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算	(I) 以下のいずれかに該当した場合。 ①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 80/100 以上 ②介護職員の総数のうち勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 35/100 以上	22	44	66
	(II) 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 60/100 以上	18	36	54
	(III) 以下のいずれかに該当した場合。 ①介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 50/100 以上 ②看護・介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が 75/100 以上 ③利用者、入所者に直接サービスを提供する職員総数のうち、勤続 7 年以上の者を占める割合が 30/100 以上	6	12	18
介護職員等処遇改善加算	(I) 算定した単位数の 75/1000 に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算 (II) に加え、以下の要件を満たすこと。 ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上 配置している	+75/1000		
	(II) 算定した単位数の 71/1000 に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算 (III) に加え、以下の要件を満たすこと。 ・改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上 ・職場環境の更なる改善、見える化	+71/1000		
	(III) 算定した単位数の 54/1000 に相当する単位数を所得単位数に加算する。新加算 (IV) に加え、以下の要件を満たすこと。 ・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備	+54/1000		
	(IV) 算定した単位数の 44/1000 に相当する単位数を所得単位数に加算する。以下の要件を満たすこと。 ・加算率の 1/2 以上を月額賃金で配分 ・職場環境の改善 (職場環境等要件) ・賃金体系等の整備及び研修の実施等	+44/1000		

【施設基準 (区分) について】 # 1 基本サービス費が高い順に表記

平成 30 年度介護報酬改定に伴い、介護保険基本サービス費は 5 段階 (在宅超強化型・在宅強化型・基本加算型、基本型、その他型) に区分 # 1 されることとなりました。

区分概要は、厚生労働大臣が定めた算定基準 (在宅復帰率、平均在所率、リハビリ職員配置数等) 10 項目の実績を毎月計算し、その結果により区分が決まることとなるため、月ごとに基本サービス費が変更する場合がございます。詳細につきましては厚生労働省ホームページ等をご覧ください。

・その他料金（該当の場合その他のみ加算 / 利用頻度に応じて加算：円）

特別室 A (4室)	テレビ・冷蔵庫・リクライニングチェア・スツール・木製チェスト・キャビネット等	1,100
特別室 B (36室)	テレビ・折りたたみチェア・木製チェスト・キャビネット等	330
日常生活品費	口腔ケアスポンジ (50本/箱)	455
	口腔ケア用ジェル (1本)	530
	口腔ケア用シート (50枚/袋)	145
	BOX ティッシュ (5箱/パック)	390
	歯ブラシ(歯科医師推奨) /1本	43
預り金管理料	現金及び貴重品の管理を施設に委託した場合 / 月額	330
教養娯楽費	レクリエーションで使用する材料費	実費
理髪料	カットのみ	1,545
私物洗濯代	業者委託対応 / 定額制 月(28日の場合) : 6,300円(税込) 月(29日の場合) : 6,525円(税込) 月(30日の場合) : 6,750円(税込) 月(31日の場合) : 6,975円(税込) ※月途中の入退所の場合は日割り計算【利用日数×225円(税込)】の契約となります。ご希望の際は、別途契約書が必要となります。	※225 (日割の場合)
入所証明書 ※身元引受人及びご家族様より徴収する料金	入所されている事の証明書を発行した場合	3,300
持ち込み品の電気使用料	テレビ 35円 : ラジカセ・ポット等 11円/日額(特別室利用以外の方)	実費
支払証明書	領収書を紛失等した際の証明書発行料 /1通につき	1,100
個人情報等開示手数料 ※身元引受人及びご家族様より徴収する料金	個人情報に関する開示(面会簿・サービス提供の記録等)/1通につき	2,200
	書面での開示(コピー)を請求した場合/1通につき	11
死亡診断書 ※身元引受人及びご家族様より徴収する料金	施設において死亡診断書を作成・発行した場合	5,500

＃1 送迎について…通常事業の実施範囲を超える地域の送迎を行なった場合、別に当施設が規定する送迎車輛使用料を負担していただく場合があります。その場合、別に書類(使用同意書)を作成していただく事となります。

※その他利用料金につきましては、税込表示となっております。

＃2 利用者(身元引受人)の意向により、介護保険給付外サービスの提供を実施した場合は基本サービス費及び加算にかかる費用は全額自己負担(10割負担)となります。また、滞在費・食費において負担限度額認定適用の場合も介護保険給付外サービスの利用期間は適用外となり、1日あたり 滞在費 2,066円 食費 1,830円をご負担いただく事となります。

○ 介護保険サービス費の利用者負担割合について

介護保険サービスを利用する場合には、費用の一定割合を利用者の方にご負担いただくことが必要となります。この利用者負担につきまして、これまでは1割又は一定以上の所得のある方は2割としていましたが、平成30年8月から65歳以上の方で現役並みの所得のある方は3割をご負担いただくこととなります。

・3割負担の対象となる方

本人の合計所得が220万円以上で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で340万円以上、または2人以上世帯で463万円以上。

・2割負担の対象となる方

本人の合計所得が220万円以上であっても、年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円以上340万円未満、または2人以上世帯で346万円以上463万円未満。

本人の合計所得が160万円以上220万円未満で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円以上、または2人以上世帯で346万円以上。

・1割負担の対象となる方

本人の合計所得が160万円未満の方、220万円未満の形で年金収入＋その他の合計所得額が単身世帯で280万円未満または2人以上で346万円未満の方。

※要介護・要支援認定を受けた方には、毎年（6～7月頃）に市区町村より負担割合が記された「介護保険負担割合証」が交付されますので当施設へご提出願います。

○ 高額介護サービス費について

利用した介護サービスについて、被保険者が負担する1ヶ月（暦月）あたりの利用者負担額（通常1割）の合計額が一定の上限額を上回った場合には、市区町村役所への申請により上限額を超えた分が払い戻しされる仕組みがありますので、発行された領収書は大切に保管してください。

利用者負担段階区分	上限額（月額）
・生活保護受給者	15,000円（世帯）
・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	
高齢福祉年金を受給している方、前年の合計所得金額と	15,000円（個人）
公的年金等収入額の合計が80万円以下の方	24,600円（世帯）
・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	24,600円（世帯）
・世帯内のどなたかが市区町村民税を課税されている方	
課税所得が380万円（年収約770万円）未満の方	44,400円（世帯）
・課税所得が380万円（年収約770万円）から	
690万円（年収約1,160万円）未満の方 #1	93,000円（世帯）
・課税所得が690万円（年収1,160万円）以上の方 #1	140,100円（世帯）

#1) 令和3年8月より、負担能力に応じた負担を図る観点から、一定年収以上の高所得者世帯について負担限度額が見直され、新たに新設されました。

※ 高額介護合算療養費制度（年間の医療費・介護サービス費が負担限度額を超えた場合に払戻しをする制度）により医療費・介護サービス費の払い戻しを受けている方は負担上限額に変更はないため、収入や医療・介護サービス費等が同じであれば実質的な負担はこれまでと同額となります。

○ 特定入所者介護サービス費について

施設サービスなどの居住費や食費が利用者の負担となったことにより、所得が少ない方の負担が重くならないよう、所得が一定基準以下の方の利用者負担額に上限を設けた制度です。（この上限となる額を「負担限度額」といいます。） 「施設との契約により定められた利用者負担額」から「負担限度額」を引いた額が、特定入所者介護サービス費として介護保険から支給されます。したがって、サービスを利用する方が実際に負担する金額は、負担限度額となります。

・負担軽減の対象となるのは、利用者負担第1段階～第3段階の次の条件に該当される方です。

- | | |
|------------|--|
| 利用者負担第1段階 | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で老齢福祉年金を受給されている方
・生活保護を受給している方 |
| 利用者負担第2段階 | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金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 | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等収入額の合計が80万円超120万円以下の方 |
| 利用者負担第3段階② | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と公的年金等の収入額が120万円を超える方 |
| 利用者負担第4段階 | ・上記以外の方 |

※ 負担限度額の決定は、本人及び同一世帯の方の前年の所得に加え、令和3年8月より在宅で暮らす方との食費・居住費に係る公平性や負担能力に応じた負担を図る観点から見直しが行われ、下記の内容を基に対象となるか判断されております。申請にあたっては通帳の写し等の提出が必要となりますので、詳しくは市区町村の窓口までお問い合わせ願います。

- ① 世帯が違っていても配偶者が市区町村民税を課税されているかを判断し、課税されている場合は対象外となります。
- ② 預貯金等の金額を確認し、下記の基準額を超える場合は対象外となります。

利用者負担第2段階	：	単身 650万円	夫婦 1,650万円
利用者負担第3段階①	：	単身 550万円	夫婦 1,550万円
利用者負担第3段階②	：	単身 500万円	夫婦 1,500万円

※ 施設を利用した際の食費または居住費のいずれか一方でも、基準費用額を超える金額を支払った場合には、特定入所者介護サービス費が支給されず、費用の全額が利用者の負担となりますのでご了承ください。

※ 負担軽減の対象となった場合は「介護保険負担限度額認定証」が交付されますので、当施設へご提出願います。

○ 利用者負担第4段階の方の特例（特例減額措置）

上記の利用者負担第1～3段階に該当しない市区町村民税課税世帯の方でも、下記の要件等を全て満たす場合に限り、食費・居住費の特例減額措置の対象となる場合があります。

- ① 2人以上の市町村民税課税世帯であること
- ② 世帯の年間収入から施設の利用者負担（介護サービスの利用者負担、食費・居住費）の見込額を除いた額が80万円以下であること
- ③ 世帯の預貯金等の額が合計450万円以下であること
- ④ 介護保険施設に入所し、現在補給給付を受けていないこと
- ⑤ 日常生活に供する資産以外に資産がないこと
- ⑥ 介護保険料を滞納していないこと

介護老人保健施設入所利用約款

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設ハイム・メアーズ（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「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自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、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し、一方、利用者及び利用者の身元引受人は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

(適用期間)

第2条 本約款は、利用者が介護老人保健施設入所利用同意書を当施設に提出した日から効力を有します。但し、利用者の身元引受人又は連帯保証人に変更があった場合は、新たな身元引受人の同意を得ることとします。

- 2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、及び重要事項説明書の改定が行われたい限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

(施設サービス計画の作成・変更)

第3条 当施設は、当施設の介護支援専門員（介護計画作成担当者）に、利用者のための施設サービス計画（ケアプラン）を作成する業務を担当させるものとします。施設サービス計画（ケアプラン）は利用者及び身元引受人の希望を十分に取り入れたものを作成するとともに施設サービスについての説明を行い、同意を得たうえでサービスを提供します。

- 2 利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）が変更された場合若しくは利用者の心身の状況等の変化や利用者及び身元引受人がサービスの計画の変更を希望された場合には、変更の必要があるかどうか調査し、計画変更の必要があると認められた場合には利用者及び身元引受人等と協議して施設サービス計画（ケアプラン）を変更するものとします。また、変更した場合には利用者及び身元引受人等に対して説明を行い、書面を交付します。

(介護保険の基準サービス)

第4条 当施設は介護保険の基準サービスとして、利用者に対して入浴、排泄、食事等の介助、相談などの精神的ケア、社会生活上の便宜、日常生活の世話、機能訓練（リハビリ）、健康管理及び療養上の世話を提供するものとします。

(介護保険の基準外サービス)

第5条 当施設は利用者及び身元引受人との合意に基づき、介護保険給付の支給限度額を超える短期入所療養介護サービスを提供するものとします。

- 2 前項の他、介護保険給付外サービスとして利用者が選定する特別な食事の提供、理容サービス、衣類のクリーニングサービス、特別に定める日用品の提供、教養娯楽費、預り金サービス等を提供します。
- 3 前2項のサービスについて、その利用料金は利用者及び身元引受人等が負担するものとします。

(身元引受人)

第6条 利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

- ① 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること。
- ② 弁済をする資力を有すること。
- 2 身元引受人は、原則として利用者の扶養家族とします。但し、扶養家族を立てることができない相当の理由がある場合は当施設と協議のうえ取り決めることとします。
- 3 身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を利用者と連帯して支払う責任を負います。
- 4 身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。
 - ① 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続が円滑に進行するように協力すること。
 - ② 入所利用が解除若しくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引取をすること。但し、遺体の引取について、身元引受人と別に祭祀主宰者がいる場合、当施設は祭祀主宰者に引き取っていただくことができます。
- 5 身元引受人が第1項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第1項但書の場合はこの限りではありません。
- 6 身元引受人の請求があったときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

(利用者からの解除)

第7条 利用者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本約款に基づく入所利用を解除することができます。

- 2 身元引受人も前項と同様に入所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

(当施設からの解除及び入院又は入所による終了)

第8条 当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく入所利用を解除することができます。

- ① 利用者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 当施設において定期的に実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活ができると判断された場合、又は利用継続不可と判断された場合。
- ③ 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超えると判断された場合。
- ④ 利用者及び身元引受人が、本約款に定める利用料金を2カ月分以上滞納し、その支払いを督促したにも拘わらず14日間以内に支払われない場合。
- ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、ハラスメント行為や窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の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。
- ⑥ 第3条第5項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。
- ⑦ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。
- 2 利用者が病院に入院又は他の施設に入所した場合、本約款に基づく入所利用は終了します。

(利用料金)

- 第9条 利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく介護保険施設サービスの対価として、《添付資料②》の当施設の利用単位毎の料金を基に計算された月毎の合計金額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- 2 当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月10日までに発行し、利用者及び身元引受人（支払い義務が生じる者）は、連帯して当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに、現金の持参又は指定口座への振込により支払うものとします。なお、上記の支払い方法が困難な場合は、別途話し合いの上、双方合意した方法によるものとします。
 - 3 当施設は、利用者又は身元引受人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の指定する者に対して領収書を所定の方法により交付します。
 - 4 当施設は、入所時の話し合いにより保証金をお預かりした場合で、万一、利用料のお支払いが滞った場合には、この保証金から充当させていただき、退所時にお支払いの過不足分を精算することといたします。

(記録)

- 第10条 当施設は、利用者の介護保険施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間保管します。(診療録については、5年間保管します。)
- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、原則として、所定様式に記載して頂き、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。
 - 3 当施設は身元引受人が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする事情等を所定の様式に記載して頂き、当施設が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当施設で認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。
 - 4 前項は、当施設が身元引受人に対して連帯保証債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。
 - 5 当施設は、利用者及び身元引受人以外の親族が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者及び身元引受人の承諾がある場合に限り、所定様式に記載して頂き、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

(身体の拘束等)

- 第11条 当施設は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

- 第12条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を《添付資料③》のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - ② 居宅支援事業所（地域包括支援センター[介護予防支援事業所]）等との連携
 - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

（緊急時の対応）

- 第13条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- 2 当施設は、利用者に対し、当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
 - 3 前2項の他、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。また、指定された者は、緊急時等状況に応じて、第3条4項の規定に基づき、身元引受人と協力をすることとします。

（事故発生時の対応）

- 第14条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- 2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
 - 3 前2項のほか、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

（要望又は苦情等の申出）

- 第15条 利用者、身元引受人又は利用者の親族は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情等について、担当介護支援専門員又は支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

（賠償責任）

- 第16条 介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。
- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

（連帯保証人）

- 第17条 連帯保証人は本約款から生ずる一切の債務につき、極度額50万円の範囲で利用者及び身元引受人と連帯して履行の責を負うものとします。
- 2 連帯保証人は、利用者及び身元引受人と生計を別にした者とし、極度額に相当する金額を弁済する資力を有し、独立した生計を営む成人とします。
 - 3 連帯保証人の記名・押印は、連帯保証人自らが署名し、捺印するものとします。
 - 4 当施設では、連帯保証人に対して、電話等の方法により債務履行の責を含む本人確認を行うものとし、万一債務保証の承諾の確認がとれない場合は、その旨を身元引受人に通知し、新たに利用者負担にかかる同意書の提出を求めるものとします。

(利用規約に定めのない事項)

第18条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は身元引受人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

・以上、契約の締結を証する為、本通2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印のうえ、各自1通ずつ保有するものとします。

個人情報の利用目的

介護老人保健施設ハイム・メアーズでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[介護老人保健施設内部での利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －サービス利用・休止又は入退所等の管理
 - －会計・経理・利用料請求
 - －体調・服薬管理
 - －事故報告・苦情内容等の記録
 - －当該利用者様への介護・医療サービスの向上
 - －統計データの利用の為

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所、又はケアマネージャーとの連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －他施設への入居時の情報提供
 - －サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
 - －緊急時（救急隊等）の情報提供
 - －その他の業務委託（散髪・クリーニング等）
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的 及び 他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料（計画・記録）
 - －広報等への写真の掲載
 - －当施設において行われる実習生・ボランティアへの協力
 - －当施設内において行われる研究発表会等への症例発表
 - －当法人グループ内自己評価
- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供（介護保険法に基づく実施指導、外部評価等）
 - －当施設外において行われる研究発表会等への症例発表

個人情報使用についての同意書

利用者及びその家族の個人情報の使用については、必要最小限の範囲内で使用することに同意いたします。

1. 個人情報の使用について同意できない事項

例：写真の広報誌等への使用、氏名のネームプレートへの掲示等

2. 使用する事業者の範囲

区分 (サービス)	事業者名	所在地	連絡先
入所	介護老人保健施設 ハイム・メアーズ	本吉郡南三陸町 志津川字袖浜 255 番地	0 2 2 6 - 4 6 - 2 7 7 2
"	南三陸病院	本吉郡南三陸町 志津川字沼田 14 番地 3	0 2 2 6 - 4 6 - 3 6 4 6
"	<ul style="list-style-type: none"> ・請求機関…国民健康保険団体連合会(国保連) ・医療機関…(気仙沼市立病院、石巻赤十字病院、美希病院、志津川歯科クリニック等) かかりつけ医…(_____) ・地方公共団体…(宮城県内各保健所(主に気仙沼保健所)、南三陸町、 _____) ・介護サービス事業所/その他 (_____) 		

3. 使用する期間

・サービスの提供を受けている期間

※但し、法律に則りサービス提供後も5年間以内は個人情報を保有します。

4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当っては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

令和 年 月 日

〈利用者〉住所 _____

氏名 _____ 印

〈身元引受人〉住所 _____

氏名 _____ 印

〈家族代表者〉住所 _____

氏名 _____ 印

<介護老人保健施設 ハイム・メアーズのサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書>

令和 年 月 日

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ

【説明者】

職 種 _____ 氏 名 _____

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ 施設長殿

【利用者】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

【身元引受人】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

【連帯保証人】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

連帯保証人は利用者が本約款上施設に対して負担する一切の債務を極度額 _____ 万円の範囲で連帯して支払う責任を負います。

【連帯保証人】

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 (続柄 _____)
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____

連帯保証人は利用者が本約款上施設に対して負担する一切の債務を極度額 _____ 万円の範囲で連帯して支払う責任を負います。

介護老人保健施設ハイム・メアーズの入所サービスを利用するにあたり、利用約款に基づき、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、介護老人保健施設ハイム・メアーズの入所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 ハイム・メアーズの諸規定を守り、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 ハイム・メアーズに対し一切迷惑をかけません。

以上

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ入所利用同意書

介護老人保健施設 ハイム・メアーズを入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用約款を含む重要事項説明書を受領し、これらの内容について担当者より説明を受け、これらを十分に理解したうえで同意します。

令和 年 月 日

< 利用者 >

住 所 _____

氏 名 _____ 印

< 身元引受人 >

住 所 _____

氏 名 _____ 印

介護老人保健施設 ハイム・メアーズ施設長殿

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

【本約款第10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

第1連絡先

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

第2連絡先

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	