

老人保健施設ハイム・ベルク 長期入所療養介護

<施設及びサービスの説明書>

重要事項説明書 1

(令和7年4月)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 老人保健施設ハイム・ベルク
- ・開設年月日 平成10年10月15日
- ・所在地 岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢496番地
- ・電話番号 0197-51-2050
- ・FAX番号 0197-51-2052
- ・管理者名 吉崎 陽
- ・介護保険事業所番号 介護老人保健施設(0350480034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老人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。

[老人保健施設ハイム・ベルクの運営方針]

- ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努める。
- ・ 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ない、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者や介護保険施設その他の保健、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。

(3) 施設の職員体制

	人員	業務内容
管理者(施設長)	1人	健康管理及び適切な医療処置
医師	2人以上	医学的管理・診療行為
看護職員	9人以上	保健衛生並びに看護
薬剤師	1人以上(病院兼務)	調剤及び服薬指導
介護職員	21人以上	日常生活全般の介護
支援相談員	1人以上	相談支援及び苦情処理業務
理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士	2人以上	理学療法・作業療法・言語聴覚療法
管理栄養士	1人以上(病院兼務)	計画的な栄養管理、栄養マネジメント
調理員	外部委託	調理業務全般
介護支援専門員	1人以上	サービス計画及び苦情処理
事務職員	3人以上	施設管理及び事務処理

(4) 入所定員等

- ・定員 90名
- ・療養室 個室：2室 2人室：12室 4人室：16室

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
 - 朝食 7時30分～ 8時30分
 - 昼食 11時30分～12時30分
 - 夕食 18時00分～19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。週に最低2回ご利用いただきます。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（退所時の支援も行います）
- ⑥ リハビリテーション、リハビリテーションマネジメント等による指導、実施
- 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（原則隔週月曜日に実施します）
- ⑩ 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。

施設サービス計画：

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただ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、身元引受人、利用者の家族等を十分に取り入れ、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。

医療：

介護老人保健施設は入院の必要が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、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

リハビリテーション：

原則としてリハビリテーション室（機能訓練室）にて行いますが、施設内でのすべての活動が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. 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、当施設での対応が困難な場合等には、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

美山病院

住 所 奥州市水沢羽田町字水無沢495-2
電話番号 0197-24-2141

美希病院

住 所 奥州市前沢古城字丑沢上野100
電話番号 0197-56-6111

・協力歯科医療機関

ちば歯科医院

住 所 奥州市水沢字桜屋敷420
電話番号 0197-51-1300

4. 緊急時の連絡先

緊急の場合には、重要事項説明書にご記入いただいた緊急時連絡先に連絡します。

5. 施設利用に当たっての留意事項

- ① 食事
 - ・ 利用中は施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。
 - ・ 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ます。その実施のため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下さい。
- ② 面会
 - ・ 面会は、午前8時30分から午後7時までの間とさせていただきます。
 - ・ 感染予防等止むを得ない事情で面会の中止や時間の変更の場合は書面の配布、玄関等への掲示でお知らせ致します。
 - ・ 面会の際には、玄関にてご面会用紙の記入をお願いいたします。
 - ・ 飲食物の持ち込みにつきましては必ず看護・介護職員までお申し出下さい。
- ③ 外出・外泊
 - ・ ご家族との交流や気分転換、季節の変化を感じていただくためにも、外出や外泊をお勧めしています。
 - ・ 事前に看護・介護職員へお声掛け下さい。所定の届出用紙にご記入をお願いしています。
 - ・ 外出・外泊予定の時間等が変更になる場合は予めご連絡をお願いします。
- ④ 外出時の施設外での受診
 - ・ 介護老人保健施設サービスを受けている方が、外出時などに他の保険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ください。
- ⑤ 飲酒
 - ・ 飲酒は、施設行事に伴って提供される場合を除いて禁止させていただきます。
- ⑥ 喫煙・火気の取り扱い
 - ・ 喫煙は敷地内全面が禁煙となっておりますので、電子タバコや敷地内に駐車中の車内での喫煙もご遠慮ください。
 - ・ 火気の取扱いは、火災防止のため禁止します。
- ⑦ 設備・備品の利用
 - ・ 設備・備品の利用にあたっては、損傷や汚染などに十分にご注意願います。尚、著しく破損又は汚染した場合は、修理代等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をお願いいたします。
- ⑧ 金銭・貴重品の持ち込み
 - ・ 金銭・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、事務室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つけ願います。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。
- ⑨ 宗教活動
 - ・ 宗教活動は、信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等で他の施設利用者の迷惑にならない範囲内とさせていただきます。
- ⑩ ペットの持ち込み
 - ・ ペットの持ち込みは、原則として禁止します。
- ⑪ 消灯
 - ・ 消灯時間は午後9時となっております。
- ⑫ 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。

6. 非常災害対策

当施設では、次のよう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 屋内消火栓、スプリンクラー、自動火災報知器、非常通報装置、漏電火災警報機、避難滑り台、非常電源設備、消火器、消防署への火災自動通報装置他。
- ・防災訓練 年2回

7. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して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. 相談・苦情等

当施設には支援相談の専門員として介護支援専門員及び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、要望や苦情等も、苦情受付担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。その他事務室前に備えられた「ふれあいポスト」をご利用ください。

① 当施設の苦情受付

電話番号 0197-51-2050

FAX 0197-51-2052

e-mail beruku@catv-mic.ne.jp.

受付担当者	療養科長	奥田 しのぶ
	主任看護師	千葉 一美
	主任介護福祉士	中村 絵理
	主任介護福祉士	千葉 千尋
	主任介護福祉士	菊地 美由紀
	主任介護支援専門員	及川 真紀子
	支援相談員	浅沼 佑耶
苦情解決責任者	施設長	吉崎 陽
	事務長	井上 和
	看護師長	小野寺 友喜

② 奥州市

健康福祉部長寿社会課 介護認定係 電話番号 0197-34-2198

江刺総合支所健康福祉課 長寿社会担当 電話番号 0197-34-2522

胆沢総合支所健康福祉課 長寿社会担当 (健康増進プラザ悠悠館内)

電話番号 0197-46-2977

前沢総合支所健康福祉課 長寿社会担当 電話番号 0197-34-0274

衣川総合支所健康福祉課 長寿社会担当 電話番号 0197-34-2369

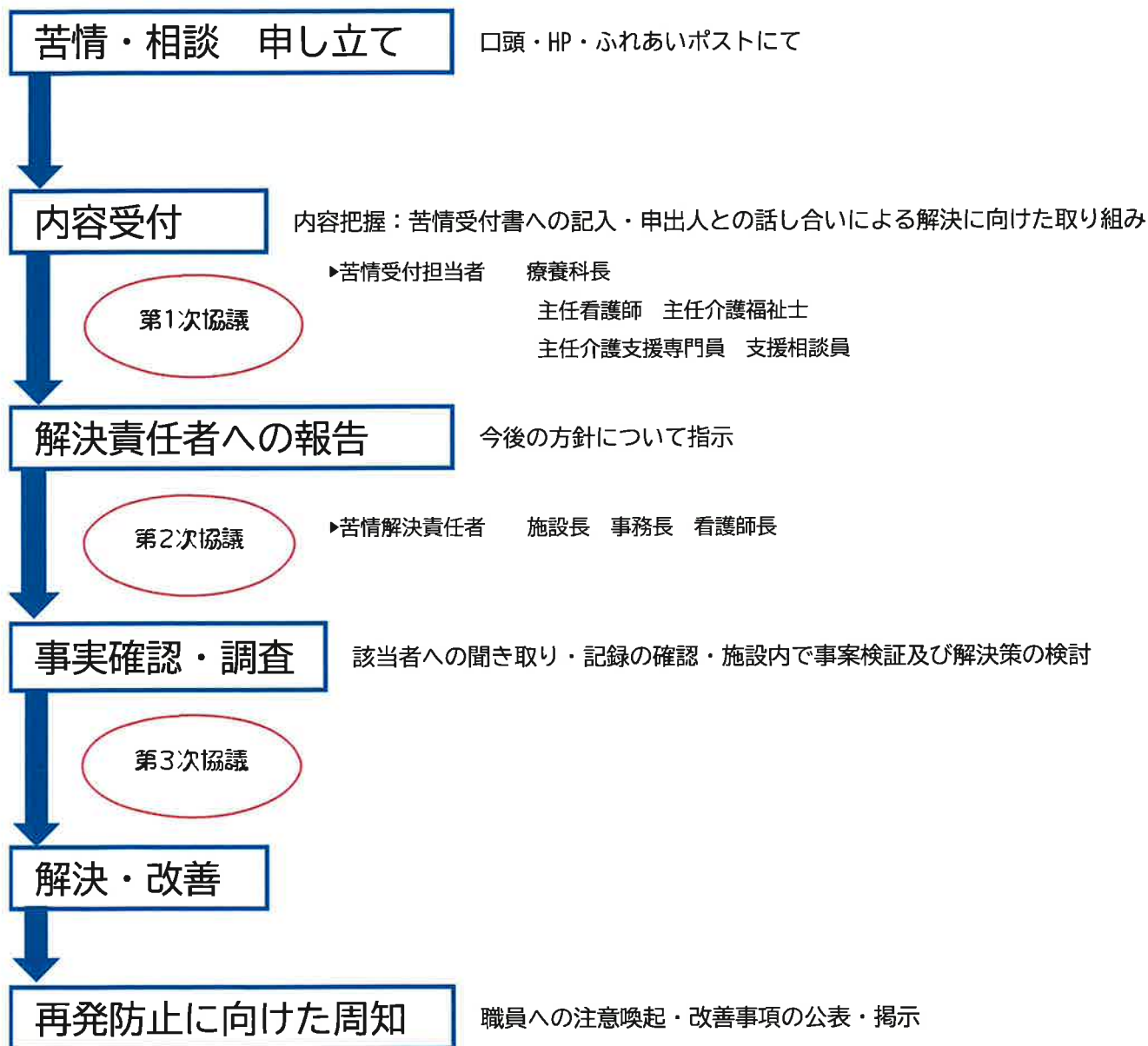
③ 岩手県国民健康保険団体連合 苦情相談窓口 電話番号 019-604-6700

9. その他

必要な場合は、パンフレットをご用意しております。

苦情受付から解決までの手順

各段階において、申立者に進捗状況を伝達
問題解決に向けた取り組みを行う



施設で解決しない場合

- ・外部の相談窓口へ申し出・相談
- ・相談窓口：重要事項説明書1-8参照

ハイム・ベルク入所 重要事項説明書 2

(利用者負担金説明書)

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割から3割の自己負担分と保険給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選定に基づく特別な室料、日常生活費、教養娯楽費、理美容代、私物の洗濯代、電気器具持込料及びその他の費用）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

(1) 基本料金（介護保険施設では、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(2・4人部屋)			個室(213・312号)		
	1割負担額	2割負担額	3割負担額	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1	793円	1,586円	2,379円	717円	1,434円	2,151円
要介護2	843円	1,686円	2,529円	763円	1,526円	2,289円
要介護3	908円	1,816円	2,724円	828円	1,656円	2,484円
要介護4	961円	1,922円	2,883円	883円	1,766円	2,649円
要介護5	1,012円	2,024円	3,036円	932円	1,864円	2,796円

(2) 加算料金（介護保険分：以下は1日あたりの自己負担分です。）

加算項目	1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定要件
初期加算(Ⅰ)	60円	120円	180円	次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、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、介護老人保健施設に入所した者について、1日につき所定単位数を加算する。 ・当該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、地域の医療機関等に定期的に情報を共有していること ・当該介護老人保健施設の空床情報について、当該介護老人保健施設のウェブサイトにて定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報共有を行っていること
初期加算(Ⅱ)	30円	60円	90円	・入所日から30日間 ・(Ⅰ)を算定している場合は算定しない
協力医療機関連携加算	50円/月	100円/月	150円/月	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こと ①入所者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こと ②高齢者施設等から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こと ③入所者等の病状が急変した場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること
	5円/月	10円/月	15円/月	上記以外の協力医療機関と連携している場合
自立支援促進加算	300円/月	600円/月	900円/月	①医師が入所者ごとに、自立支援のために必要な医学的評価を入所時に行い、6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に参加・策定した場合 ②自立支援のために対応が必要とされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種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こと ③①の医学的評価に基づき、3月に1回、入所者ごとに支援計画の見直しを行なっていること ④①の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のために必要な情報を活用していること
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40円/月	80円/月	120円/月	入所者・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を少なくとも3月に1回見直し、厚生労働省に提出していること
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60円/月	120円/月	180円/月	(Ⅰ)に加え、心身・疾病の状況の情報を厚生労働省に提出していること
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円	44円	66円	・介護職員のうち、介護福祉士が80%以上配置されている又は勤続10年以上の介護福祉士が35%以上配置されていること ・サービスの質の向上に資する取り組みを実施していること
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円	36円	54円	介護職員のうち、介護福祉士が60%以上配置されていること
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6円	12円	18円	介護職員のうち、介護福祉士が50%以上配置又は常勤職員が75%以上又は勤続7年以上が30%以上配置されていること

加算項目	1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定要件
安全対策体制加算 (入所時1回を限度)	20円	40円	60円	外部の研修を受けた担当者が配置され、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こと
夜勤職員配置加算	24円	48円	72円	入所者の数が20又はその端数を増す毎に1以上の夜勤を行う介護職員・看護職員を1名を超えて配置していること
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	51円	102円	153円	①在宅復帰・在宅療養支援等指標が40以上であること ②地域に貢献する活動を行っていること ③介護保健施設サービス(Ⅰ)の【基本型】を算定していること
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	51円	102円	153円	①在宅復帰・在宅療養支援等指標が70以上であること ②介護保健施設サービス(Ⅰ)の【在宅強化型】を算定していること
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10円/月	20円/月	30円/月	・第二種協定して医療機関との間で、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こと ・協力医療機関等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こと ・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け出を行った医療機関又は地域医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練(1年に1回以上参加していること)
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5円/月	10円/月	15円/月	診療報酬における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こと
所定疾患施設療養費(Ⅰ) (1月に1回、連続する7日を限定)	239円	478円	717円	・肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の憎悪について、投薬・検査・注射・処置を行い(肺炎、尿路感染症については協力医療機関と連携して行った検査を含むものとし、検査の実施に限る)内容をカルテに記載すること。前年度の実施状況を報告すること。
所定疾患施設療養費(Ⅱ) (1月に1回、連続する10日を限定)	480円	960円	1,440円	(Ⅰ)に追加、診断に至った根拠等をカルテに記載、医師が感染症対策に関する研修を受講していること。
新興感染症等施設療養費	240円	480円	720円	入所者等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等に対し、適切な感染対策を行ったうえで、該当する介護サービスを行った場合、1月に1回、連続する5日間を限度として算定する。 ※現時点において指定されている感染症はない
緊急時治療管理 (1月に1回、連続する3日を限度)	518円	1,036円	1,554円	病状が重篤になり、救命救急医療が必要となり、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射処置等を行った場合
特定治療	医科診療報酬点数表に定める点数			医科診療報酬点数表において、高齢者の医療の確保に関する法律に規定する保険医療機関が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)	53円/月	106円/月	159円/月	・医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画書を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること ・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こと ・リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一時的に共有すること。その際、必要に応じてLIFに提出した情報を活用していること ・共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対して共有していること
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	33円/月	66円/月	99円/月	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画書を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) (入所日から3ヶ月以内)	258円	516円	774円	・医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、リハビリテーションの実施の有無の他、リハビリテーションの目的とリハビリテーション開始前・開始中の留意事項、中止基準、負荷量等のうち、いずれか1つ以上の計2つ以上の指示を行うこと ・原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、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していること
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) (入所日から3ヶ月以内)	200円	400円	600円	医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、リハビリテーションの実施の有無の他、リハビリテーションの目的とリハビリテーション開始前・開始中の留意事項、中止基準、負荷量等のうち、いずれか1つ以上の計3つ以上の指示を行うこと
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) (入所日から3ヶ月間に限り、週3回を限度)	240円	480円	720円	・認知症であると医師が判定された者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、精神科医師又は神経内科医師、専門的な研修を終了した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に対し、リハビリテーションの実施の有無の他、リハビリテーションの目的とリハビリテーション開始前・開始中の留意事項、中止基準、負荷量等のうち、いずれか1つ以上の計2つ以上の指示を行うこと ・入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した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こと
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	120円	240円	360円	・認知症であると医師が判定された者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、精神科医師又は神経内科医師、専門的な研修を終了した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に対し、リハビリテーションの実施の有無の他、リハビリテーションの目的とリハビリテーション開始前・開始中の留意事項、中止基準、負荷量等のうち、いずれか1つ以上の計3つ以上の指示を行うこと

加算項目	1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定要件
若年性認知症入所者受入加算	120円	240円	360円	・若年性認知症者(初老期における認知症によって要介護者となった者)を受け入れた場合 ・若年性認知症者ごとに個別の担当者を定めていること
栄養マネジメント強化加算	11円	22円	33円	栄養士又は管理栄養士を基準に従った数以上配置する 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと 低栄養状態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、食事の観察を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整を実施すること 低栄養状態のリスクが低い入所者の食事の際の変化を把握し、問題がある場合は早期に対応すること
再入所時栄養連携加算	200円	400円	600円	厚生労働省が定める特別食等を必要とする者
療養食加算	6円	12円	18円	療養食の提供を行った場合(1食につき、1日3回まで)
経口移行加算	28円	56円	84円	経口移行計画に伴い、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た場合
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90円/月	180円/月	270円/月	・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に月2回以上口腔ケアを行った場合 ・歯科衛生士が入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し具体的な技術的助言や指導を行うこと ・歯科衛生士が介護職員からの相談等に対応すること
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110円/月	220円/月	330円/月	上記に追加、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、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等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こと
経口維持加算Ⅰ	400円/月	800円/月	1,200円/月	摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、医師又は歯科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、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごと経口維持計画を作成している場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき管理栄養士等が栄養管理を行った場合
経口維持加算Ⅱ	100円/月	200円/月	300円/月	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、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)/回 (入所中1回を限度)	450円	900円	1,350円	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、施設サービス計画の策定・診療方針を決定した場合、(次に掲げる区分に応じて算定) ・(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 ・(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
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)/回 (入所中1回を限度)	480円	960円	1,440円	
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3円/月	6円/月	9円/月	・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、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価を行い、その結果等の情報を厚生労働省へ提出し、褥瘡管理の実施に情報を活用していること ・褥瘡発生のリスクがあるとされた入所者ごとに医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して褥瘡ケア計画を作成し、定期的に記録していること
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13円/月	26円/月	39円/月	(Ⅰ)の要件を満たし、入所時評価の結果、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等について、褥瘡の発生がないこと
排せつ支援加算(Ⅰ)	10円/月	20円/月	30円/月	・入所者ごとに要介護状態の軽減見込みについて医師、看護師が入所時に評価し、少なくとも3月に1回評価を行い、その結果を厚生労働省へ提出し、排せつ支援に情報を活用していること ・要介護状態が見込まれる入所者について医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して排せつ支援計画を作成し、支援を継続していること 3月に1回、支援計画を見直していること
排せつ支援加算(Ⅱ)	15円/月	30円/月	45円/月	(Ⅰ)の要件を満たし、適切な対応をすることにより要介護状態の軽減が見込まれる場合 ・入所時と比較し、排尿・排便の一方が改善し悪化しないこと ・又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること ・又は施設入所時・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、尿道カテーテルが除去されたこと
排せつ支援加算(Ⅲ)	20円/月	40円/月	60円/月	(Ⅰ)の要件を満たし、適切な対応をすることにより要介護状態の軽減が見込まれる場合 ・入所時と比較し、排尿・排便の一方が改善し悪化しないこと ・かつおむつ使用ありから使用なしに改善していること ・又は施設入所時・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、尿道カテーテルが除去されたこと
かかりつけ医連携調整加算(Ⅰ)イ	140円	280円	420円	以下に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、退所時に加算する ①介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、ガイドラインを踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること ②入所後1月以内に、かかりつけ医に状況に応じて処方内容を変更する可能性があることを説明し、合意を得ていること 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、入所中の当該処方の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うこと ④入所中に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、他職種で確認を行うこと ⑤入所中に服薬薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や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について退所時又は退所後1月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、内容を診療録に記載していること
かかりつけ医連携調整加算(Ⅰ)ロ	70円	140円	210円	・(Ⅰ)イの要件①、④、⑤に掲げる基準のいずれも適合していること ・入所前に6種類以上の内服薬が処方された入所者について、施設において、入所中に服薬薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと
かかりつけ医連携調整加算(Ⅱ)	240円	480円	720円	・(Ⅰ)イ又はロを算定していること ・入所者の服薬情報を厚生労働省に提出していること
かかりつけ医連携調整加算(Ⅲ)	100円	200円	300円	・(Ⅱ)を算定していること ・退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少していること

加算項目		1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定要件
外泊時費用		362円	724円	1,086円	月6日を限度とし、基本料金に代え算定(ただし、外泊初日・最終日は算定しない)
外泊時費用 (サービスを利用する場合)		800円	1,600円	2,400円	・入所者であって、退所が見込まれる者をその居室において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合に月6日を限度とし、基本料金に代え算定(ただし、試行的な退所に係る初日・最終日は算定せず、外泊時費用を算定する場合は算定しない)
試行的退所時指導加算 (1人につき1回を限度)		400円	800円	1,200円	入所期間が1ヵ月を超える入所者をその居室において試行的に退所させる場合において入所者および家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合
退所時情報提供加算(Ⅰ) (1人につき1回を限度)		500円	1,000円	1,500円	居室へ退所する入所者の主治医に対し、診療情報、心身の状況、認知機能や生活歴等を示す文章を添えて紹介を行った場合
退所時情報提供加算(Ⅱ) (1人につき1回を限度)		250円	500円	750円	医療機関へ退所する入所者の主治医に対し、診療情報、心身の状況、認知機能や生活歴等を示す文章を添えて紹介を行った場合
入退所前連携加算(Ⅰ)		600円	1,200円	1,800円	①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ること ②入所期間が1月を超え、入所者が退所し、居宅サービス等を利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業所に対し、入所者の同意を得て診療状況を添えて居宅サービス等に必要情報を提供し連携して退所後のサービスの利用に関する調整を行うこと
入退所前連携加算(Ⅱ)		400円	800円	1,200円	(Ⅰ)の②の要件を満たすこと
退所前連携加算 (30日を限度)		500円	1,000円	1,500円	・自施設から入院した入所者以外であって、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした者を受け入れた場合 ・入所説明の際に利用者から事前に同意を得られている場合
退所時栄養情報連携加算		70円	140円	210円	厚生労働省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について、管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、栄養管理に関する情報を提供すること
訪問看護指示加算 (1人につき1回を限度)		300円	600円	900円	退所後、訪問看護が必要と認められ、訪問看護指示書を交付した場合
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)		150円/月	300円/月	450円/月	①入所者総数のうち、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 ②認知症介護指導者養成研修修了者又は認知症介護実践リーダー研修修了者及び日本版BPSD認知症ケアプログラム研修修了者を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 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 ④認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、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、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)		120円/月	240円/月	360円/月	・(Ⅰ)の①、②及び④に掲げる基準に適合 ・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、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
認知症専門ケア加算(Ⅰ)		3円	6円	9円	①入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状や行動が認められ、介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上の場合。 ②認知症の専門的な研修を受けている者が中心となり専門的な認知症ケアを実施している場合。
認知症専門ケア加算(Ⅱ)		4円	8円	12円	①(Ⅰ)の基準のいずれも適合すること ②認知症の専門的な研修を修了している者を入所者20名につき1名以上配置し、施設における介護員、看護職員などの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施予定している場合。
認知症行動・心理症状緊急対応加算		200円	400円	600円	・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
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)		100円/月	200円/月	300円/月	・利用者のQOL等の変化、就業時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化、年次有給休暇の所得の変化の3つの要件を満たし、そのデータにより業務改善の取り組みによる成果が確認されていること ・見守り機器、インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器、介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器を複数導入していること ・職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		10円/月	20円/月	30円/月	・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上で、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こと ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと
ターミナルケア加算 (看取り介護)	(死亡日以前 45～31日)	72円	144円	216円	以下のいずれにも適合している入所者であること ①医師が一般的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判断した者であること ②入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること ③医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求めに応じて随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること
	(死亡日以前 4～30日)	160円	320円	480円	
	(死亡日以前 2～3日)	910円	1,820円	2,730円	
	(死亡日)	1,900円	3,800円	5,700円	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		5.4%			資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備

(3) その他の料金① (介護保険給付対象外の自己負担分です。)

食費	・2,130 円/3 食(朝食 650 円 ・昼食 740 円 ・夕食 740 円) ※経管栄養の方は 1 日 2 回(朝 1, 065 円 ・夕 1, 065 円) 負担限度額認定を受けている場合には、認定証記載の食費負担額が 1 日にお支払いいただく食費の上限となります。
滞在費	・多床室 437 円/日 ・従来型個室 1,728 円/日 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記載の滞在負担額が 1 日にお支払いいただく滞在費の上限となります。

その他の利用料金② (介護保険給付対象外の自己負担分で、利用者の選択に基づく料金です。一律に徴収するものではありません。)

特別な室料	・2人部屋 363 円/日 ・個室 1,496 円/日
日常生活品費	日常生活に必要な用品(歯ブラシ、歯磨剤、義歯用ブラシ、入歯洗浄剤、スポンジブラシ、口腔ウェットティッシュ、口腔ジェル、マウスウォッシュ、ティッシュペーパー、ボディソープ、リンスインシャンプー)で、利用を希望する場合の費用です。 利用希望品目数により料金を算定 7 品目以上 160 円、4~6 品目 120 円、1~3 品目 80 円
理美容代	・カット:2,000 円 ・顔剃り:2,000 円 ・カット+顔剃り:2,500 円 ・カット+カラー:3,500 円 ・パーマ:4,500 円 ・パーマ+カラー:5,500 円 ・理容時のタオル使用料:200 円
洗濯代	225 円/日 私物洗濯を業者委託された場合にお支払いいただきます。 業者との契約が必要となります。
電気器具持込料	電気毛布、電動車椅子のバッテリー充電:33 円/日 ラジカセ、携帯電話、その他電子機器:11 円/日
その他の費用	実費 診断書等の文書作成費、予防接種等に係る費用

*利用料金②については一律に徴収するものではありません。

*「介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は必ず、提示してください(別途資料1)」

(4) 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日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。
- ・現金の持参による支払が困難な場合は、銀行振込又は現金書留による支払も承りますが、この場合には手数料はお支払になる方のご負担とさせていただきます。
- ・月の途中で退所される方は、退所時のお支払となります。

「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（2）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（2）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となります。（「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）
- 対象となる方
 - <所得要件> 市町村民税非課税世帯の方。世帯が違っていても配偶者が市町村民税を課税されている場合は対象外となります。
 - <資産要件> 預貯金等の金額を確認し、次の基準を超える場合には対象外となります。
 - 配偶者がいる方：合計 2,000 万円以上等
 - 配偶者がいない方：1,000 万円以上等

利用者負担段階と負担限度額

利用者負担段階	対象者	負担限度額(日額)		
		居住費	食費	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が市町村民税を課税されていない方で年齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護等を受給されている方 	かつ、預貯金等が 単身で 1000 万円 (夫婦で 2000 万円) 以下	多床室 0 円	300 円
			従来型個室 550 円	
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 80 万円以下の方 	かつ、預貯金等が 単身で 650 万円 (夫婦で 1650 万円) 以下	多床室 430 円	390 円
			従来型個室 550 円	
第3段階 (1)	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 80 万円を超え 120 万円以下の方 	かつ、預貯金等が 単身で 550 万円 (夫婦で 1550 万円) 以下	多床室 430 円	650 円
			従来型個室 1,370 円	
第3段階 (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が市町村民税を課税されていない方で上記第3段階(1)以外の方 	かつ、預貯金等が 単身で 500 万円 (夫婦で 1500 万円) 以下	多床室 430 円	1,360 円
			従来型個室 1,370 円	
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> ・上記以外の方 		負担限度額なし	

- 利用者負担第4段階の利用者の方であっても、次の要件の全てに該当する方は、市町村に申請することで、第3段階の負担軽減を受けることができます。
 - ・ 2人以上の世帯の方
 - ・ 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・部屋代）の見込額を除いた額が 80 万円以下
 - ・ 世帯の現金、預貯金等の額が合計 450 万円以下 等
- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。