

介護老人保健施設 西原敬愛園 入所利用約款

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設西原敬愛園（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「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ます。一方、利用者及び利用者を保証する者（以下「保証人」という）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又、利用者の身元の保証をすることを本約款の目的とします。

(契約期間)

第2条 本約款は、利用者が介護老人保健施設入所利用契約書を当施設に提出したのち、令和8年6月1日以降から効力を有します。但し、保証人に変更があった場合には、新たに契約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、別紙1、別紙2の改定が行なわれない限り、初回利用時の契約書提出をもって、当施設を利用することができるものとします。

(保証人及び連帯保証人)

第3条 保証人は、次の各号の要件を満たすこと。

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。）であること。

②弁済をする資力を有すること

2 保証人は、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極度額（下記）の範囲内で、利用者及び連帯保証人と連帯して支払う責任を負います。

- ・介護保険負担割合が1割の利用者の極度額96万円
- ・介護保険負担割合が2割の利用者の極度額123万円
- ・介護保険負担割合が3割の利用者の極度額158万円

3 保証人は、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受診する場合の受診付添又は入院する場合の入院手続きが、円滑に進行するよに協力すること。

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りをすること。但し、遺体の引取りについて、保証人と別に祭祀主催者がいる場合、当施設は祭祀主催者に引き取っていただくことがあります。

4 保証人が第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に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷、連絡の途絶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保証人に対し、相当期間内にその保証人に代わる新たな保証人を立てることを求めることができます。但し、第1項但し書きの場合はこの限りではありません。

5 保証人の請求があったときは、当施設は保証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4条 利用者及び保証人は、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・終了することができます。

(当施設からの解除)

第5条 当施設は、利用者及び保証人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく入所利用を解除・終了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1・要支援2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

③利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、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利用者及び保証人が、本約款に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合

⑤利用者・家族様が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、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6条 利用者、保証人及び連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく介護保健施設サービスの対価として＜別紙1＞単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計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。

2 ・毎月8日までに前月分の電子請求書を送信（つながる家族アプリ）致します。尚、口座引落の方は17日（土日祝日は翌日）の引落になります。振込の場合は25日までにお振込ください。（つながる家族アプリを確認の上、口座引落・振込をお願いします）

・お支払い方法は、金融機関口座自動引落・振込・の2方法があります。

・口座用紙提出後に金融機関との調整で間に合わない場合は振込支払いとなる場合もあります。

・介護老人保健施設の利用料については、そのほとんどが医療費控除の対象（日常生活費は除く）となります。

・領収書（つながる家族アプリ）データーは大切に保管し提出時に紙媒体に切り替えをお願いします。
データー紛失等ある際は再発行可能ですが、別途料金徴収となりますのでご留意下さい。

3 当施設は、利用者又は保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は保証人に対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記録)

第7条 当施設は、利用者の介護保健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、謄写を求めた場合には、原則として、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。

3 当施設は、保証人が第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を所定の手続きにて確認し、当施設が必要と認められる場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が保証人に対する閲覧・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。

(身体拘束等)

第8条 当施設は、原則として利用者に対し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、施設管理者又は医師が判断し、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9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又は保証人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を＜別紙2＞のとおり定め、適切に取扱います。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居宅介護支援事業所（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（災害時等において安否確認情報を行政に提供する場合等）

⑥介護現場における生産性の向上に資する取り組みで見守り機器（カメラ設置）導入行い業務改善取り組み行う

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も又、当施設職員が従業者でなくなった後においても同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第10条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により診察が必要と認める場合、医療機関又は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、利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第11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、医療機関、歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼することがあります。

3 2項のほか当施設は利用者の家族等、利用者又は保証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12条 利用者及び保証人は、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。又、市町村や国保連合会でも苦情や相談窓口（相談員）を設けています。

(高齢者虐待等の申出)

第13条 利用者及び保証人はサービス提供時に高齢者虐待の発見及び疑いがある場合には速やかに対応を行ないます。又、当施設内に設置されている「ご意見箱・相談員」をご利用いただき、当施設の所在地である西原町役場健康支援課、地域包括支援センターに申出でも可能です。(通報及び届出できることが法律で定められております。)

・西原町役場健康支援課 電話098-945-4791・西原町地域包括センター 電話098-882-0117

(賠償責任)

第14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、事故対策会議を行い事故状況（過失・不可抗力等）など確認の上、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、利用者及び保証人は、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。

(利用契約に定めのない事項)

第15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、利用者又は保証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。

介護保健施設サービスについて

(重 要 事 項 説 明 書)

(令和8年6月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人福寿会 介護老人保健施設西原敬愛園
- ・開設年月日 平成7年3月14日
- ・所在地 沖縄県中頭郡西原町字徳佐田159-1
- ・電話番号098-946-2111 ・FAX 番号098-946-1858
- ・管理者名 福田 秀基
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(4751280068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、地域で自分らしく尊厳ある生活が実現できるよう、医療的管理の下での看護、介護、機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話を提供いたします。その中で、利用者が身体の機能を回復され、明るく生き生きと家庭生活が送れますよう支援し、真心込めてお世話させていただきます。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心して退所していただけます。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。

<介護老人保健施設西原敬愛園の運営方針>

施設は明るく家庭的な雰囲気を保ち、利用者および通所者等の心身の特性を把握し、医学的管理、看護、介護、日常生活動作訓練等により要介護者の自立を支援し、その家庭復帰または社会復帰を目指します。

(3) 施設の職員体制

当施設の入所定員に対する人員配置は下記のとおりです。

当施設では基準以上の人員配置（歯科衛生士は配置義務ない）で利用者の皆さまのサービス提供に努めております

- ・医師（管理者兼務） 1名
- ・薬剤師 1名
- ・看護師、准看護師 10名以上
- ・介護員 30名以上
- ・支援相談員 1名以上
- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 5名以上
- ・管理栄養士 1名以上
- ・介護支援専門員 1名以上
- ・歯科衛生士 1名以上

(4) 入所定員等 ・定員100名 (療養室) 個室-1 2人室-25 3人室-3 4人室-10

(5) 通所定員 60名

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 8時00分～ 9時00分

昼食 12時00分～13時00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に対応します。入所利用者は、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 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
- 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 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑩ 理美容サービス
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ 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、ご不明な点がありましたら、支援相談員かその他職員へご質問ください。

3. 協力医療機関等

当施設では、病院・診療所や歯科診療所に協力をいただいていますので、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。また、当施設での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関を紹介しますので、ご安心ください。

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

◇ 協力医療機関

- ・名 称 : 医療法人緑水会 宜野湾記念病院
- ・住 所 : 宜野湾市宜野湾3-3-13

- ・名 称 : 医療法人 かりゆし会 ハートライフ病院
- ・住 所 : 中城村伊集208

- ・名 称 : 医療法人 球陽会 海邦病院
- ・住 所 : 宜野湾市真志喜2-23-5

◇ 協力歯科医療機関

- ・名 称 : 医療法人 健優会 しらゆり歯科
- ・住 所 : 宜野湾市志真志1-1-2-1F

※ 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。
- ・施設での快適な共同生活ができるように、常に互助扶助の精神を心掛けるようにしましょう。
- ・面会および外出・外泊は利用者と家族とのコミュニケーションを得る機会とし、可能な限りお持ちください。ただし、外出・外泊については事前に届出用紙の提出が必要となります。
- ・療養中の飲酒については、健康上禁止とさせていただきます。また、当施設は全館禁煙となっております。ご理解のほど宜しくお願いいたします。
- ・施設内の居室や設備・備品は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- ・所持品・備品等の持ち込みは必要最低限とさせていただきます。
- ・金銭・貴重品（必ず職員確認お願いします）の持ち込みは原則的にお断りしております。盗難等のトラブルについては当施設で責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・病院受診については施設医師の許可を得てから情報提供書を持参での受診となります。なお外泊時等無断での受診については全額自己負担となる場合がございます。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備： スプリンクラー、消火器、散水栓、防火シャッター、非常電源設備、緊急連絡網自動転送システムなど防火・防災についての設備を施してあります。
- ・ 防災訓練： 夜間訓練を含め年2回以上実施します。

6. 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、利用者への「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. 要望及び苦情等の相談

当施設に関する相談、要望や苦情など担当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。そのほか、施設内に備えつけられた「ご意見箱」をご利用ください。

（当施設の苦情相談窓口）

電話 098-946-2111 担当支援相談員まで

（沖縄県介護保険広域連合や市町村、国保連合会でも苦情や相談窓口を設けています）

- ・ 沖縄県介護保険広域連合 総務課 電話098-911-7500
- ・ 西原町役場 健康支援課 電話098-945-4791
- ・ 浦添市役所 いきいき高齢支援課 電話098-876-1291
- ・ 那覇市役所 ちゃーがんじゅう課 電話098-867-0111
- ・ 宜野湾市役所 介護長寿課 電話098-893-4411
- ・ 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 電話・FAX 098-860-9026

8. 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。

介護老人保健施設西原敬愛園のご案内

1. 介護保健施設サービスの概要

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、利用者・保証人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。

- ◇ 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、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。
- ◇ 生活サービス：当施設は、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。

2. 利用料金

施設利用料の基本料金（施設利用料 厚生労働省令で決められたとおりです。また、介護保険制度では、要介護度によって利用（基本料金）料金が異なります。

3. 介護保険証の確認

利用説明を行うに当たり、利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。その際、介護保険証や介護保険負担割合証、後期高齢者医療保険証又は健康保険証、介護保険負担限度額認定証等の複写をさせていただいておりますのでご準備ください。

※ 利用開始後、介護保険証等の内容に変更があった場合にはお知らせ願います。

※ 利用者様の住所変更などある際は必ず当施設へ連絡をお願いします。

利 用 料 金 説 明 書

(1) 基本料金

【通常型 特別室・個室】	【通常型 多床室】	【在宅強化型 特別室・個室】	【在宅強化型 多床室】
・要介護1 717円	・要介護1 793円	・要介護1 788円	・要介護1 871円
・要介護2 763円	・要介護2 843円	・要介護2 863円	・要介護2 947円
・要介護3 828円	・要介護3 908円	・要介護3 928円	・要介護3 1,014円
・要介護4 883円	・要介護4 961円	・要介護4 985円	・要介護4 1,072円
・要介護5 932円	・要介護5 1,012円	・要介護5 1,040円	・要介護5 1,125円

* 入所後30日間に限って、上記施設利用料に初期加算（Ⅰ）60円（Ⅱ）30円加算されます。

* サービス提供体制がいずれかに該当する場合は下記の料金が加算されます。

- （Ⅰ）介護職員の総数のうち介護福祉士80%以上または勤続年数10年以上の介護福祉士35%以上 22円/日
- （Ⅱ）介護職員の総数のうち介護福祉士60%以上 18円/日
- （Ⅲ）看護・介護職員の総数のうち常勤75%以上・介護福祉士50%以上 6円/日

* 夜間配置に関して基準を上回る配置を行っている場合 24円/日

* 外泊された場合には、外泊初日と最終日以外は上記施設利用料に代えて算定 362円/日

* 管理栄養士がマネジメント等を行った場合は下記の料金が加算されます。

- ① 栄養ケア計画を作成し、栄養状態を記録、ケア計画を評価・見直している場合 11円/日
- ② 経管により食事をしている利用者に、経口による食事の栄養管理を行った場合 28円/日
- ③ 誤嚥がある利用者に、継続して経口による食事の管理を行なった場合 400円/月
（協力歯科があり、ST（言語聴覚士）等が支援を行った場合は、上記に追加） 100円/月
- ④ 糖尿病食・肝臓食等、特別な場合の検査食が提供された場合（1食6円/朝・昼・夕） 18円/日

* 口腔衛生管理を行った場合は下記の料金が加算されます。

- 1 医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が当該施設の介護職員に対して、利用者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月2回以上行い、口腔ケアマネジメント計画を作成した場合 90円/月
- 2 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の利用者に対して口腔ケアを月2回以上行った場合 110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作成した場合

- （Ⅰ）リハビリテーション計画書情報加算（口腔衛生管理加算（Ⅱ）を算定している方） 53円/月
- （Ⅱ）リハビリテーション計画書情報加算（Ⅰ）以外の方対象 33円/月

* PT・OT・ST等が集中的にリハビリを行なった場合は下記の料金が加算されます。

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）
集中的にリハビリテーションを行い、1月に1回ADL等の評価をおこなった場合 258円/回
- 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）
集中的にリハビリテーションを行った場合 200円/回
- ② 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）
認知症のある利用者に集中的にリハビリテーション行ない居宅等訪問を行った場合 240円/回
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）
認知症のある利用者に集中的にリハビリテーションを行なった場合 120円/回

* 若年性認知症利用者を受け入れた場合 120円/日

* 医師が認知症の行動・心理症状が認められる為、在宅での生活が困難であり、緊急に受け入れを行った場合に、入所した日から起算して7日を限度として 200円/日

* 身体拘束等を行なっていて、理由等を記録していない場合 基本単位10%減算

* 入所前後に居宅等に訪問を行った場合には、下記の料金が加算されます。

- 入所前後訪問指導加算（Ⅰ） 450円/回
- 入所前後に居宅等に訪問し、退所後の支援計画を策定した場合（Ⅱ） 480円/回

* 退所指導等を行った場合には、下記の料金が加算されます。

- ① 試行的退所時指導を行った場合 400円/日
- ② 退所時情報提供加算（Ⅰ）500円/回（退所先が居宅）（Ⅱ）250円/回（退所先が医療機関）

- ③ 入所前後と退所前に居宅支援事業所と連携し連絡調整を行った場合 (I) 600円/回
- ④ 退所前に居宅介護支援事業所と連携し連絡調整を行った場合 (II) 400円
- ⑤ 訪問看護ステーションに対し指示書を交付した場合 300円/回
- * 在宅復帰・在宅療養支援機能の要件に該当する場合は下記の料金が加算されます。
- 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I) (II) 51円/日
- * 肺炎、蜂窩織炎、慢性心不全、尿路感染症、带状疱疹について、投薬、検査、注射、処置を行った場合に1月1回連続する10日間を限度として別途料金が加算されます。
- ① 所定疾患施設療養費 (I) 239円/日
- ② 所定疾患施設療養費 (II) ※医師が感染症対策に関する研修を受講している場合 480円/日
- * 協力医療機関との間で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行っている場合
協力医療機関連携加算 (1) (急変時の相談体制、診療を行う体制、入院を受け入れる体制を確保している。) 50円/月
- * 生産性向上推進体制加算(介護ロボット・IC等のテクノロジーの導入・継続的な活用・利用者の安全、職員負担軽減に資する方策を検討する委員会の開催など行う
(I) 100円/月 (II) 10円/月
- * 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) 10円/月 (II) 5円/月
- * 入所者の褥瘡の発生に係るリスクについて、入所時に評価するとともに、定期的な評価を行い褥瘡管理を行った場合
- ①褥瘡マネジメント加算 (I) 3円/月
- ②褥瘡マネジメント加算 (II) 13円/月
- * 排泄に介護を要する利用者で、排泄にかかる要介護状態を軽減できると判断し、利用者もそれを希望する場合、支援計画の作成と支援を行った場合
- ①排せつ支援加算 (I) 10円/月
- ②排せつ支援加算 (II) 15円/月
- ③排せつ支援加算 (III) 20円/月
- * 医師が入所者ごとに自立支援のために医学的評価を入所時に行い6か月に1回見直しを行い、支援計画等の策定等に参加した場合 300円/月
- * 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の症状など基本的な情報を厚生労働省に提出した場合
- ①科学的介護推進体制加算 (I) 40円/月
- ②科学的介護推進体制加算 (II) 60円/月
- * 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し体制が整備されている場合 20円/月
- * 利用者の容体が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行った場合 518円/日
- * ターミナルケアを行った場合
- 1 医師が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場合
 - 2 利用者又はその家族等の同意を得て利用者のターミナルケアに係る計画が作成されている場合
 - 3 医師、看護師、介護職員等が共同して利用者の状態又は家族の求めに応じ随時説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること
- 死亡日前31～45日 72円/日
- 死亡日前4～30日 160円/日
- 死亡日前2～3日 910円/日
- 死亡日 1,900円/日
- ※退所の翌月に亡くなられた場合に先月分のターミナル加算に係る一部負担の請求をする場合があります

介護職員の賃金改善、人材確保、安定的な介護サービス供給のための加算

＊ 介護職員の賃金改善、人材確保、安定的な介護サービス供給のための加算

①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 ②改善後の賃金年額440万円以上が1人以上
③職場環境の更なる改善、見える化 ④資格や金属年数等に応じた昇給の仕組みの整備 ⑤職場環境の改善
(職場環境等要件) ⑥賃金体系等の整備及び研修の実施等上記に加え、(1) キャリアパス要件Ⅰ～Ⅴを満たしていること (2) 職場環境等要件への取り組み (3) 賃金改善を継続して行うこと (4) さらに、「ケアプランデータ連携システムの利用」「生産性向上推進体制加算の算定」「社会福祉連携推進法人への参加」などの特例要件のいずれかを満たすこと

＊ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ口) 令和年8月6日1日より (基本料金+全ての加算×9.7%) /月
＊ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰイ) 令和年8月6日1日より (基本料金+全ての加算×9.3%) /月

※ 介護負担割合証1～3割に応じた額が利用者負担となります。

(2) その他の料金

① 食費 (1日あたり) 1,850円/日 (課税世帯)
(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日あたり) ・従来型個室 1640円 ・多床室 470円 (非課税430円)
(ただし、居住費について負担限度額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3段階まで) の利用者の自己負担額については、《別添2》をご覧ください。

③ 特別な食事 (希望食の材料費及び調理コスト) 実 費
④ 特別な室料 (1日当たり) 特別室 2,200円/日
⑤ 日常生活費 (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) 400円/日

(日用品費)《別添3》

石鹸、シャンプー、リンス、ティッシュペーパー、タオルペーパー、入浴剤、湯上りローション、ヘアクリーム、おしぼり、バスタオル、歯磨き粉、歯ブラシ、ボディークリーム等の費用

(教養娯楽費)

セロテープ、ハサミ、マジック、クレヨン、フエキのり、色紙、色画用紙、半紙、墨汁、料理サークル材料費、レク材料費等の費用で施設用意するもの。

⑥ 理美容代 実 費
⑦ 私物の洗濯代 (私物の洗濯を依頼される場合にお支払いいただきます)

実費、月上限7,000円

＊ 施設の緊急時 (感染症) 等の際は、感染予防の為、施設長から指示が出た場合は洗濯持ち帰りの利用者・家族様は洗濯委託に切り替わります。

⑧ その他の費用 (下記の費用や手数料などに係るものとして)
個人的に使用する機器等に係る電気代
診断書等の文書の発行に係る費用
残高不足等での引き落としができない場合の手数料 等

(3) 支払い方法

・毎月8日までに前月分の電子請求書を送信 (つながる家族アプリ) 致します。尚、口座引落の方は17日 (土日祝日は翌日) の引落になります。振込の場合は25日までにお振込ください。(つながる家族アプリを確認の上、口座引落・振込をお願いします)

・お支払い方法は、金融機関口座自動引落・振込・の2方法があります。

・口座用紙提出後に金融機関との調整で間に合わない場合は現金支払いとなる場合もあります。

・介護老人保健施設の利用料については、そのほとんどが医療費控除の対象 (日常生活費は除く) となります。

・領収書 (つながる家族アプリ) データーは大切に保管し提出時に紙媒体に切り替えをお願いします。
データー紛失等ある際は再発行可能ですが、別途料金徴収となりますのでご留意下さい。

個人情報利用目的

(令和8年6月1日現在)

介護老人保健施設西原敬愛園では、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は、下記の目的に利用します。

【 施設内での利用 】

- 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
- 入退所等の管理
- 会計・経理
- 当該利用者の介護・医療サービスの向上
- 事故等の報告
- 当施設にて行われる学生の実習・ボランティア等への協力
- 医療・介護の質の向上を目的とした施設内事例研究
- その他、利用者に係る管理運営業務
- 介護現場における生産性の向上に資する取り組みで見守り機器（カメラ設置）導入行い業務改善取り組み行う

【 他の事業者等への情報提供としての利用 】

- 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等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
- 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
- 業務委託先等への心身の状況説明
- ご家族等への心身の状況説明
- 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
- その他、利用者への介護保険事務に関する利用
- 高齢者虐待等に関する届出

【 その他の利用 】

- 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 外部監査機関への情報提供
- 行政機関への情報提供

1. 上記の内容に関しまして、特にお申し出がない場合は、情報の取得及び利用に同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
2. 同意しがたい事項がある場合には、その旨を窓口までお申し出ください。これからのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。
3. また、上記以外の目的で個人情報を利用する場合は、個別に利用者からの同意を得た上で利用いたします。

介護老人保健施設 西原敬愛園 委員会活動

1. 目的

介護老人保健施設西原敬愛園では、勤務する職員が、情報交換や学習を通して、スタッフのスキルアップ・専門性を高め、利用者及びその家族に良質なサービスを提供する事を目的として以下の委員会を設置しております。

2. 委員会の種類

1) 安全対策委員会

施設内で発生した事故、ヒヤリ・ハットの状況の調査、原因分析を行い、事故対応を行います。

2) 身体拘束適正化・虐待防止対策委員会

利用者が尊厳を持って生活できるよう、身体拘束のないケアを行なう為の取り組みを行ないます。また、虐待が発生しないように、虐待や認知症ケアなどの勉強会などの取り組みも行います。

3) 感染症委員会

感染症についての正しい知識の啓発を図り、発生防止と発生後の基本的対応を適切に行なえるよう勉強会を行ないます。

4) 褥瘡対策委員会

日々褥瘡予防にも努めながら、褥瘡が新たに発生しないように勉強会などを行います。

5) 看取り委員会

利用者本人の意思を最大限に尊重しながら、看取りに関する総合的な援助を行ないます。

6) 排泄ケア委員会

利用者の排泄ケアについて、施設では大きな課題を抱えており、利用者も尊厳の保持や睡眠などに関わります。この排泄ケアについて、様々な情報を収集し、利用者が快適な施設生活が送れるように、勉強会などを行います。

【入所時リスク説明書】

入所者： _____ 様 _____ 生年月日 _____ 性別 _____

説明担当者 _____

当施設では利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》 ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 健常者では通常感染しない状態であっても、高齢者は免疫力の低下により疥癬等の感染性皮膚疾患にかかりやすく、悪化しやすい可能性があります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢者は、加齢に伴い肺や気管支等の呼吸器官の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重症化する危険性があります。
- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

- ☐ 認知症は記憶障害や知的機能の低下といった基本症状の他に、心理・行動障害（周辺症状）が出現する場合があります。徘徊や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害を起こす可能性があります。

- ☐ 新型コロナウイルス及び他の感染症リスクがあることを承諾した上で当施設を利用する事に同意します。

《医学的管理・服薬管理に関して》

- ☐ 当施設ご利用（入所）中は、必要に応じて当施設の医師が検査・投薬・処置等を行います。
入所時に薬をご持参された場合、本人の状態に応じて処方内容を調整することがありますのでご了承下さい。
- ☐ 健康補助食品や市販薬を併用している方の場合、薬の効果が変化したり副作用の恐れがあるため、用法・用量の調整や服用の制限をさせて頂くことがありますのでご了承下さい。

入所者の貴施設利用時に事故が発生し事故状況（過失・不可抗力等）によって、**当施設は利用者に対して、損害賠償を負わない事故ケースもあります。**

私は、上記項目について、リスクについて説明を受け、十分に理解しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保証人 _____ 印（続柄 _____）

入 所 利 用 契 約

介護老人保健施設西原敬愛園を入所利用するに当たり、介護老人保健施設入所利用約款書及び重要事項説明書、別紙1、別紙2、別紙3、別紙4、別紙5を受領しこれらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で契約します。

令和 年 月 日

< 利用者 >

ふりがな
氏 名 _____ 印
〒 _____
住 所 _____

< 保証人 ・ 家族代表 >

ふりがな
氏 名 _____ 続柄 () 印
〒 _____
住 所 _____

< 事業者 >

電話番号 _____

施 設 名 介護老人保健施設 西原敬愛園

〒903-0127

住 所 沖縄県中頭郡西原町字徳佐田 1 5 9 - 1

< 連帯保証人 >

ふりがな
氏 名 _____ 続柄 () 印
〒 _____
住 所 _____

施 設 長 名 福 田 秀 基 印

電話番号 _____

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

ふりがな
・氏 名 _____
〒 _____
・住 所 _____ 続柄 ()
・電話番号 (自宅) _____ (職場／携帯) _____

【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1】 家族代表(緊急時・カンファレンス・面談)

ふりがな
・氏 名 _____
〒 _____
・住 所 _____ 続柄 ()
・電話番号 (自宅) _____ (職場／携帯) _____

【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2】

ふりがな
・氏 名 _____
〒 _____
・住 所 _____ 続柄 ()
・電話番号 (自宅) _____ (職場／携帯) _____

【個人情報の取り扱いについて】

サービス担当者会議等、個人情報の提供に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で契約します。

< 利用者 >

氏 名 _____ 印

< 保証人 >

氏 名 _____ 印

入 所 利 用 契 約

介護老人保健施設西原敬愛園を入所利用するに当たり、介護老人保健施設入所利用約款書及び重要事項説明書、別紙1、別紙2、別紙3、別紙4、別紙5を受領しこれらの内容に関して、担当者による説明をうけ、これらを十分に理解した上で契約します。

令和 年 月 日

< 利用者 >

ふりがな

氏 名 _____ 印

〒 _____

住 所 _____

< 保証人 ・ 家族代表 >

ふりがな

氏 名 _____ 続柄 () 印

〒 _____

住 所 _____

< 事業者 >

電話番号 _____

施 設 名 介護老人保健施設 西原敬愛園

〒903-0127

住 所 沖縄県中頭郡西原町字徳佐田 1 5 9 - 1

< 連帯保証人 >

ふりがな

氏 名 _____ 続柄 () 印

〒 _____

住 所 _____

施 設 長 名 福 田 秀 基 印

電話番号 _____

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

ふりがな

・氏 名 _____

〒 _____

・住 所 _____ 続柄 ()

・電話番号 (自宅) _____ (職場／携帯)

【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1】 家族代表(緊急時・カンファレンス・面談)

ふりがな

・氏 名 _____

〒 _____

・住 所 _____ 続柄 ()

・電話番号 (自宅) _____ (職場／携帯)

【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2】

ふりがな

・氏 名 _____

〒 _____

・住 所 _____ 続柄 ()

・電話番号 (自宅) _____ (職場／携帯)

【個人情報の取り扱いについて】

サービス担当者会議等、個人情報の提供に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で契約します。

< 利用者 >

氏 名 _____ 印

< 保証人 >

氏 名 _____ 印

食事・居住費内訳

【R8.6.1 より】

世帯状況	対 象		預貯金額 (夫婦の場合)	個室 居住費	多居室 居住費	入所 食事代	ショート 食事代
第1段階	・生活保護受給者		要件なし	550円	本人負担なし	300円	300円
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。） 全員が市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者		1000万円 (2000万円) 以下				
第2段階	・世帯全員 が非課税	年金収入金額（※）+合計所得金額が 80.9万円以下	650万円 (1650万円) 以下	550円	430円	390円	600円
第3段階①	・世帯全員 が非課税	年金収入金額（※）+合計所得金額が 80.9万円超～120万以下	550万円 (1550万円) 以下	1370円	430円	650円	1,000円
第3段階②	・世帯全員 が非課税	年金収入金額（※）+合計所得金額が 120万円超	500万円 (1500万円) 以下	1370円	430円	1,360円	1,300円
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		-	1,640円	470円	1,850円	1,850円

【R8.8.1 より】

世帯状況	対 象		預貯金額 (夫婦の場合)	個室 居住費	多居室 居住費	入所 食事代	ショート 食事代
第1段階	・生活保護受給者		要件なし	550円	本人負担なし	300円	300円
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。） 全員が市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者		1000万円 (2000万円) 以下				
第2段階	・世帯全員 が非課税	年金収入金額（※）+合計所得金額が 80.9万円以下	650万円 (1650万円) 以下	550円	430円	390円	600円
第3段階①	・世帯全員 が非課税	年金収入金額（※）+合計所得金額が 80.9万円超～120万以下	550万円 (1550万円) 以下	1370円	430円	680円	1,030円
第3段階②	・世帯全員 が非課税	年金収入金額（※）+合計所得金額が 120万円超	500万円 (1500万円) 以下	1470円	430円	1,420円	1,360円
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		-	1,640円	470円	1,850円	1,850円

介護保険の給付対象外の利用料金は以下の通りです

●日常生活費・・・1日当たり 400 円

日用品費内訳（日常生活に通常必要で施設で提供可能な物）

項目・内訳	金額
・タオル（バスタオル／フェイスタオル／ボディタオル）	180 円
・ボディソープ	10 円
・リンスインシャンプー	10 円
・石鹸	10 円
・入浴剤	10 円
・うるおうからだふき	10 円
・ミルキーローション	10 円
・全身用保湿剤	10 円
・ヘアクリーム	10 円
・おしぼり（顔拭き／毎食前／毎食後）	70 円
・ティッシュペーパー	20 円
・タオルペーパー	40 円
・ハンドソープ	10 円
・歯みがき粉	10 円
・ハブラシ（適宜交換）	10 円
・コップ（適宜交換）	10 円
・口腔用保湿剤（オーラルクール／コンクール／うるおいキープ）	10 円
・舌ブラシ（適宜交換）	10 円
・カミソリ（適宜交換）／ひげ剃りジェル	10 円



教養娯楽費（レク活動／趣味活動にかかる施設で用意する物）

実費相当

1日当たり日用品費内訳の金額については

年間実費相当額 ÷ 12(月) ÷ 30(日) ÷ 100(入所定員) に手数料を計上、10円未満の商品については 10円で計上

ご利用にあたって

- ☑ 日用品の購入、準備、補充の手間や持ち込みの荷物が大幅に削減されます。また、高温洗浄されたタオル類も汚れても都度交換可能なため、院内感染防止や利便性向上に最適です
- ☑ 配布の有無・使用量に関わらず1日当たりの算定となります
- ☑ 入所日、退所日も請求に含まれます
- ☑ 上記内容をご確認の上、日用品の利用を希望する場合、入所契約書を以て同意と致します

●理美容委託費・・・カット 1000 円 / 回

●洗濯委託費・・・100g 当たり 80 円 / 月額上限 7000 円

お持ち帰りも可能です。但し施設内で感染症等が発生した場合は感染対策の観点から洗濯持ち帰りの方でも一時的に委託へ切替となります

●その他実費・・・実費相当分

- ・文書代・・・入所証明書、医療費控除証明書、死亡診断書等
- ・外泊時おむつ代・・・2泊3日以上の外泊時におむつをお持ち帰りになる場合、使用した枚数を請求
- ・予防接種代・・・インフルエンザワクチン / コロナワクチン等
- ・その他、ご利用者からの依頼により購入する物品については実費を徴収致します



※ 上記料金は施設利用料と合わせて請求させていただきます