

(令和3年4月改訂)

重要事項説明書

社会福祉法人まなの会
介護老人福祉施設カトレア鈴蘭台

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人まなの会
 (2) 所在地 兵庫県三木市福井字鷹尾1981番1
 (3) 電話番号 0794(83)0088
 FAX番号 0794(83)0014
 (4) 代表者氏名 理事長 稲見直邦
 (5) 設立年月日 平成17年11月24日

2. 施設の概要

- (1) 施設名 介護老人福祉施設カトレア鈴蘭台
 (2) 所在地 兵庫県神戸市北区鈴蘭台北町1丁目21番10
 (3) 建物の構造 耐火建築物
 (本体) 鉄筋コンクリート造、地下1階、地上4階建、塔屋1建
 (エレベーター棟と渡り廊下棟) 鉄骨造、地上3階
 敷地面積 4,049.15㎡
 延べ床面積 3,582.87㎡

(4) 施設の種類の種類

施設の種類の種類	事業所番号	利用定員
介護老人福祉施設	2875003606	30名
短期入所生活介護		10名
介護予防短期入所生活介護		

(5) ユニット・居室

ユニット数	介護老人福祉施設	3ユニット	ユニット各10名
	短期入所生活介護	1ユニット	10名
	介護予防短期入所生活介護		

※胃ろう造設の方は、個別に相談させていただきます。

居室種類	個室（洗面スペース・便所あり）		
居室数	介護老人福祉施設	30室	15.44㎡/26室
	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	10室	15.50㎡/4室
			16.58㎡/2室
			16.80㎡/2室
			16.85㎡/6室

(6) 主な設備

各ユニットに食堂・個浴・便所・洗面設備、1階に自動火災報知器、火災通報装置、地下1階に医務室・特殊浴槽・大浴場

(7) 施設への交通機関

神戸電鉄鈴蘭台駅より約300m（徒歩約5分）

(8) 電話番号 078(592)0077

FAX番号 078(592)0066

(9) 施設長氏名 高階 和洋

3. 事業の目的

事業者は、介護保険法、老人福祉法、および関係法令に基づき、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、施設サービスを提供します。

4. 当施設の運営方針

法人の基本理念である「誰もが人間として尊厳のある生活が送れる」ということを基本とし、契約者の自主性を尊重し地域社会の中で明るく心豊かに生活できるよう個性を大切にしながら支援していきます。

5. 施設の職員体制

管理者	1名	施設の従業者の管理および業務の管理を一元的に行う。
医師	1名	(非常勤) 医師は、契約者の健康管理、保健衛生指導等を行う。
生活相談員	1名	契約者の生活相談にあたる。
介護支援専門員	1名	契約者の施設サービス計画の作成にあたる。
看護職員	2名	契約者の看護にあたる。
介護職員	16名	契約者の介護にあたる。
管理栄養士	1名	契約者に必要な栄養管理を行う。
調理員	若干名	(外部委託) 給食等の提供にあたる。
事務職員	若干名	必要な事務を行う。
管理宿直員	若干名	施設の夜間防災と巡回監視をおこなう。

6. 事業者が提供するサービス

(1) 介護保険給付対象となるサービス

- ①介護サービス…可能な限り自律に向けた介護を提供します。
- ②健康管理…食欲や運動面、服薬管理、血圧測定などの健康管理を致します。
- ③入浴介助…毎週2回以上の入浴を行います。
- ④その他自立への支援…寝たきり防止や生活のリズムを考え、日中の離床に配慮します。

(2) 介護保険給付対象外のサービス

- ①居室の提供
- ②食事の提供
(朝食：8時～、昼食：12時～、おやつ：15時～、夕食18時～)
- ③理美容サービス
- ④事業者が実施するレクリエーション行事

7. 記録の保管

- (1) 事業者は、契約者の施設サービス等提供に関する記録を作成し、記録はその完結の日から5年間保管いたします。
- (2) 事業者は、契約者または身元引受人が前項記録の閲覧・複写を求められた場合は、原則としてこれに応じます。ただし、契約者および身元引受人以外の方からの場合には、必要と認められる場合に限り、これに応じます。

8. サービス利用料金および支払い方法

別表(8ページ)による利用料金を徴収いたします。

お支払いは、毎月利用料金の合計額の請求書および明細書を、毎月10日までに発送しますので、当月25日までに次のいずれかの方法でお支払ください。

領収証は、後日入金確認後に郵送させていただきます。

① 指定口座への振込

姫路信用金庫 三木支店 普通 0109667

社会福祉法人まなの会 理事長 稲見直邦

※振込手数料は、ご負担ください。

② ゆうちょ銀行口座からの自動引落

※引き落とし日は毎月20日です。引き落とし日が土曜、日曜、祝日の場合は翌営業日となります。(20日に引き落としができない場合は25日に再引き落としとなります)

9. 相談・苦情について

当施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口または行政機関等で受け付けます。

【当施設における苦情の専用窓口】

○苦情受付担当者：生活相談員 津川 雅行

連絡先：神戸市北区鈴蘭台北町1丁目21番10
078-592-0077

受付時間：毎日 9：00～17：30

○苦情解決責任者：施設長 高階 和洋

○第三者委員：高東美代子 学識経験者（法人監事）

竹本 慎 高齢者福祉知識経験者（法人評議員）

連絡先：090-3861-9894（第三者委員直通）

※第三者委員は、苦情解決を円滑にするために双方への助言や話し合いへの立ち会い等をいたします。また直接苦情を受け付けることができます。

苦情を受け付けた場合は、苦情解決責任者へ内容を報告し、事実確認をいたします。

内容によっては、契約者、身元引受人等と面談を行い、詳細な聞き取りを致します。その後、苦情解決へ向けて、施設内苦情解決委員会で対応を検討し、苦情解決責任者へ上申、その後解決措置を講じる仕組みとなっております。

契約者のため、速やかに解決を図るよう努めます。

【行政機関等苦情受付機関】

① 神戸市福祉局監査指導部

電話番号：078-322-6242

受付：平日 8時45分～12時、13時～17時30分

② 兵庫県国民健康保険団体連合会（介護サービス苦情相談窓口）

電話番号：078-332-5617

受付：平日 8時45分～17時15分

③ 神戸市消費生活センター（契約についてのご相談）

電話番号：078-371-1221

受付：平日 9：00～17：00

土日祝 10：00～16：00

10. 協力医療機関

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おります。

名称 医療法人社団顕修会 顕修会すずらん病院

所在地 神戸市北区鈴蘭台西町2丁目21-5

名称 なかたに歯科クリニック

所在地 神戸市兵庫区駅前通1丁目32-1

名 称 大郷皮フ科クリニック

所在地 神戸市北区谷上東町13-3

1 1. 非常災害対策

災害時には、「カトレア鈴蘭台 防災計画」に基づき、契約者の安全確保に努めます。

1 2. 緊急時の対応

- (1) 事業者は契約者に対し、施設医師の医学的判断により受診が必要と認める場合、医療機関または歯科医療機関（原則として協力医療機関、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) 事業者は契約者に対し、当施設における施設介護サービスでの対応が困難な状態、または専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的医療機関を紹介します。
- (3) 前2項の他、入所中に契約者の心身の状態が急変した場合、事業者は身元引受人が指定する者に対し緊急に連絡します。

1 3. 身体拘束の禁止

原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束を行いません。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、契約者および身元引受人へ説明をし、同意を得るとともに、その様態および時間、その際の契約者の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 4. 賠償責任

事業者が所有・使用する施設の欠陥や、職員の明らかな不注意が原因で契約者にケガをさせた場合、契約者の所有物を破損した場合には、その損害を賠償します。

ただし、事業者の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

1 5. 身元引受人

- (1) 契約者は、入所に際して、1名以上の身元引受人を定めるものとする。但し、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合にはやむを得ないが、身元引受人又は成年後見人が早期に立てられるよう努力を行う。
- (2) 身元引受人は、本契約に基づく契約者の事業者に対する一切の責務・債務につき、契約者と連動して300万円を限度としてその履行の責任を負う。

(3) 身元引受人は、前項の責任の他、次に定める責任を負う。

- ①契約者が疾病等により医療機関に入院する場合は、入退院・手術の同意等の手続き、費用精算、入院中の世話、医師との連携などを円滑に遂行すること。
- ②本契約が終了した場合は、事業者と協力して契約者の状態に応じた受け入れ先を確保すること。
- ③契約者が死亡した場合又はその他の事由で契約が終了した場合は、速やかに身柄及び残置品等の引き取りなど必要な処置を行うこと。
- ④身元引受人が、本契約上の身元引受人としての義務の履行が不可能または著しく支障をきたす事由が生じた場合、契約者は、新たな身元引受人を選定し、事業者に対して書面にて届出するとともに、書面にて変更確認を行う。
- ⑤事業者は、身元引受人が利用料金の変更、施設サービス計画の変更等の通知を希望する場合は通知を行う。

1 6. 個人情報保護等

- (1) 事業者およびサービス従事者は、施設サービスを提供するにあたって知り得た契約者および身元引受人に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩いたしません。また、サービス従事者が退職した場合においても、これらは継続するものといたします。
- (2) 事業者は、契約者に関して医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 事業者は、入所契約書第5条に定める契約者の円滑な退所のための援助を行う場合に、契約者に関する情報を提供する際には、身元引受人の同意を得るものとします。

1 7. 施設を退所していただく場合

次の場合には、当施設を退所していただきます。

- (1) 契約者が要介護認定において、自立または要支援1・2、と認定された場合。また、要介護1・2と認定された場合には、「神戸市 特別養護老人ホーム入所調査票」特例入所に該当する事由がない場合。
- (2) 事業の廃止や縮小により、施設サービスの提供が困難となった場合。
この場合、事前に解約の理由を通知し、解約を通告するものとします。
- (3) 契約者の病状、心身状態等が著しく悪化し、入院が必要となり、その期間が3ヶ月を超えると判断された場合。
この場合、事前に解約の理由を通知し、解約を通告するものとします。
- (4) 契約者が、当施設の職員または他の利用者等に対し、利用継続が困難となる程度の

背信行為または反社会的行為を行った場合。

この場合、事前に解約の理由を通知し、解約を通告するものとします。

- (5) 契約者および身元引受人が、本契約に定める利用料金を1ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、督促日から10日以内に支払わない場合。

この場合、1ヶ月前に解約の理由を通知し、解約を通告するものとします。

- (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、当施設を利用することができない場合。
- (7) 契約者が死亡した場合。
- (8) 契約者および身元引受人から、退所の申し出があった場合。

18. 利用の留意点

施設サービスのご利用にあたって、下記の事項をお守りください。

- (1) 面会時間 9:00～18:00 (18時に正面、B1 玄関を施錠いたします)
- * 来訪の際は、受付にて必ず記名をお願いします。
- (2) 外出・外泊される場合は、できる限り3日前までにお申し出ください。また、「外出・外泊届」をご提出ください。
- * 外泊を3日前までにお伝えいただけなかった/場合、外泊日数によっては食費等をいただく場合がありますのでご了承ください。
- (3) 施設内での喫煙・火気の取扱い・飲酒は禁止します。
- (4) 施設内の秩序、風紀を乱す行為、または安全衛生を害する行為は禁止します。
- (5) 所持品備品等の持ち込みは、日常生活に必要な最小限のものとしてください。また高価な貴重品、刃物等の危険物は持ち込むことはできません。
- (6) クリーニングの必要な衣類等については、原則施設では取り扱いいたしません。持ち込まれる場合は、事業者はその扱いについて一切の責任を負いません。身元引受人等で対応をお願いします。
- (7) 施設内での政治活動、宗教活動は禁止します。
- (8) 施設内へのペット等の生き物の持ち込みは禁止します。

別表

1. 施設利用について

経過的ユニット型小規模介護福祉施設サービス費（Ⅰ）

① 介護保険給付単位

単位：単位

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 日の場合	7 4 7 単位	8 1 3 単位	8 8 5 単位	9 5 0 単位	1 0 1 5 単位

② 各種加算

次のいずれか	<input type="checkbox"/> 日常生活継続支援加算	4 6 単位／日
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 2 単位／日
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 8 単位／日
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位／日
<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ ユニット型（経過的小規模）		1 8 単位／日
<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ ユニット型（経過的小規模）		2 1 単位／日
<input type="checkbox"/> 看護体制加算（Ⅰ）ロ		4 単位／日
<input type="checkbox"/> 看護体制加算（Ⅱ）ロ		8 単位／日
<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算		1 1 単位／日
<input type="checkbox"/> 再入所時栄養連携加算（1 回に限り）		2 0 0 単位／回
<input type="checkbox"/> 経口移行加算		2 8 単位／日
<input type="checkbox"/> 経口維持加算（Ⅰ）（対象者のみ）		4 0 0 単位／月
<input type="checkbox"/> 経口維持加算（Ⅱ）（対象者のみ）		1 0 0 単位／月
<input type="checkbox"/> 療養食加算（対象者のみ）		6 単位／回
<input type="checkbox"/> 初期加算（最初の 3 0 日間）		3 0 単位／日
<input type="checkbox"/> 若年性認知症受入加算		1 2 0 単位／日
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算（Ⅰ）		3 単位／日
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算（Ⅱ）		4 単位／日
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算 （入所日から 7 日を限度）		2 0 0 単位／日
<input type="checkbox"/> 入院・外泊加算		2 4 6 単位／日

(入院・外泊時のみ、月に6日を限度)	
<input type="checkbox"/> 看取り介護加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 看取り介護加算(Ⅱ)	72単位/日(Ⅰ、Ⅱ) (死亡日以前31日～45日)
	144単位/日(Ⅰ、Ⅱ) (死亡日以前4～30日)
	680単位/日(Ⅰ) 780単位/日(Ⅱ) (死亡日の前日・前々日)
	1,280単位/日(Ⅰ) 1,580単位/日(Ⅱ) (死亡日)
<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90単位/月
<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110単位/月
<input type="checkbox"/> 自立支援促進加算	300単位/月
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(Ⅰ)	12単位/日
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位/日
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位/月
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位/月
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位/月
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算(Ⅱ)	60単位/月/
<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位/月
<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算(Ⅱ)	15単位/月
<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算(Ⅲ)	20単位/月
<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3単位/月
<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位/月
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40単位/月
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50単位/月
<input type="checkbox"/> 退所前訪問相談援助加算	460単位/2回まで
<input type="checkbox"/> 退所後訪問相談援助加算	460単位/1回まで
<input type="checkbox"/> 退所時相談援助加算	400単位/1回まで
<input type="checkbox"/> 退所前連携加算	500単位/1回まで
<input type="checkbox"/> 在宅・入所相互利用加算	40単位/日
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に

	8. 3%を乗じた単位
<input type="checkbox"/> 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に 2. 7%を乗じた単位

2. 施設利用料金について

本施設所在する神戸市は、地域区分「4級地」に区分され、介護報酬単価は1単位10,54円で計算されます。

（この計算法は介護保険制度改正により、変更の可能性があります）

※下記表は1割負担の試算です。

ユニット型小規模介護福祉施設サービス費（Ⅰ）

① 介護保険料

単位：円

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日	787円	857円	933円	1,000円	1,070円

② 各種加算料

次のいずれか	<input type="checkbox"/> 日常生活継続支援加算	49円/日
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	23円/日
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	19円/日
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円/日
<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ ユニット型（経過的小規模）		19円/日
<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ ユニット型（経過的小規模）		23円/日
<input type="checkbox"/> 看護体制加算（Ⅰ）ロ		5円/日
<input type="checkbox"/> 看護体制加算（Ⅱ）ロ		9円/日
<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算		12円/日
<input type="checkbox"/> 再入所時栄養連携加算（1回に限り）		210円/月
<input type="checkbox"/> 経口移行加算		30円/日
<input type="checkbox"/> 経口維持加算（Ⅰ）（対象者のみ）		422円/月
<input type="checkbox"/> 経口維持加算（Ⅱ）（対象者のみ）		106円/月
<input type="checkbox"/> 療養食加算（対象者のみ）		7円/回
<input type="checkbox"/> 初期加算（最初の30日間）		32円/日

<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 (I)	4 円/日
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 (II)	5 円/日
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入所日から7日を限度)	2 1 1 円/日
<input type="checkbox"/> 入院・外泊加算 (入院・外泊時のみ、月に6日を限度)	2 6 0 円/日
<input type="checkbox"/> 看取り介護加算 (I) <input type="checkbox"/> 看取り介護加算 (II)	7 6 円/日 (I、II) (死亡日以前45日~31日)
	1 5 2 円/日(I) (II) (死亡日以前30~4日)
	7 1 7 円/日 (I) 8 2 3 円/日 (II) (死亡日の前々日・前日)
	1 3 5 0 円/日 (I) 1 6 6 6 円/日 (II) (死亡日)
<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算 (I)	9 5 円/月
<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算 (II)	1 1 6 円/月
<input type="checkbox"/> 自立支援促進加算	3 1 6 円/月
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I)	1 3 円/日
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (II)	2 1 円/日
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算(I)	1 0 5 円/月
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算(II)	2 1 1 円/月
<input type="checkbox"/> ADL 維持等加算(I)	3 2 円/月
<input type="checkbox"/> ADL 維持等加算(II)	6 3 円/月
<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算(I)	1 1 円/月
<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算(II)	1 6 円/月
<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算(III)	2 1 円/月
<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメント加算(I)	3 円/月
<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメント加算(II)	1 1 円/月
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 (I)	4 2 円/月
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 (II)	5 3 円/月
<input type="checkbox"/> 退所前訪問相談援助加算	4 8 5 円/2回まで

<input type="checkbox"/> 退所後訪問相談援助加算	485円／1回まで
<input type="checkbox"/> 退所時相談援助加算	422円／1回まで
<input type="checkbox"/> 退所前連携加算	527円／1回まで
<input type="checkbox"/> 在宅・入所相互利用加算	43円／日
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に 8.3%を乗じた単位
<input type="checkbox"/> 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に 2.7%を乗じた単位

*下記表は、上記①と②の各種加算の内、毎月主に加算されるものとして（日常生活支援加算、夜勤職員配置加算、看護体制加算Ⅰ、栄養マネジメント強化加算、生活機能向上連携加算、）を計上しています。実際の請求額とは差が生じることがあります。

*H27年8月より一定以上所得者の「利用者負担割合」が2割に引き上げられました。

*H30年8月より現役並みの所得のある者の「利用者負担割合」が3割に引き上げられました。

必ず介護保険負担割合証をご確認下さい。

単位：円

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
28日の場合	30,324円 (1割)	32,284円 (1割)	34,412円 (1割)	36,288円 (1割)	38,248円 (1割)
	60,648円 (2割)	64,568円 (2割)	68,824円 (2割)	72,576円 (2割)	76,496円 (2割)
	90,972円 (3割)	96,852円 (3割)	103,236円 (3割)	108,864円 (3割)	114,744円 (3割)
30日の場合	32,490円 (1割)	34,590円 (1割)	36,870円 (1割)	38,880円 (1割)	40,980円 (1割)
	64,980円 (2割)	69,180円 (2割)	73,740円 (2割)	77,760円 (2割)	81,960円 (2割)
	97,470円 (3割)	103,770円 (3割)	110,610円 (3割)	116,640円 (3割)	122,940円 (3割)

*「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方は、必ず利用時にご提示ください。介護保険負担限度額認定者の該当については、各市町の介護保険担当課へお問い合わせください。ただし、居住費についてはご負担いただく場合があります。(※下記4参照)

*平成28年8月から①住民税非課税世帯でも、世帯分離している配偶者が 住民税課税者②住民税課税世帯(世帯分離している配偶者も住民税非課税)でも、預貯金が一定額(単身1,000万円、夫婦2,000万円)を超える①②のいずれかに該当する場合、特定入所者介護サービス費等の給付の対象にはなりません。

*食費・部屋代の利用者負担段階の判定に用いる収入には課税年金(老齢年金等)収入のみでしたが、平成28年8月～は非課税年金(遺族年金と障害年金)収入も含まれます。

4. 外泊・入院中について

契約者が外泊、または入院された時にお部屋を確保している場合、「居住に要する費用」は徴収させていただきます。その際、介護保険負担限度額認定者は、外泊加算(260円/日、外泊・入院した日の翌日から6日間)算定時は通常の負担限度額(第1～3段階に応じて)を、それ以外の期間は、1,000円/日を徴収いたします。

なお、身元引受人の同意を得て、入院期間中の空き部屋を短期入所生活介護入所者または介護予防短期入所生活介護入所者に利用させていただく事があります。この場合、利用させていただいた期間の居住費は徴収いたしません。その際の荷物の保管等については、その都度ご相談させていただきます。

6. 合計ご利用料金

高額介護サービス費について

【見直しの概要】

ア 第4段階(一般的な課税世帯の世帯員が該当)の月額上限が37,200円から44,400円に引き上げられました【H29年8月～実施済】

イ 第4段階で世帯内の全ての被保険者が1割負担の世帯については、新たに、自己負担額の年間(前年の8月1日から7月31日までの間)の合計額に対して446,400円(37,200円×12ヶ月)の負担上限額が設定されます(3年間の時限措置。平成29年8月1日からの1年間分の自己負担額から)【平成30年8月以降に実施】

【年間上限の対象】

7月31日を基準日とし、当該基準日において第4段階である世帯であって、世帯内の全ての被保険者が1割負担者の世帯が対象です、したがって、基準日時点において、世帯内の被保険者に2割負担者がいる世帯および第5段階の世帯については、年間上限の対象外となります。対象者には申請勧奨を行います。既に月ごとの高額介護(予防)サービス費について支給実績のある被保険者に対しては、申請不要とする予定。

単位：円（30日で計算）

第4段階／第5段階 ※介護保険自己負担額は、高額介護サービス費の適応により
44,400円/月が上限です。

介護度	介護保険料 (円)	食費 1,520円 ×30日	居住費 3,000円× 30日	その他費用	合計
要介護 1	32,490円 (1割) 64,980円 (2割) 97,470円 (3割)	45,600	90,000	実費	168,090円+ 実費(1割) 200,582円+ 実費(2割) 233,070円+ 実費(3割)
要介護 2	34,590円 (1割) 69,180円 (2割) 103,770円 (3割)	45,600	90,000	実費	170,190円+ 実費(1割) 204,780円+ 実費(2割) 239,370円+ 実費(3割)
要介護 3	36,870円 (1割) 73,740円 (2割) 110,610円 (3割)	45,600	90,000	実費	172,470円+ 実費(1割) 209,340円+ 実費(2割) 246,210円+ 実費(3割)
要介護 4	38,880円 (1割) 77,760円 (2割) 116,640円 (3割)	45,600	90,000	実費	174,480円+ 実費(1割) 213,360円+ 実費(2割) 252,240円+ 実費(3割)
要介護 5	40,980円 (1割) 81,960円	45,600	90,000	実費	176,580円+ 実費(1割) 217,560円+

	(2割) 122,940円 (3割)				実費(2割) 258,540円+ 実費(3割)
--	--------------------------	--	--	--	-------------------------------

第3段階※介護保険自己負担額は、高額介護サービス費の適応により
24,600円/月が上限です。

介護度	介護保険料 (円)	食費 650円× 30日	居住費 1,310円× 30日	その他費用	合計
要介護1	32,490	19,500	39,300	実費	91,290円+ 実費
要介護2	34,590	19,500	39,300	実費	90,390円+ 実費
要介護3	36,870	19,500	39,300	実費	95,670円+ 実費
要介護4	38,880	19,500	39,300	実費	97,680円+ 実費
要介護5	40,980	19,500	39,300	実費	99,780円+ 実費

第2段階※介護保険自己負担額は、高額介護サービス費の適応により
15,000円/月が上限です。

介護度	介護保険料 (円)	食費 390円× 30日	居住費 820円×30 日	その他費用	合計
要介護1	15,000	11,700	24,600	実費	51,300円+ 実費
要介護2	15,000	11,700	24,600	実費	51,300円+ 実費
要介護3	15,000	11,700	24,600	実費	51,300円+ 実費
要介護4	15,000	11,700	24,600	実費	51,300円+ 実費
要介護5	15,000	11,700	24,600	実費	51,300円+ 実費

第1段階※介護保険自己負担額は、高額介護サービス費の適応により
15,000円/月が上限です。

介護度	介護保険料 (円)	食費 300円× 30日	居住費 820円×30 日	その他費用	合計
要介護 1	15,000	9,000	24,600	実費	48,600円+ 実費
要介護 2	15,000	9,000	24,600	実費	48,600円+ 実費
要介護 3	15,000	9,000	24,600	実費	48,600円+ 実費
要介護 4	15,000	9,000	24,600	実費	48,600円+ 実費
要介護 5	15,000	9,000	24,600	実費	48,600円+ 実費

介護老人福祉施設カトレア鈴蘭台ご利用にあたり、契約者または身元引受人に対し、契約書および本書に基づいて、重要事項を説明しました。本書3通を作成し契約者、身元引受人、事業者が記名捺印のうえ各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

【事業者】

住 所 〒651-1111
兵庫県神戸市北区鈴蘭台北町1丁目21番10
事業者名 社会福祉法人まなの会
介護老人福祉施設カトレア鈴蘭台
施設長 高 階 和 洋 ㊟

説 明 者 _____ ㊟

説明した場所 [_____]

時間 [_____ : _____ ~ _____ : _____]

【契約者】

住 所 〒

氏 名 _____ ㊟

【身元引受人】

住 所 〒

氏 名 _____ ㊟

契約者との続柄 [_____]

連絡先 (_____)

携 帯 (_____)

介護保険外の支払いに係る同意書

私は、介護老人福祉施設カトリア鈴蘭台へ入所するにあたり、以下に記載する介護保険外の支払いについて同意します。

1. 緊急時の対応（昼夜）について

協力医療機関以外の病院受診 2,000円/回（税込）（往復・ご家族の同伴が必要です）
片道1,000円/回（税込）

※事業所から片道30分以内もしくは15km以上30km未満に限る。有料道路を利用する場合はその実費。

2. 実費費用について

下記表記の金額は全て税込み価格

<input type="checkbox"/> 死亡診断書	5,500円
<input type="checkbox"/> エンゼルセット	5,500円
<input type="checkbox"/> エンゼルケア	16,500円
<input type="checkbox"/> 個人専用の家電の電気代 例；(冷蔵庫持ち込み、在宅酸素、空気清浄機等)	実費ご負担分
<input type="checkbox"/> 家族室使用料	3,300円/日 (1名様分)
<input type="checkbox"/> その他(行事、レクリエーションへの参加にかかる費用)	実費ご負担分
<input type="checkbox"/> 理美容代(カット)	1,800円/回
<input type="checkbox"/> カット+顔そり	2,300円/回
<input type="checkbox"/> 毛染め(カラー)	3,000円/回
<input type="checkbox"/> コピー代	10円/枚
<input type="checkbox"/> 特別な食事(外食等)	実費ご負担分

* その他、医療費、薬代、嗜好品、文章費、クリーニング代その他の日常生活費にかかる費用等をご負担いただきます。

個人情報使用同意書

私（及び私の家族と身元引受人）の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1, 使用する目的

私のサービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、計画作成担当者と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2, 使用する期間

令和 年 月 日 から 契約満了日まで

3, 条 件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

「介護保険外の支払いに係る同意書」「個人情報使用同意書」について、説明を受け了承し、次のとおり署名します。

令和 年 月 日

社会福祉法人まなの会

介護老人福祉施設カトリア鈴蘭台

施設長 高 階 和 洋 様

契約者

住所 _____

氏名 _____ ㊞

代理人

住所 _____

氏名 _____ ㊞

家族代表

住所 _____

氏名 _____ ㊞

身元引受人

※身元引受人が家族でない場合

住所 _____

氏名 _____ ㊞