

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター

介護予防短期入所療養介護

短期入所療養介護サービス

重要事項説明書

公益財団法人横浜市総合保健医療財団

重要事項説明書

1 施設の概要

(1) 事業者

- ・ 事業者の名称 公益財団法人横浜市総合保健医療財団
- ・ 主たる事務所の所在地 横浜市港北区鳥山町1735番地
- ・ 代表者の氏名 理事長 戸塚 武和
- ・ 電話番号 045-475-0001

(2) 施設の名称等

- ・ 施設の名称 横浜市総合保健医療センター
- ・ 開設年月日 平成4年10月1日
- ・ 所在地 横浜市港北区鳥山町1735番地
- ・ 介護保険指定番号
短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護 1470902592
- ・ 施設長の氏名 塩崎 一昌
- ・ 電話番号 045-475-0001
- ・ ファクシミリ番号 045-475-0002

(3) 入所定員等

- ・ 定員：71人（介護保険施設サービス及び短期入所療養介護）
- ・ 療養室： 個室：11室 4人室：15室

(4) 職員体制

医師：1人	看護職員：9人	介護職員：24人
管理栄養士：1人	理学療法士：1人	作業療法士：1人
介護支援専門員：1人	支援相談員：1人	薬剤師：1人
調理員：必要数（委託）	事務員：3人	

(5) 併設サービス

- ・ 介護老人保健施設サービス（短期入所療養介護含む：71床）
- ・ 通所リハビリテーション（20人）
- ・ 介護医療院サービス（短期入所療養介護含む：19床）

2 サービス内容

ご利用者及びご家族の希望を反映した居宅サービス計画に基づいて、サービスを提供します。

(1) ケアサービス

① 診療

心身の状態に照らして、療養上妥当適切な診療を行います。

② 看護及び医学的管理下における介護

健康状態の把握及び利用者の日常生活全般にわたる看護・介護を行います。

③ 機能訓練

集団リハビリテーションを中心に日常生活で必要なリハビリテーションを行います。

また、指導、相談においては専門職が対応します。

④ 栄養管理

栄養状態を把握し、摂食・嚥下機能及び食事の形態にも配慮します。

(2) 生活サービス

① 食事

朝食： 8：00～ 9：00

昼食： 12：00～13：00

夕食： 18：00～19：00

* 食事は原則食堂でおとりいただきますが、体調等により療養室等でも可能です。

② 入浴

基本的に週2回入浴していただきます。なお、身体状況に応じて清拭に変更する場合があります。

③ 行事・レクリエーション

季節毎の行事と、プログラムに沿ったレクリエーションを行います。

④ 理美容

月4回程度、ご希望により理美容サービスが利用できます。

* 理美容サービスは、別途料金がかかります。

⑤ 売店

営業時間：平日 10：00～16：00

3 協力医療機関等

当センターでは、利用者の状態が急変した場合には、下記の医療機関病院に協力をいただいていますので、速やかに対応をお願いするようにしています。また、状況に応じ協力医療機関以外の医療機関にも対応をお願いすることがあります。

【協力病院】

横浜市北東部中核施設横浜労災病院	
所在地	横浜市港北区小机町3211番地
電話番号	045-474-8111
診療科目	内科 呼吸器科 整形外科 形成外科 リハビリテーション科 消化器科 外科 小児科 耳鼻咽喉科 眼科 歯科口腔外科 泌尿器科 皮膚科 産婦人科 神経内科 脳神経外科 心臓血管外科 循環器科 心療内科
医療法人 五星会 菊名記念病院	
所在地	横浜市港北区菊名4丁目4番27号
電話番号	045-402-7111
診療科目	内科 外科 脳神経外科 心臓血管外科 循環器科 呼吸器科 整形外科 消化器科 放射線科 泌尿器科 皮膚科 アレルギー科 麻酔科
医療法人 三星会 大倉山記念病院	
所在地	横浜市港北区樽町1丁目1番23号
電話番号	045-531-2546
診療科目	内科 外科 整形外科 泌尿器科 眼科 婦人科 脳神経外科 皮膚科

【協力歯科医療機関】

一般社団法人横浜市歯科医師会 横浜市歯科保健医療センター	
所在地	神奈川県横浜市中区相生町6丁目107
電話番号	045-201-7737
診療科目	歯科
マメド鈴木歯科医院	
所在地	神奈川県横浜市港北区大豆戸町480-1
電話番号	045-430-5160
診療科目	歯科

4 入所中の受診等について

入所中は当センター医師が主治医となりますので、入所中の薬は当センターで処方します。他の医療機関への受診の必要性についても、当施設の医師が判断します。必ず当センター医師の許可を得たうえ、診療状況に関する情報提供を持参して受診してください。また、外出・外泊時における受診も同様です。

5 事故発生時の対応

- ① サービス提供等により事故が発生した場合には、利用者に対し適切な処置を講じます。また、ご家族へ事故発生状況、ご利用者の状態を連絡し、その後も必要に応じて随時経過をお伝えします。
- ② 事故の状況及び事故に際してとった措置を記録、保管するとともに、事故の要因分析を行い再発防止に努めます。
- ③ 行政機関に対し、事故の状況及び事故に際してとった措置を報告いたします。

6 施設利用にあたっての留意事項

① 面会

- ・ 面会時間 原則10:00～20:00
- ・ 面会時は必ず面会届にご記入ください。
- ・ 横浜市港北区や近隣地域でインフルエンザなどの感染症が流行した場合には、面会者や面会時間等について制限をすることがありますので、予めご了承ください。

② 外出

- ・ 外出の際には、日時・行き先などを所定の用紙にご記入の上、職員にお申し出ください。また、必ず家族等が付き添ってください。
- ・ 外出に際し、食事を召し上がらない場合につきましてもお申し出ください。食事に関するお申し出をいただいた時間によっては、料金が発生する場合があります。

③ 喫煙・飲酒

- ・ 喫煙につきましてはご相談ください。
- ・ 飲酒につきましては、原則できないことになっています。

④ 貴重品の管理

- ・ 不要な貴重品の持ち込みはご遠慮ください。

- ・ やむを得ない場合は、一時的に施設で保管します。その場合は、所定の書類を提出していただきます。

⑤ 動物飼育

- ・ 施設内へのペット等の持ち込み及び飼育はご遠慮ください。

⑥ 禁止行為等

施設内での次の行為は禁じられています。

- ・ 宗教や習慣の違いなどで他人を排撃し、または自己の利益のために他人の自由を侵すこと
- ・ 施設内での宗教活動及び政治活動
- ・ 喧嘩もしくは口論、泥酔、騒音など他の利用者等に迷惑を及ぼすこと
- ・ 故意に施設もしくは物品を破損したり、施設外に持ち出すこと
- ・ 金品または品物によって賭事をする事
- ・ 施設内の秩序を乱したり、安全衛生を害すること
- ・ 無断で物品の位置を変えたり形状を変えること

*上記の違反行為により、他の利用者や施設の物品等に被害が生じた場合は、賠償責任が発生することがあります。

7 非常災害対策

- ・ 防災設備：スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知器等
- ・ 防災訓練：年2回

8 利用料金

別紙のとおり

9 支払方法

利用した翌月の中旬に請求書を郵送しますので、当センター会計窓口または金融機関（郵便局は除く）にてお支払いください。また、登録をすることで口座引き落としによる支払もご利用になれます。

10 身体拘束

施設は、原則として利用者に対し身体拘束は行いません。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とともに、施設が利用者又は代理人に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間等について、十分説明し、同意を得ることとします。

11 秘密の保持および個人情報の保護

- (1) 当センターにおけるすべての職員は、「公益財団法人横浜市総合保健医療財団の保有する個人情報の保護に関する規程」に基づき、業務上知り得た利用者またはその家族等に関する個人情報を漏らすことがないように秘密を保持します。但し、次の各号についての情報提供については、当センターは利用者および代理人から予め同意を得たうえで行うこととします。

ア 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

イ 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この

場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

ウ 利用者の離棟時等、生命・身体の保護のための警察並びに公共交通機関等への連絡及び捜索協力依頼等。

また、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。

ア サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等

イ 居宅介護支援事業所等との連携

ウ 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

エ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等

オ 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）

カ 高齢者虐待等を発見した場合の市町村への連絡

(2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様とする。

12 苦情申し立て

サービスに関する相談・苦情の常設窓口として、次のとおり職員を配置しています。

受付担当者	総合相談室相談支援担当係長 看護部介護老人保健施設係看護担当係長 看護部介護老人保健施設係一般棟担当係長 看護部副看護部長兼介護医療院係長	藤 嶋 享 飯 島 崇 暁 三 輪 久美子 山 田 陽 子
責任者	総合相談室長	飯 塚 英 里
電話番号	045-475-0103	
ファクシミリ番号	045-475-0101	
対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 8:45～17:15	

次の公的機関においてもサービスに関する相談・苦情ができます。

横浜市 健康福祉局 高齢施設課	所在地	横浜市中区本町6-50-10
	電話番号	045-671-3923
	ファクシミリ番号	045-641-6408
	対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 8:45～17:15

港北区役所 福祉保健セ ンター 介護保険担 当	所在地	横浜市港北区大豆戸町26番1号
	電話番号	045-540-2325
	ファクシミリ番号	045-540-2396
	対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 8:45～17:15
神奈川県国 民健康保険 団体連合会	所在地	横浜市西区楠町27番1号
	電話番号	045-329-3447
	ファクシミリ番号	045-329-3446
	対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 9:00～17:00
かながわ福 祉サービ ス運営適正 化委員会	所在地	横浜市神奈川区反町3丁目17番2号
	電話番号	045-311-8861
	ファクシミリ番号	045-312-6302
	対応時間	月～金曜日 (祝日及び12/29～1/3を除く) 9:00～17:00

13 賠償責任について

サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により、入所者の生命・身体及び財産等を傷つけた場合にはその範囲において入所者に対しその損害を賠償します。ただし、その損害の発生については、入所者が故意または過失が認められる場合には、その程度に応じて施設の損害賠償責任は軽減されます。センターは、サービス提供により事故が発生した場合に備えて、損害賠償保険に加入するものとします。

14 損害賠償責任保険の加入状況

保険会社 : 東京海上日動火災保険株式会社
 保険名 : 賠償責任保険
 補償の概要 : 1事故につき100,000千円

15 職員の質の確保

当センターでは職員の質の確保のために、職員に対し定期的に各種研修会を実施し質向上に取り組んでいます。

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (ショートステイ・多床室)

対象者		区分
生活保護受給者		<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階
世帯全員が市町村民税非課税	高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階
	本人の預貯金等の合計額が650万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,650万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階①
	本人の預貯金等の合計額が550万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,550万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②
	本人の預貯金等の合計額が500万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,500万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円超の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階
上記以外の方		<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階

<基本表>

(単位:円)

要介護	区分	基本料(単位)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)(単位)	夜勤職員配置加算(単位)	サービス提供体制強化加算(I)(単位)	小計(単位)	居住費(円)	食費(円)	※日合計(円)	※週合計(円)
要支援1	1	613	51	24	22	710 (762円)	0	300	1,062	7,434
	2						430	600	1,792	12,544
	3①						430	1,000	2,192	15,344
	3②						430	1,300	2,492	17,444
	4						437	1,445	2,644	18,508
要支援2	1	774	51	24	22	871 (934円)	0	300	1,234	8,638
	2						430	600	1,964	13,748
	3①						430	1,000	2,364	16,548
	3②						430	1,300	2,664	18,648
	4						437	1,445	2,816	19,712
1	1	830	51	24	22	927 (994円)	0	300	1,294	9,058
	2						430	600	2,024	14,168
	3①						430	1,000	2,424	16,968
	3②						430	1,300	2,724	19,068
	4						437	1,445	2,876	20,132
2	1	880	51	24	22	977 (1,048円)	0	300	1,348	9,436
	2						430	600	2,078	14,546
	3①						430	1,000	2,478	17,346
	3②						430	1,300	2,778	19,446
	4						437	1,445	2,930	20,510
3	1	944	51	24	22	1,041 (1,116円)	0	300	1,416	9,912
	2						430	600	2,146	15,022
	3①						430	1,000	2,546	17,822
	3②						430	1,300	2,846	19,922
	4						437	1,445	2,998	20,986
4	1	997	51	24	22	1,094 (1,173円)	0	300	1,473	10,311
	2						430	600	2,203	15,421
	3①						430	1,000	2,603	18,221
	3②						430	1,300	2,903	20,321
	4						437	1,445	3,055	21,385
5	1	1,052	51	24	22	1,149 (1,232円)	0	300	1,532	10,724
	2						430	600	2,262	15,834
	3①						430	1,000	2,662	18,634
	3②						430	1,300	2,962	20,734
	4						437	1,445	3,114	21,798

※日合計・週合計は、横浜地域の1単位当たり10,722円で計算し、その1割の自己負担額に居住費と食費を加算して算出しています。経管栄養の場合はご本人の体調によって1日の食事の回数が変わることがありますが、原則として3食分の料金をいただくことになります。

<主な各種加算等>

介護保険		介護保険以外	
<input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算(1日につき)	240単位	<input type="checkbox"/> おやつ代	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算(1日につき)	76単位	<input type="checkbox"/> 日常生活品費(フェイスタオル・おしぼりタオル・ペーパータオル・ハンドソープ等)	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日につき)(7日間を限度)	200単位		
<input type="checkbox"/> 緊急短期入所受入加算(1日につき)	90単位		
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 総合医学管理加算(1日につき)(10日間を限度)	275単位		
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算(1月につき)	50単位		
<input type="checkbox"/> 療養食加算(1回)	8単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(I)(1日につき)	3単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(II)(1日につき)	4単位		
<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理(1日につき)	518単位	<input type="checkbox"/> 教養娯楽費	100円/日
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(I)(1月につき)	100単位	<input type="checkbox"/> その他消耗品等	実費相当額
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(II)(1月につき)	10単位		
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数の1000分の97		

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1日当たりの概算自己負担金 約 円(入所中に加算が追加される場合があります)

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (ショートステイ・多床室)

対象者		区分
生活保護受給者		<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階
世帯全員が市町村民税非課税	高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階
	本人の預貯金等の合計額が650万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,650万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階①
	本人の預貯金等の合計額が550万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,550万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②
	本人の預貯金等の合計額が500万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,500万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円超の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階
上記以外の方		<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階

<基本表>

(単位:円)

要介護	区分	基本料(単位)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)(単位)	夜勤職員配置加算(単位)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(単位)	小計(単位)	居住費(円)	食費(円)	※日合計(円)	※週合計(円)
要支援1	1	613	51	24	22	710 (1,523円)	0	300	1,823	12,761
	2						430	600	2,553	17,871
	3①						430	1,000	2,953	20,671
	3②						430	1,300	3,253	22,771
	4						437	1,445	3,405	23,835
要支援2	1	774	51	24	22	871 (1,868円)	0	300	2,168	15,176
	2						430	600	2,898	20,286
	3①						430	1,000	3,298	23,086
	3②						430	1,300	3,598	25,186
	4						437	1,445	3,750	26,250
1	1	830	51	24	22	927 (1,988円)	0	300	2,288	16,016
	2						430	600	3,018	21,126
	3①						430	1,000	3,418	23,926
	3②						430	1,300	3,718	26,026
	4						437	1,445	3,870	27,090
2	1	880	51	24	22	977 (2,095円)	0	300	2,395	16,765
	2						430	600	3,125	21,875
	3①						430	1,000	3,525	24,675
	3②						430	1,300	3,825	26,775
	4						437	1,445	3,977	27,839
3	1	944	51	24	22	1,041 (2,232円)	0	300	2,532	17,724
	2						430	600	3,262	22,834
	3①						430	1,000	3,662	25,634
	3②						430	1,300	3,962	27,734
	4						437	1,445	4,114	28,798
4	1	997	51	24	22	1,094 (2,346円)	0	300	2,646	18,522
	2						430	600	3,376	23,632
	3①						430	1,000	3,776	26,432
	3②						430	1,300	4,076	28,532
	4						437	1,445	4,228	29,596
5	1	1,052	51	24	22	1,149 (2,464円)	0	300	2,764	19,348
	2						430	600	3,494	24,458
	3①						430	1,000	3,894	27,258
	3②						430	1,300	4,194	29,358
	4						437	1,445	4,346	30,422

※日合計・週合計は、横浜地域の1単位当たり10,722円で計算し、その2割の自己負担額に居住費と食費を加算して算出しています。経管栄養の場合はご本人の体調によって1日の食事の回数が変わることがありますが、原則として3食分の料金をいただくことになります。

<主な各種加算等>

介護保険	介護保険以外
<input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算(1日につき)	240単位
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算(1日につき)	76単位
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日につき)(7日間を限度)	200単位
<input type="checkbox"/> 緊急短期入所受入加算(1日につき)	90単位
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	120単位
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	120単位
<input type="checkbox"/> 総合医学管理加算(1日につき)(10日間を限度)	275単位
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算(1月につき)	50単位
<input type="checkbox"/> 療養食加算(1回)	8単位
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(1日につき)	3単位
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(Ⅱ)(1日につき)	4単位
<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理(1日につき)	518単位
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(1月につき)	100単位
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)	10単位
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の97
<input type="checkbox"/> おやつ代	150円/日
<input type="checkbox"/> 日常生活品費(フェイスタオル・おしぼりタオル・ペーパータオル・ハンドソープ等)	150円/日
<input type="checkbox"/> 教養娯楽費	100円/日
<input type="checkbox"/> その他消耗品等	実費相当額

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1日当たりの概算自己負担金 約 円(入所中に加算が追加される場合があります)

3割

別紙

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (ショートステイ・多床室)

対象者		区分
生活保護受給者		<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階
世帯全員が市町村民税非課税	高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階
	本人の預貯金等の合計額が650万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,650万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階①
	本人の預貯金等の合計額が550万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,550万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②
	本人の預貯金等の合計額が500万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,500万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円超の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階
上記以外の方		<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階

<基本表>

(単位:円)

要介護	区分	基本料(単位)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)(単位)	夜勤職員配置加算(単位)	サービス提供体制強化加算(I)(単位)	小計(単位)	居住費(円)	食費(円)	※日合計(円)	※週合計(円)
要支援1	1	613	51	24	22	710 (2,284円)	0	300	2,584	18,088
	2						430	600	3,314	23,198
	3①						430	1,000	3,714	25,998
	3②						430	1,300	4,014	28,098
	4						437	1,445	4,166	29,162
要支援2	1	774	51	24	22	871 (2,802円)	0	300	3,102	21,714
	2						430	600	3,832	26,824
	3①						430	1,000	4,232	29,624
	3②						430	1,300	4,532	31,724
	4						437	1,445	4,684	32,788
1	1	830	51	24	22	927 (2,982円)	0	300	3,282	22,974
	2						430	600	4,012	28,084
	3①						430	1,000	4,412	30,884
	3②						430	1,300	4,712	32,984
	4						437	1,445	4,864	34,048
2	1	880	51	24	22	977 (3,142円)	0	300	3,442	24,094
	2						430	600	4,172	29,204
	3①						430	1,000	4,572	32,004
	3②						430	1,300	4,872	34,104
	4						437	1,445	5,024	35,168
3	1	944	51	24	22	1,041 (3,348円)	0	300	3,648	25,536
	2						430	600	4,378	30,646
	3①						430	1,000	4,778	33,446
	3②						430	1,300	5,078	35,546
	4						437	1,445	5,230	36,610
4	1	997	51	24	22	1,094 (3,519円)	0	300	3,819	26,733
	2						430	600	4,549	31,843
	3①						430	1,000	4,949	34,643
	3②						430	1,300	5,249	36,743
	4						437	1,445	5,401	37,807
5	1	1,052	51	24	22	1,149 (3,696円)	0	300	3,996	27,972
	2						430	600	4,726	33,082
	3①						430	1,000	5,126	35,882
	3②						430	1,300	5,426	37,982
	4						437	1,445	5,578	39,046

※日合計・週合計は、横浜地域の1単位当たり10,722円で計算し、その3割の自己負担額に居住費と食費を加算して算出しています。経管栄養の場合はご本人の体調によって1日の食事の回数が変わることがありますが、原則として3食分の料金をいただくことになります。

<主な各種加算等>

介護保険		介護保険以外	
<input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算(1日につき)	240単位	<input type="checkbox"/> おやつ代	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算(1日につき)	76単位	<input type="checkbox"/> 日常生活品費(フェイスタオル・おしぼりタオル・ペーパータオル・ハンドソープ等)	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日につき)(7日間を限度)	200単位		
<input type="checkbox"/> 緊急短期入所受入加算(1日につき)	90単位		
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 総合医学管理加算(1日につき)(10日間を限度)	275単位		
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算(1月につき)	50単位		
<input type="checkbox"/> 療養食加算(1回)	8単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(I)(1日につき)	3単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(II)(1日につき)	4単位		
<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理(1日につき)	518単位	<input type="checkbox"/> 教養娯楽費	100円/日
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(I)(1月につき)	100単位	<input type="checkbox"/> その他消耗品等	実費相当額
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(II)(1月につき)	10単位		
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数の1000分の97		

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1日当たりの概算自己負担金 約 円(入所中に加算が追加される場合があります)

1割

別紙

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (ショートステイ・従来型個室)

対象者		区分
生活保護受給者		<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階
世帯全員が市町村民税非課税	高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階
	本人の預貯金等の合計額が650万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,650万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階①
	本人の預貯金等の合計額が550万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,550万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②
	本人の預貯金等の合計額が500万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,500万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円超の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階
上記以外の方		<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階

<基本表>

(単位:円)

要介護	区分	基本料(単位)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)(単位)	夜勤職員配置加算(単位)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(単位)	小計(単位)	居住費(円)	食費(円)	※日合計(円)	※週合計(円)
要支援1	1	579	51	24	22	676 (725円)	550	300	1,575	11,025
	2						550	600	1,875	13,125
	3①						1,370	1,000	3,095	21,665
	3②						1,370	1,300	3,395	23,765
	4						1,728	1,445	3,898	27,286
要支援2	1	726	51	24	22	823 (883円)	550	300	1,733	12,131
	2						550	600	2,033	14,231
	3①						1,370	1,000	3,253	22,771
	3②						1,370	1,300	3,553	24,871
	4						1,728	1,445	4,056	28,392
1	1	753	51	24	22	850 (912円)	550	300	1,762	12,334
	2						550	600	2,062	14,434
	3①						1,370	1,000	3,282	22,974
	3②						1,370	1,300	3,582	25,074
	4						1,728	1,445	4,085	28,595
2	1	801	51	24	22	898 (963円)	550	300	1,813	12,691
	2						550	600	2,113	14,791
	3①						1,370	1,000	3,333	23,331
	3②						1,370	1,300	3,633	25,431
	4						1,728	1,445	4,136	28,952
3	1	864	51	24	22	961 (1,031円)	550	300	1,881	13,167
	2						550	600	2,181	15,267
	3①						1,370	1,000	3,401	23,807
	3②						1,370	1,300	3,701	25,907
	4						1,728	1,445	4,204	29,428
4	1	918	51	24	22	1,015 (1,088円)	550	300	1,938	13,566
	2						550	600	2,238	15,666
	3①						1,370	1,000	3,458	24,206
	3②						1,370	1,300	3,758	26,306
	4						1,728	1,445	4,261	29,827
5	1	971	51	24	22	1,068 (1,145円)	550	300	1,995	13,965
	2						550	600	2,295	16,065
	3①						1,370	1,000	3,515	24,605
	3②						1,370	1,300	3,815	26,705
	4						1,728	1,445	4,318	30,226

※日合計・週合計は、横浜地域の1単位当たり10,722円で計算し、その1割の自己負担額に居住費と食費を加算して算出しています。経管栄養の場合はご本人の体調によって1日の食事の回数が変わることがありますが、原則として3食分の料金をいただくことになります。

<主な各種加算等>

介護保険		介護保険以外	
<input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算(1日につき)	240単位	<input type="checkbox"/> おやつ代	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算(1日につき)	76単位	<input type="checkbox"/> 日常生活品費(フェイスタオル・おしぼりタオル・ペーパータオル・ハンドソープ等)	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日につき)(7日間を限度)	200単位		
<input type="checkbox"/> 緊急短期入所受入加算(1日につき)	90単位		
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 総合医学管理加算(1日につき)(10日間を限度)	275単位		
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算(1月につき)	50単位		
<input type="checkbox"/> 療養食加算(1回)	8単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(1日につき)	3単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(Ⅱ)(1日につき)	4単位		
<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理(1日につき)	518単位	<input type="checkbox"/> 教養娯楽費	100円/日
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(1月につき)	100単位	<input type="checkbox"/> その他消耗品等	実費相当額
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)	10単位	<input type="checkbox"/> 個室利用料(1人部屋)	4000円/日
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の97		

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1日当たりの概算自己負担金 約 円(入所中に加算が追加される場合があります)

2割

別紙

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (ショートステイ・従来型個室)

対象者		区分
生活保護受給者		<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階
世帯全員が市町村民税非課税	高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階
	本人の預貯金等の合計額が650万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,650万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階①
	本人の預貯金等の合計額が550万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,550万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②
	本人の預貯金等の合計額が500万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,500万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円超の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階
上記以外の方		<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階

<基本表>

(単位:円)

要介護	区分	基本料(単位)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)(単位)	夜勤職員配置加算(単位)	サービス提供体制強化加算(I)(単位)	小計(単位)	居住費(円)	食費(円)	※日合計(円)	※週合計(円)
要支援1	1	579	51	24	22	676 (1,450円)	550	300	2,300	16,100
	2						550	600	2,600	18,200
	3①						1,370	1,000	3,820	26,740
	3②						1,370	1,300	4,120	28,840
	4						1,728	1,445	4,623	32,361
要支援2	1	726	51	24	22	823 (1,765円)	550	300	2,615	18,305
	2						550	600	2,915	20,405
	3①						1,370	1,000	4,135	28,945
	3②						1,370	1,300	4,435	31,045
	4						1,728	1,445	4,938	34,566
1	1	753	51	24	22	850 (1,823円)	550	300	2,673	18,711
	2						550	600	2,973	20,811
	3①						1,370	1,000	4,193	29,351
	3②						1,370	1,300	4,493	31,451
	4						1,728	1,445	4,996	34,972
2	1	801	51	24	22	898 (1,926円)	550	300	2,776	19,432
	2						550	600	3,076	21,532
	3①						1,370	1,000	4,296	30,072
	3②						1,370	1,300	4,596	32,172
	4						1,728	1,445	5,099	35,693
3	1	864	51	24	22	961 (2,061円)	550	300	2,911	20,377
	2						550	600	3,211	22,477
	3①						1,370	1,000	4,431	31,017
	3②						1,370	1,300	4,731	33,117
	4						1,728	1,445	5,234	36,638
4	1	918	51	24	22	1,015 (2,176円)	550	300	3,026	21,182
	2						550	600	3,326	23,282
	3①						1,370	1,000	4,546	31,822
	3②						1,370	1,300	4,846	33,922
	4						1,728	1,445	5,349	37,443
5	1	971	51	24	22	1,068 (2,290円)	550	300	3,140	21,980
	2						550	600	3,440	24,080
	3①						1,370	1,000	4,660	32,620
	3②						1,370	1,300	4,960	34,720
	4						1,728	1,445	5,463	38,241

※日合計・週合計は、横浜地域の1単位当たり10,722円で計算し、その2割の自己負担額に居住費と食費を加算して算出しています。
 経管栄養の場合はご本人の体調によって1日の食事の回数が変わることがありますが、原則として3食分の料金をいただくことになります。

<主な各種加算等>

介護保険		介護保険以外	
<input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算(1日につき)	240単位	<input type="checkbox"/> おやつ代	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算(1日につき)	76単位	<input type="checkbox"/> 日常生活品費(フェイスタオル・おしぼりタオル・ペーパータオル・ハンドソープ等)	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日につき)(7日間を限度)	200単位		
<input type="checkbox"/> 緊急短期入所受入加算(1日につき)	90単位		
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 総合医学管理加算(1日につき)(10日間を限度)	275単位		
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算(1月につき)	50単位		
<input type="checkbox"/> 療養食加算(1回)	8単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(I)(1日につき)	3単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(II)(1日につき)	4単位		
<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理(1日につき)	518単位	<input type="checkbox"/> 教養娯楽費	100円/日
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(I)(1月につき)	100単位	<input type="checkbox"/> 其他消耗品等	実費相当額
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(II)(1月につき)	10単位	<input type="checkbox"/> 個室利用料(1人部屋)	4000円/日
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数の1000分の97		

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1日当たりの概算自己負担金 約 円(入所中に加算が追加される場合があります)

3割

別紙

介護老人保健施設 横浜市総合保健医療センター料金表 (ショートステイ・従来型個室)

対象者		区分
生活保護受給者		<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階
世帯全員が市町村民税非課税	高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階
	本人の預貯金等の合計額が650万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,650万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階①
	本人の預貯金等の合計額が550万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,550万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②
	本人の預貯金等の合計額が500万円以下の方(配偶者がいる場合は夫婦合計で1,500万円以下)で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円超の方	<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階
上記以外の方		<input type="checkbox"/> 利用者負担第4段階

<基本表>

(単位:円)

要介護	区分	基本料(単位)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)(単位)	夜勤職員配置加算(単位)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(単位)	小計(単位)	居住費(円)	食費(円)	※日合計(円)	※週合計(円)
要支援1	1	579	51	24	22	676 (2,174円)	550	300	3,024	21,168
	2						550	600	3,324	23,268
	3①						1,370	1,000	4,544	31,808
	3②							1,300	4,844	33,908
	4							1,728	1,445	5,347
要支援2	1	726	51	24	22	823 (2,647円)	550	300	3,497	24,479
	2						550	600	3,797	26,579
	3①						1,370	1,000	5,017	35,119
	3②							1,300	5,317	37,219
	4							1,728	1,445	5,820
1	1	753	51	24	22	850 (2,734円)	550	300	3,584	25,088
	2						550	600	3,884	27,188
	3①						1,370	1,000	5,104	35,728
	3②							1,300	5,404	37,828
	4							1,728	1,445	5,907
2	1	801	51	24	22	898 (2,888円)	550	300	3,738	26,166
	2						550	600	4,038	28,266
	3①						1,370	1,000	5,258	36,806
	3②							1,300	5,558	38,906
	4							1,728	1,445	6,061
3	1	864	51	24	22	961 (3,091円)	550	300	3,941	27,587
	2						550	600	4,241	29,687
	3①						1,370	1,000	5,461	38,227
	3②							1,300	5,761	40,327
	4							1,728	1,445	6,264
4	1	918	51	24	22	1,015 (3,264円)	550	300	4,114	28,798
	2						550	600	4,414	30,898
	3①						1,370	1,000	5,634	39,438
	3②							1,300	5,934	41,538
	4							1,728	1,445	6,437
5	1	971	51	24	22	1,068 (3,435円)	550	300	4,285	29,995
	2						550	600	4,585	32,095
	3①						1,370	1,000	5,805	40,635
	3②							1,300	6,105	42,735
	4							1,728	1,445	6,608

※日合計・週合計は、横浜地域の1単位当たり10,722円で計算し、その3割の自己負担額に居住費と食費を加算して算出しています。経管栄養の場合はご本人の体調によって1日の食事の回数が変わることがありますが、原則として3食分の料金をいただくことになります。

<主な各種加算等>

介護保険		介護保険以外	
<input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算(1日につき)	240単位	<input type="checkbox"/> おやつ代	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算(1日につき)	76単位	<input type="checkbox"/> 日常生活品費(フェイスタオル・おしぼりタオル・ペーパータオル・ハンドソープ等)	150円/日
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日につき)(7日間を限度)	200単位		
<input type="checkbox"/> 緊急短期入所受入加算(1日につき)	90単位		
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算(1日につき)	120単位		
<input type="checkbox"/> 総合医学管理加算(1日につき)(10日間を限度)	275単位		
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算(1月につき)	50単位		
<input type="checkbox"/> 療養食加算(1回)	8単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(1日につき)	3単位		
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(Ⅱ)(1日につき)	4単位		
<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理(1日につき)	518単位	<input type="checkbox"/> 教養娯楽費	100円/日
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(1月につき)	100単位	<input type="checkbox"/> その他消耗品等	実費相当額
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)	10単位	<input type="checkbox"/> 個室利用料(1人部屋)	4000円/日
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の97		

※「基本表」の該当箇所及び「主な各種加算等」のチェック項目を足して概ねの利用料金を計算します。

※該当する区分に○印を付します。その他該当箇所については、□に✓を付します。

※生活保護受給者の方のおやつ代・日常生活品代・教養娯楽費は施設が負担します。

1日当たりの概算自己負担金 約 円(入所中に加算が追加される場合があります)

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービスの内容について、本書面を交付のうえ重要事項を説明しました。

施設 所在地 横浜市港北区鳥山町1735番地
名称 横浜市総合保健医療センター 介護老人保健施設

説明者 _____ 印

サービスの内容について、事業者から説明を受け、サービスの内容に同意のうえ交付を受けました。

利用者 氏名 _____ 印

代理人 氏名 _____ 印（続柄）