

医療法人 寿山会
介護老人保健施設 ヴァンベール
施設入所サービス
重要事項説明書

当施設はご契約に対して介護保険施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通りご説明いたします。

当施設は介護保険の指定（許可）を受けております。

指定（許可）事業所番号 大阪府 第2755080047号

あなたに対する施設入所サービス提供にあたり、介護保険法に関する介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）に基づいて当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 介護老人保健施設サービスを提供する事業者

事業所の名称・所在地等

事業者名称	医療法人 寿山会
代表者氏名	理事長 喜馬 通博
法人本部所在地	大阪府東大阪市岩田町4丁目2番8号 TEL: 072-964-1258 FAX: 072-965-2836
法人設立年月日	昭和53年3月1日

2. ご利用者に対するサービス提供を実施する事業所

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール
介護保険許可 事業所番号	大阪府 第2755080047号
事業所所在地	大阪府東大阪市岩田町4丁目2番1号
連絡先 相談担当者名	TEL: 072-961-7875 FAX: 072-961-7910 支援相談員 阪本恵俊
事業所開設日	平成11年1月11日 (介護保険法許可日: 平成12年4月1日)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	「医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール」の基準原理に基づき、高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指し明るく家庭的な雰囲気を作り、地域の高齢者が便利で安心して利用できる施設作りを目的とします。
運営の方針	「医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール」は、上記の目的を達成するために次のことを方針として運営するものとします。 ①当施設をご利用される高齢者の入退所、入所者等の身体の状態及び病状に応じた施設療養、日常生活サービスを提供いたします。 ②当施設は、入所者の病状急変に対応するため、隣接する喜馬病院との連携を深め、適切な処置を講じます。 ③当施設は、ご利用者の適正水準化を図り、地域住民をはじめとしてよりご利用しやすい施設となるように努めます。

3. 施設の概要

敷地	2,814.81 m ²	建物	構造	鉄筋コンクリート造 地上4階建
			延床面積	3,503.12 m ²
			利用定員	入所 85名 (短期含む) 通所60名
			耐火建築	建築基準法第2条第9号の2の規程に該当

(1) 居室

居室の種類	室数	平均面積	1人あたりの面積	該当部屋番号
特別室	1室	18.91 m ²	18.91 m ²	218
個室	4室	10.53 m ²	10.53 m ²	301、302、303、305
2人部屋	2室	18.34 m ²	9.17 m ²	215、306
4人部屋	19室	36.97 m ²	9.24 m ²	201、202、203、205、206、207、208、210、211、212、213、216、217、307、

				308、310、311、312、313
--	--	--	--	---------------------

(2)主な設備

設備の種類	部数	総面積	備考
療養室	26室	800.32 m ²	
食堂	2室	203.29 m ²	3F(10名)、4F(75名)
機能訓練室	1室	257.42 m ²	入所(141.14 m ²)、通所99.63 m ²
談話室	2室	50.98 m ²	2F、3F
デイルーム	1室	64.37 m ²	3F
通所者用デイルーム	1室	159.93 m ²	1F
一般浴室	2室	90.01 m ²	3F、4F
特殊浴室	1室	33.30 m ²	4F
便所	11室	151.84 m ²	1F、2F、3F、4F
汚物処理室	2室	10.33 m ²	2F、3F
洗濯室	1室	8.32 m ²	4F
サービステーション	2室	51.56 m ²	2F、3F
レクレーションルーム	1室	33.63 m ²	1F
ボランティア室	1室	33.58 m ²	4F
団樂室	1室	8.60 m ²	3F
家族介護訓練室	2室	21.00 m ²	3F
診察室	1室	7.92 m ²	1F
事務室	1室	27.88 m ²	1F
相談室	1室	16.63 m ²	1F
会議室	1室	38.14 m ²	1F

(3)防火設備等

防火設備として、消火器具(消火器、2号消火用散水栓、スプリンクラー等)、排煙扉・排煙窓の設置、防火煙シャッター、防災カーテン、非常避難スロープ等を設置

4. 事業所の職員体制

(1)施設の管理者

施設管理者	施設長(施設医師兼務)	喜馬 真由美
-------	-------------	--------

(2)職員の配置状況

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	指定基準
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長(医師)	1	1	0	0	0	1	常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上。
薬剤師	1	0	0	0	1	0.3	実情に応じた適当数
看護職員	13	12	0	1	0	13	常勤換算方法で、入所者の数が3またはその端数を増すごとに1以上(看護職員の員数は、看護・介護職員の総数の7分の2程度、介護職員の員数は、看護・介護職員の総数の7分の5程度を標準とする。)
介護職員	30	28	0	2	0	30	

支援相談員	2	2	0	0	0	2	入所者の数が100またはその端数を増すごとに1以上
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	14	9	1	1	0	9	常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上
管理栄養士	1	1	0	0	0	1	入所定員100以上の介護老人保健施設にあっては1以上
介護支援 専門員	1	1	0	0	0	1	1以上(入所者の数が100またはその端数を増すごとに1を標準とする。)
事務員	1	1	0	0	0	1	実情に応じた適当数

ただし、必要に応じて加配する場合がある。

(3)各職種の職務内容

職 種	職 務 内 容
管理者	・従業員に法令等の規程を遵守させるため、必要な指揮命令を行います。
施設医師	・ご利用者の健康管理及び医療の処置に適切なる処置を講じます。
薬剤師	・施設管理者の指示を受け利用者などに対する薬剤業務を行います。
看護職員	・施設管理者の指示を受けご利用者の保健衛生並びに看護業務を行います。
介護職員	・施設管理者の指示を受け利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。
支援相談員	・施設管理者の指示を受け利用者などに相談指導業務を行います。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	・施設管理者の指示を受けご利用者に対する理学療法、作業療法、言語聴覚療法の各業務を行います。
管理栄養士	・施設管理者の指示を受け利用者に適正な栄養ケアを効率的に提供できるように中核として連絡調整などのマネジメント業務を行います。
介護支援専門員	・施設管理者の指示を受け施設サービス計画の作成に関する業務を行います。
事務員等	・施設管理者の指示を受け事務の処理及び請求業務を行います。

(4)職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
施設長（医師）	8：45～17：15（土曜日・日曜日・祝日を除く）
看護職員	日勤 8：45～17：15 夜勤 16：15～ 9：15
介護職員	日勤 8：45～17：15 早出 7：00～15：30 遅出 11：45～20：15 夜勤 16：15～ 9：15
支援相談員 事務員	日勤 8：45～17：15（土曜日・日曜日・祝日を除く）
管理栄養士	日勤 8：45～17：15（土曜日・日曜日・祝日を除く）
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	日勤 8：45～17：15（日曜日・祝日を除く）
介護支援専門員	日勤 8：45～17：15（日曜日・祝日を除く）

5. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) サービス利用と終了

サービス利用開始については、別紙契約書内容に承諾し、署名頂き、入所された日より開始されます。終了においては、ご利用者及びご家族が、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより契約を解除（終了）し、退所された日に終了いたします。

※（当施設からの解除項目及び契約終了内容については、別紙契約書内容のとおり）

(2) サービス内容

①施設サービス計画の作成について

「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」ということを考慮し、ご利用者お一人お一人に即した施設サービス計画を作成いたします。また、この施設サービス計画に基づいた施設入所サービスを提供いたします。

この計画は、ご利用者にサービスを提供させていただき関連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、ご家族のご意向を十分に取入れた計画の作成を行います。

計画の内容については当施設の「施設サービス計画作成責任者」である、施設介護支援専門員よりご説明させていただき、ご同意を得たのち、交付させていただきます。

(3) 食事の提供について

管理栄養士の立てる献立表により、栄養面とご利用者の身体状況等に配慮した食事をご提供させていただきます。

食事は、体調不良等による特別な場合を除いて、できる限りベッドから離床していただき、食堂で召し上がっていただくよう配慮いたします。

療養食として、医師から指示のあったご利用者につきましては、カロリー等の制限を行った形態の食事をご提供させていただきます。療養食は以下のとおりとなります。糖尿病食、腎臓病食（心臓疾患等に対する減塩食を含む）、胃潰瘍食（十二指腸潰瘍食を含む）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風及び特別な場合の検査食を言います。

（食事時間）

朝食	7：45～8：45	おやつ	15：00～15：30
昼食	12：00～13：00		
夕食	18：00～19：00		

栄養マネジメントサービス

低栄養状態またはそのおそれのあるご利用者に対し、管理栄養士が看護職員や介護職員等と共同して、栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。

経口移行サービス

経管栄養（鼻腔栄養・胃瘻等）によりお食事されるご利用者に対し、医師の指示のもと経口（口）より食事をしていただくことを進めるために、栄養管理を行います。

経口維持サービス

摂食機能障害で誤嚥が認められるご利用者に対して、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経口摂取が維持できるよう行っていきます。

(4) 排泄

ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を提供させていただくと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

(5) 入浴

年間を通じて週2回以上の入浴または清拭をさせていただきます。寝たきり等で一般浴槽での入浴が困難な方には、特殊浴槽（機械浴）を用いての入浴サービスをご提供いたします。

ただし入浴の曜日・時間等に関しましては、各ご利用者の状態や諸事情により変動いたします事を予めご了承ください。

(6) 離床、着替え、整容等

寝たきりの防止や生活リズムの維持のため、体調不良等による特別な場合を除いて、できる限り日中は離床して過ごしていただくよう配慮いたします。

生活のリズムを考え、毎朝起床時と毎夜就寝時に着替えを行うよう援助いたします。

個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助いたします。

シーツ交換は最低、週1回以上は実施いたします。

(7) 口腔ケア

入所時に、歯科衛生士により口腔内の状況を確認させていただきます。その際、異常箇所等があれば歯科衛生士より治療についてのご案内をさせていただきます。入所中の日々の口腔ケアにつきましては、口腔内の衛生管理に配慮し、毎食後、うがいや歯磨き等の口腔内洗浄に関する援助をいたします。入れ歯をご使用の方については入れ歯の洗浄や管理についての援助をいたします。

(8) リハビリテーション

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等によるご利用者の身体状況に適合したリハビリテーションを、施設医師の指示のもと、身体機能の現状維持の観点から実施いたします。

- ① 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同してリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い、個別にリハビリテーション実施計画を策定いたします。（施設サービス計画にリハビリテーションの計画を位置づけて記載する場合があります。）
- ② 上記の計画に基づき、理学療法士等がご利用者ごとにリハビリテーションを行います。
- ③ 必要に応じて、介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所のサービス担当者に対してリハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図ります。（この場合は、事前にご本人及びご家族に同意を得るものとします。）
- ④ 1ヶ月毎に、リハビリテーションに関する評価を行い、必要に応じリハビリテーション実施計画書の見直しを行います。

(9) 相談及び援助

ご利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。（相談窓口） 支援相談員：阪本恵俊

(10) 社会生活上の便宜

当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りのあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。

毎月2回理容師の出張サービスによる理髪サービスをご利用いただけます。ただし、事前のお申込みと、サービス利用に対する料金が別途発生いたします。

(11) 申請代行サービス

行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご家族にて行っていただきますが、状況に応じて、当施設職員にて申請等の代行をさせていただきます。なお、代行申請をさせていただくものは、

- ① 介護保険要介護認定の更新申請
- ② 高額介護サービス受領委任払制度に関する申請

6. サービス提供拒否の禁止

正当な理由なく介護保険施設サービスの提供を拒みません。

入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。

7. ご利用可能な方（ご利用対象者）

当施設入所サービスをご利用いただける方は介護保険要介護認定において要介護1から要介護5までの認定を受けた方で、かつ病状が安定期にあるが、日常生活において何らかの援助を要するため、ご自宅等での自立した生活が困難な状態にある方を対象とさせていただきます。

8. ご利用料金

介護保険制度では、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（1割負担の場合）です。詳しくは利用料金表をご覧ください。

（1）基本料金【1日あたり】（非課税）

在宅復帰・在宅療養支援等指標（巻末参照）による値

20～39・・・基本型 → 人員配置区分（基本型）

40～59・・・加算型 → 人員配置区分（基本型） + 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（I）

60～69・・・在宅強化型 → 人員配置区分（在宅強化型）

70～・・・超強化型 → 人員配置区分（在宅強化型） + 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（II）

人員配置区分（基本型）（非課税）

	利用料金		介護保険適用時の自己負担（1割負担分）	
	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
要介護1	7,492円	8,286円	750円	829円
要介護2	7,973円	8,809円	798円	881円
要介護3	8,652円	9,488円	866円	949円
要介護4	9,227円	10,042円	923円	1,005円
要介護5	9,739円	10,575円	974円	1,058円

人員配置区分（在宅強化型）（非課税）

	利用料金		介護保険適用時の自己負担（1割負担分）	
	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
要介護1	8,234円	9,101円	824円	911円
要介護2	9,018円	9,896円	902円	990円
要介護3	9,697円	10,596円	970円	1,060円
要介護4	10,293円	11,202円	1,030円	1,121円
要介護5	10,868円	11,756円	1,087円	1,176円

（2）加算料金【1日につき】（非課税）

加算の種類	料金		算定内容
	利用料	利用者負担額	
サービス提供体制加算Ⅲ	62円	7円	看護・介護職員の75%以上が常勤の場合
夜勤職員配置加算	250円	25円	夜勤勤務時間帯に職員を手厚く配置した場合 (20名に対し1名以上、かつ41名以上で2名)

在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I)	5 3 2 円	5 4 円	在宅復帰・在宅療養支援等指標（巻末参照）が 40 以上であること。 地域に貢献する活動を行っていること。 人員配置区分が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)	5 3 2 円	5 4 円	在宅復帰・在宅療養支援等指標（巻末参照）が 70 以上であること。 地域に貢献する活動を行っていること。 人員配置区分が在宅強化型を算定していること。
短期集中リハビリテーション 実施加算 I	2,696 円	2 7 0 円	入所された日から 3 か月以内に限り、集中的にリハビリ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 等の評価を行い、結果の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じ計画を見直している。
認知症短期集中 リハビリテーション加算 I	2,508 円	2 5 1 円	認知症の方に入所された日から 3 か月以内に限り、週 3 日を限度として集中的に個別にリハビリを行い、かつ入所時及び 1 月に 1 回以上 ADL 評価を行いその情報を厚生労働省に提出し必要に応じて計画を見直した場合
認知症短期集中 リハビリテーション加算 II	1,254 円	1 2 6 円	認知症の方に入所された日から 3 か月以内に限り、週 3 日を限度として集中的に個別にリハビリを行った場合
栄養マネジメント強化加算	1 1 4 円	1 2 円	栄養ケア計画を作成し、実施した場合
経口移行加算	2 9 2 円	3 0 円	経管から経口への移行支援を行った場合
初期加算 (I)	6 2 7 円	6 3 円	入所された日から 3 0 日間に限り算定 ※当該入所者が過去 3 か月間入所したことがない場合に限る。（ただし、日常生活自立度のタンクⅢ、Ⅳ、Ⅴまたは M に該当する場合は 1 ヶ月間とする。）急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後 3 0 日以内に退院し、入所した場合
初期加算 (II)	3 1 3 円	3 2 円	入所された日から 3 0 日間に限り算定 ※当該入所者が過去 3 か月間入所したことがない場合に限る。（ただし、日常生活自立度のタンクⅢ、Ⅳ、Ⅴまたは M に該当する場合は 1 ヶ月間とする。）
若年性認知症利用者受入加算	1,254 円	1 2 6 円	若年性認知症のご利用者ごとに個別の担当者を定めて対応させていただいた場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	2,090 円	2 0 9 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、緊急に介護保険施設サービスを行なった場合 (入所日から起算して 7 日を限度として算定)
緊急時施設療養費	5,339 円	5 3 4 円	緊急時に所定の処置を提供した場合
所定疾患施設療養費 (II)	5,016 円	5 0 2 円	肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪について、投薬、検査、注射、処置等を診療録に記載し、医師が感染症対策

			に関する研修を受講している場合 1月に一回を限度とし1回につき連続する10日間を限度として算定
外泊時費用	3,782円	379円	月に6日を限度とし、入所中に外泊をされた場合（ただし、外泊初日と最終日は外泊扱とならない）

(3) 加算料金【1月につき】(非課税)

経口維持加算 I	4,180円	418円	経口維持計画に基づき各職種共同で援助を行った場合
経口維持加算 II	1,045円	105円	上記加算に加え、歯科衛生士・言語聴覚士が援助を行った場合
口腔衛生管理加算 (II)	1,149円	115円	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月に2回以上行ない、歯科衛生士が介護職員に必要な助言を行った場合。さらに口腔衛生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、当該情報を活用していること
協力医療機関連携加算	1,045円	105円	協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所者当の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催していること
高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	104円	11円	協力医療機関等の中で進行感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取決めるとともに、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
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (I)	553円	56円	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を入所者又はその家族に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理し、その内容を厚生労働省に提出し、その情報を活用している場合
生産性向上推進体制加算	104円	11円	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、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している場合

介護職員処遇改善加算 (I) … 所定単位数の 39/1000

特定処遇改善加算 (II) … 所定単位数の 17/1000

ベースアップ等支援加算… 所定単位数の 8/1000

(4) 加算料金【1回につき】(非課税)

加算の種類	料金		算定内容
	利用料	利用者負担額	

入所前後訪問指導加算Ⅱ	5,016 円	502 円	入所期間が1ヶ月を超える見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、施設サービス計画の策定及び診療方針を策定した場合 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《一回を限度として算定》
ターミナルケア加算1 (死亡日以前45～31日)	752 円	76 円	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者で、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を作成し、医師・看護師介護職員等が共同して入所者の状態又は家族の求めに応じ随時説明を行いケアした場合
ターミナルケア加算2 (死亡日以前4～30日)	1,672 円	168 円	
ターミナルケア加算3 (死亡日前日及び前々日)	9,509 円	951 円	
ターミナルケア加算4 (死亡日)	19,855 円	1,986 円	
試行的退所時指導加算	4,180 円	418 円	入居者とその居宅において試行的に退所させる場合において、施行的な退所時に療養上の指導を行った場合。
老人訪問看護指示加算	3,135 円	314 円	退所時に施設医師が訪問看護ステーションへのサービス提供上の指示書を交付した場合
退所時情報提供加算(Ⅰ)	5,225 円	523 円	入所者の同意を得て、居宅へ退所する入所者に退所後の主治医に対し、診療情報を示す文書を添えて紹介を行った場合
退所時情報提供加算(Ⅱ)	2,612 円	262 円	入所者の同意を得て、医療機関へ退所する入所者に退所後の主治医に対し、診療情報を示す文書を添えて紹介を行った場合
入退所前連携加算(Ⅰ)	6,270 円	627 円	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希望する介護支援事業者と連携し、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めた場合
入退所前連携加算(Ⅱ)	4,180 円	418 円	入所期間が1ヶ月を超え、退所し、居宅サービスを利用する場合、診療情報を示す文書を添えて居宅サービスに必要な情報を提供し、サービス調整を行った場合
再入所時栄養連携加算	2,090 円	209 円	老健入所者が医療機関に入院し、厚生労働大臣が定める特別食が必要になった場合、老健と医療機関の管理栄養士が相談の上、栄養ケア計画の原案を作成して再入所した場合。
退所時栄養情報連携加算	731 円	74 円	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に対し、管理栄養士が退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合 一月に1回を限度として算定
療養食加算	62 円	7 円	食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されており、入所者の年齢、心身の状況

			によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合、1食を1回として1日につき3回を限度として算定。
自立支援推進加算	3,135円	314円	医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自室支援に係る支援計画等の策定等に参加している。また、少なくとも3月に1回見直しを行い、医学的評価の結果を厚生労働省に提出し、その情報を活用している場合
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	418円	42円	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に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、その情報を活用している場合
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	627円	63円	上記（Ⅰ）に加え疾病の状況や薬剤情報等の情報を厚生労働省に提出し、活用している場合
安全対策体制加算	209円	21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場合

※(1)、(2)、(3)、(4)の介護保険自己負担分については、所得収入や課税状況等により、増額負担や減額措置があります。(詳細は別紙参照)

※(1)、(2)、(3)、(4)の金額は、基準単位数に地域単価10.45を乗じた額を記載しております。

(5)居住費・食費（非課税）

居住費	従来型個室	共通2, 100円（負担限度額認定証をお持ちの方はその上限額）
	多床室	共通650円（負担限度額認定証をお持ちの方はその上限額）
食費（おやつ含む）	共通 朝300円 昼680円（おやつ含む）夕600円 （負担限度額認定書をお持ちの方はその上限額）	

※居住費・食費については所得収入や課税状況等により、減額措置があります。(詳細は別紙参照)

理美容代各種（1回につき）（非課税）			
カット	顔そり	毛染め	パーマ
1,600円	600円	3,600円	3,600円

(6)介護給付以外のサービス費（税込み価格）

洗濯代	特別室個室代	個室代	二人部屋
880円 (1ネットにつき)	8,800円 (1日につき)	4,400円 (1日につき)	2,200円 (1日につき)

エンゼルケア料金（税込み価格）

①	エンゼル青梅綿 1袋	110円
②	エンゼル脱脂綿 1袋	132円
③	メイクキット	946円
④	顔・合掌バンド	495円
⑤	エンゼルウェイフォーム	2772円

①②③④ …… 1650円（税込み）

③④⑤ …… 4213円（税込み）

ご利用料についての留意事項

① 基本料金は「介護保険被保険者証」に認定結果として記載されております、「要介護認定区分」により算出いたします。よって、「介護保険被保険者証」「介護保険負担割合証」をご提示いただけない

い場合はご利用料金の月々のご請求や介護報酬の市町村への請求ができなくなります。「要介護認定」結果の出た、直近の「介護保険被保険者証」「介護保険負担割合証」を必ず認定結果通知後、2週間以内に事務所受付までご提示下さい。

再三の提示のご依頼をさせていただいても、すみやかにご提示いただけない場合は、施設入所サービスの中断を検討させていただきます。

- ② 「負担限度額認定証」はご利用料金の「居住費・食費」に対し、ご利用者の所得や課税状況等に応じ減額を認定する証書になります。この「負担限度額認定証」をすでにお持ちの方、または、新たに申請しご自宅に届いた方は、必ず事務所受付までご提示下さい。ご提示いただけない場合は、当方での利用料の減額はできません。
- ③ 上記の居住費について、外泊中においても徴収させていただきます。なお、外泊中のベッドを短期入所療養介護に利用する場合は、当該利用者から居住費を徴収せず、短期入所療養介護利用者より短期入所の居住費を徴収させていただきます。
- ④ お支払は原則、指定口座へのお振込みにてお願いいたします。また、お振込みの際の手数料に関しましては、ご利用者様のご負担にてお願いいたします。ただし、お振込みが出来ない等の何らかのやむを得ない場合は、ご相談ください。
- ⑤ 請求書は1ヶ月以上入所されておられる方や月途中の入退所にかかわらず、月末にて確定し翌月の15日以降に請求書を発行いたします。
- ⑥ ご利用料金のお支払期間は、毎月末日までとさせていただきます。どうしても期限までにお支払いいただけない場合は、必ず電話等で事務所受付まで、ご連絡下さい。また、連絡がなく期間までに支払がお済みでない方には、電話連絡させていただきます。
- ⑦ ご利用料金のお支払を2ヶ月滞納された方に対して、書類にてお支払の督促をさせていただきます。督促をさせていただいたにもかかわらず、督促日から30日以内にお支払いいただけない時には、退所していただきます。特にご注意下さい。(利用約款第13条第1項及び第15条第2項一に規定しております。)
- ⑧ 各種加算・減算に関しましては、詳しくは支援相談員や事務担当職員にお尋ね下さい。
- ⑨ その他、歯科の往診代、インフルエンザ予防接種料金や郊外レクリエーション参加費等ご利用料金とは別に料金をいただくものがございます。別途料金の発生に関しては、原則ご利用料金の支払い時に併せてお支払下さい。
- ⑩ ご利用料金お支払後、領収書を発行しお渡しいたします。その領収書は、確定申告等に必要な申告書類になりますので、捨てたり紛失されないように各自で大切に保管して置いてください。捨てられたり紛失された場合でも、原則領収印の捺印された領収書は再発行できません。ご了承ください。

9. 苦情申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情・要望がございましたら、下記の通り苦情・要望相談窓口（窓口担当者 武村はつみ 電話072-961-7875）を設けております。お気軽にご相談下さい。また、各サービス提供フロアに「ご意見箱」を設置しております。こちらでも受付を行っておりますので、ご利用ください。責任を持って調査、改善させていただきます。

(1)当施設の苦情・要望相談窓口

苦情解決責任者	施設長 喜馬真由美
苦情受付担当者	① 介護支援専門員 武村はつみ・橋本 愛 ② 支援相談員（①が不在の時間帯）阪本恵俊 ③ 各看護職員、介護職員（①、②が不在の夜間帯）

苦情対応監査	当施設：事務次長 今井庸介
受付時間	24時間 ① 平日 9:00～17:00 1階事務所受付 (介護支援専門員、支援相談員) ② 上記以外の時間帯 各フロアー職員 (各看護職員、介護職員)
申し立て方法	① 事務所窓口にて担当者に口頭での申し立て ② お電話にて 072-961-7875 (代) ③ FAXにて 072-961-7910 ④ 郵送にて 〒578-0941 東大阪市岩田町4丁目2-1 ⑤ ご意見箱への投書 (各階に1箇所ずつ設置)

(1)行政機関、その他の苦情受付機関

東大阪市福祉部 指導監査室 法人・高齢者施設課	所在地：東大阪市荒本北1丁目1番1号 電話番号：06-4309-3315 FAX：06-4309-3814 受付時間：午前9時から午後5時30分（土日祝日休み）
大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地：大阪府中央区谷町7丁目4-15 大阪府社会福祉会館2F 電話番号：06-6191-3130 FAX：06-6191-5660 受付時間：午前10時から午後4時（月～金曜日 祝祭日は除く）
大阪府国民健康保険 団体連合会苦情受付担当	所在地：大阪府中央区常磐町1-3-8 FNビル内 電話番号：06-6949-5446 FAX：06-6949-5417 受付時間：午前9時から午後5時（月～金曜日 祝祭日は除く）

※ただし、各相談窓口は国民の祝日に関する法律に規定する休日、及び12月29日・30日・31日、1月2日・3日は相談受付を行っておりません。

10. 高齢者虐待防止について

介護老人保健施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

東大阪市福祉部高齢介護室 地域包括ケア推進課	所在地：東大阪市荒本北1丁目1番1号 電話番号：06-4309-3013（直通） FAX：06-4309-3814 受付時間：午前9時から午後5時30分（土日祝日休み）
---------------------------	---

11. 当施設における治療及び他機関への受診について

当施設で行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、他の医療機関での治療となり、施設長（医師）が指示いたします。この時、原則として当施設協力医療機関を受診していただきますが、ご希望によりご利用者・ご家族が希望される医療機関への受診も可能です。

受診の際は、原則、ご家族にて付き添いをお願いいたします。緊急の場合に限り、施設職員が病院まで付き添い、病院でご家族へと引継ぎさせていただきます。

- ① 緊急受診以外の受診については、施設長（医師）の指示のもと、支援相談員より、ご家族へ連絡させていただきます、受診日を決定させていただきます。
- ② 継続的な治療や受診を要し、施設長（医師）が当施設での療養が困難と判断した場合は、他施設・医療機関への転所・転院となり、当施設は退所となります。
- ③ 受診後に入院となった場合は、当施設は退所となります。また、治療終了後の再入所については、検討はさせていただきますが、必ずしも再入所していただけるとの確約はできませんのでご了承下さい。
- ④ 入所後の病状変化や他利用者の病状により、転室や転棟をお願いする場合がございます。この場合は事前にご家族様にご連絡させていただきますが、緊急を要する場合にはご家族様への報告が事後報告となる場合がございます。ご了承ください。（ただし、感染症等緊急の場合を除き、転室・転棟により利用料金に変動が発生する場合は、必ず、報告後の転室・転棟とさせていただきます。）
- ⑤ 協力医療機関やご利用者・ご家族希望の医療機関受診の際の送迎は、原則行っておりませんが、どうしても移動手段等の確保ができない場合については、当施設の支援相談員までご相談下さい。
- ⑥ 緊急時（介護サービスの提供中にご利用者の病状に急変が生じた場合やその他必要な場合）には、速やかに協力医療機関等と連絡をとり、救急医療あるいは救急入院等の措置が受けられるようにいたします。

協力医療機関と協力歯科医療機関

医療機関の名称	(医)寿山会 喜馬病院	医療機関の名称	寿山会ホームケアデンタルクリニック
院長名	熊野 公束	院長名	服部 哲也
所在地	東大阪市岩田町4丁目2番8号	所在地	東大阪市岩田町4丁目3-14-203
電話番号	072-961-6888	電話番号	072-943-1085
FAX番号	072-965-2836	FAX番号	072-943-0845

1.2. 事故発生時の対策

(1) 事故発生時の対応

介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族、身元引受人、市町村等の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 損害賠償

事故が発生した場合、協議の上必要に応じて損害賠償を行います。ただし、事業者に故意過失がない場合にはこの限りではありません。当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができることとします。

介護老人保健施設総合補償制度 加入 （保険契約者） 社団法人全国老人保健施設協会

1.3. 非常災害時の対策

(1) 災害時の対応

別途に定める「医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール 消防計画」に則り対応します。

(2) 平常時の訓練

別途定める「医療法人 寿山会 介護老人保健施設 ヴァンベール 消防計画」に則り、最低

年2回、夜間及び昼間想定避難訓練を実施いたします。また、必要に応じて震災想定訓練を実施します。

(3)防災設備

防火設備として、消火器具（消火器、2号消火用散水栓、スプリンクラー等）、排煙扉・排煙窓、防火煙シャッター、非常スロープ等を設置しております。カーテン、布団等については防災性能のあるものを使用しています。

(4)消防計画等

東大阪市中消防署への届出：令和5年1月1日 防火管理者：小川修一

1.4. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

(1)来訪・面会

面会時間は午前9：00から午後8：00までとさせていただきます。なお、午後8：00を過ぎると防犯上の観点から玄関を施錠いたします。

ご面会の際は必ず面会カードに必要事項をご記入いただき、入館証は首から下げて、館内では常時携帯しておいてください。お帰りになる際に必ず、入館証をご返却ください。

(2)外出・外泊

外出・外泊の際は必ず各フロアのサービスステーションにお申し出下さい。その際に職員より「外出・外泊届」をお渡しします。こちらに必要事項をご記入いただき、外出・外泊時に1F事務所受付にご提出ください。（事務所受付営業時間外は各フロアのサービスステーション職員にお渡し下さい。）また、外出・外泊時の様子について「外出・外泊届」の片面に記載する欄を設けておりますので、そちらにご記入いただきご報告ください。

外出先や外泊先施設へお帰りになる際は、午後8時までにお帰り下さい。

事前に外出日・外泊日がお分かりの場合は、出発日の3日前までにご利用されているフロアのサービスステーションの職員にお申し出下さい。

外出・外泊に際し、お申し出がなければ、食事用意等に影響が出ますので、必ずお申し出下さい。

※ 外泊については、6日までは外泊時費用を介護保険の算定基準により頂戴いたします。6日を超える外泊をご希望の方は、必ず支援相談員にご相談いただきますようお願いいたします。

(3)連絡・報告

ご家族へ入所後にさまざまな事情・用件により電話連絡を行います。例えば、

- ① 病状変化により受診の必要性が発生した場合
- ② ケアプランの計画内容の変更等により、ご家族からの同意が必要な場合
- ③ 転室・転棟によりご利用居室が変更になる場合
- ④ 衣類の不足や行事等の参加確認をさせていただく場合
- ⑤ 介護保険被保険者証等の書類の提示をご依頼する場合
- ⑥ ご利用料金のお支払等に関する連絡をさせていただく場合
- ⑦ 外出・外泊の受入等に関するご依頼

※ ご自宅の電話番号や携帯電話の番号等、連絡先としていただいている電話番号の変更や住民票に登録されている住所、主に連絡させていただく方等について変更された場合は、必ずご連絡ください。緊急時に連絡がつかないことのない様に、ぜひともご配慮ください。

(4)居室・設備・器具の利用

施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反し、ご利用により破損等が生じた場合は、弁償していただくことがございます。

(5)喫煙

当施設は、全面的に禁煙とさせていただきます。ご面会者の方の喫煙もご遠慮ください。

(6)飲酒

飲酒はお断りします。また、酒気帯びによるご面会も固くお断りいたします。

(7)洗濯

洗濯物の引き取りや持参が困難な場合は業者委託での洗濯が可能です。その際、1ネットにつき880円(税込)の洗濯料金が別途発生します。業者洗濯を希望される方は支援相談員または各フロアの職員にお知らせください。

(8)食品の持込(持ち込みの原則禁止と菓子を配る等)

施設で提供している食事及びおやつ以外の物のお持ち込は、原則禁止とさせていただきます。ご利用者の健康維持の観点からもぜひともご理解ください。また、ご家族間や職員へ贈与されることもご遠慮願います。

(9)室内テレビの視聴について

当施設では原則的にテレビの持ち込みはご遠慮いただいております。テレビの視聴をご希望の方は、下記までご連絡いただき、直接業者とご契約いただきますようお願いいたします。

BEST-PLAN(ベストプラン) 072-258-6601

(10)迷惑行為等

騒音等他のご利用者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

(11)宗教活動

施設内での他のご利用者やご家族、職員等に対する執拗な宗教活動はご遠慮ください。ただし、宗教について、その信仰は個人の自由であり、他者への強制や迷惑をかけない限り制限されません。信仰に伴う備品についても限られた居室スペース内に収まり、他のご利用者の療養や職員の業務、他者への精神的負担が発生しない限り、制限いたしませんので先ず施設職員にご相談ください。

(12)政治活動

施設内での他のご利用者やご家族、職員等に対する執拗な政治活動はご遠慮ください。

(13)選挙権の保護

当施設は公職選挙法に基づく、不在者投票委託施設となっております。ご利用者が住所を有する選挙区での選挙がある場合には、不在者投票を行っていただくことができます。事前にお申し出頂けましたら選挙事務手続きを取らせて頂きますが、日程の都合上間に合わない場合にはご家族送迎にて各選挙管理委員会設置の投票所での投票をお願いすることがございます。

(14)動物の飼育

施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

(15)貴重品・金銭

施設内への貴重品や金銭の持ち込みはできる限りご遠慮ください。やむを得ず、貴重品・金銭を持ち込まれる場合は自己にて管理していただきますようお願いいたします。持ち込まれた貴重品・金銭を紛失した場合は当施設では一切の責任を負いかねます。

(16)身体拘束

当施設では、ご利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、ご利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法によりご利用者の行動を制限いたしま

せん。

もしもご利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法によりご利用者の行動を制限する場合は、ご利用者及びご家族に対し事前に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について、その内容を記した文書を作成し、十分に説明し、同意の上、署名捺印を得るものとします。身体拘束を行う際に作成する文書の詳細は、以下のとおりです。

- ①ご利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間。
- ②ご利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやり取りの概要
- ③ご利用者の後見人またはご家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやり取りの概要。

(17)緊急時の対応

当施設では、ご利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、協力医療機関に連絡を取るなど必要な対応を講じます。また、必要に応じてご家族から頂戴した連絡先にご連絡し、ご利用者の状況等についてのご報告をいたします。

(18)秘密の保持

当施設の従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得たご利用者及びご家族等の秘密を漏らしません。但し、次の各号に掲げる情報提供については、ご利用者及びご家族等から予め同意を得ておきます。

- ①介護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、或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。
- ②介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合は利用者個人を特定できないようにイニシャル等を使用することを厳守します。
また、利用終了後も同様の取り扱いとなります。

(19)個人情報の取り扱いについて

ご利用者やご家族に関して、当施設が知りえた個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が定める、「個人情報の取り扱いに関するガイドライン」を遵守し、当施設の「個人情報保護規定」並びに「個人情報保護方針」に則り、断じて漏えいのないように取り扱います。

また、当該同意書とは別に個人情報の取り扱いに関する同意書を取り交わし、一部をご利用者ご家族に交付し、一部を当施設で保管し、取り扱いに関する契約を取り交わします。

(20)記録の保管・開示について

当施設で提供するサービスに関する記録、介護報酬レセプト、請求書・領収証等を作成し、その記録をその行為が発生した時点からと5年間保存します。

また、ご利用者が記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但しご家族等に対しては、ご利用者の承諾その他必要と認められた場合に限り、これに応じます。

在宅復帰・在宅療養支援等指標

下記 A~J の評価項目について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値 90）。

A.在宅復帰率 算定日が属する月の前六月間において、退所者のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が一月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合	20：50%を超える場合 10：50%以下かつ30%を超える場合 0：30%以下
B.ベッド回転率 三十・四を当該施設の平均在所日数で除して得た数	20：10%以上 10：10%未満かつ5%以上 0：5%未満

<p>C.入所前後訪問指導割合 算定日が属する月の前三月間において、入所者のうち、入所期間が一月を超えとも込まれる者の入所予定日前三十日以内又は入所後七日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、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（※1）を行った者の占める割合</p>	<p>10：35%以上 5：30%未満かつ15%以上 0：15%未満</p>
<p>D.退所前後訪問指導割合 算定日が属する月の前三月間において、入所者のうち、入所期間が一月を超えとも見込まれる者の退所前三十日以内又は退所後三十日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（※2）の占める割合</p>	<p>10：35%以上 5：35%未満かつ15%以上 0：15%未満</p>
<p>E.居宅サービスの実施数 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（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む）における実施数</p>	<p>5：3つのサービスを実施 3：2種類のサービス（訪問リハ含む）を実施 1：いずれか2種類のサービスを実施</p>
<p>F.リハ職専門の配置割合 当該施設において、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百を乗じた数</p>	<p>5：5（PT/OT/STいずれも配置） 3：5以上 2：3以上</p>
<p>G.支援相談員の配置割合 当該施設において、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百を乗じた数</p>	<p>5：3以上（社会福祉士配置あり） 3：3以上（社会福祉士配置なし） 1：2以上 0：2未満</p>
<p>H.要介護4又は5の割合 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護四又は要介護五の者の占める割合</p>	<p>5：50%以上 3：50%未満かつ35%以上 0：35%未満</p>
<p>I.喀痰吸引の実施割合 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合</p>	<p>5：10%以上 3：10%未満かつ5%以上 0：5%未満</p>
<p>J.経管栄養の実施割合 算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合</p>	<p>5：10%以上 3：10%未満かつ5%以上 0：5%未満</p>

（※1）退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、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場合を含む。

（※2）退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。

附 則 令和6年4月1日より施行します。

高額介護サービス費のご利用者負担上限額について

当施設に入所されたご利用者が同じ月に受けたサービスの、介護保険利用者負担分（1割・2割または3割負担分）の合計（同じ世帯内に複数の利用者がある場合は世帯合計）が高額になり上限を超えた場合には、申請して認められると、超えた分が「高額介護サービス費」として支給されます。

よって、当施設窓口でお支払いただく介護保険のご利用者負担分の上限額は下記のとおりとなります。

区 分		利用者負担上限額（月額）
<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給者 利用者負担を1万5,000円に減額することで、生活保護の受給者とならない場合 		15,000円
住民税世帯非課税	<ul style="list-style-type: none"> 合計所得金額+課税年金収入額が年80万円以下の方 老齢福祉年金の受給者 	15,000円
	<ul style="list-style-type: none"> 上記以外 	24,600円
<ul style="list-style-type: none"> 市町村民税課税～課税所得380万円（年収約770万円）未満 		44,400円
<ul style="list-style-type: none"> 課税所得380万円（年収約770万円）～課税所得690万円（年収約1,160万円）未満 		93,000円
<ul style="list-style-type: none"> 課税所得690万円（年収約1,160万円）以上 		140,100円

居住費（滞在費）と食費の負担限度額区分について

施設入所サービスの居住費（短期入所療養介護サービスの場合は「滞在費」）及び食費は全額利用者負担となっておりますが、低所得の方に対する配慮として、居住費（滞在費）や食費の負担について限度額が設けられています。軽減を受けるには申請が必要です。

よって居住費（滞在費）と食費に係るお支払いただく1日分の上限額は下記のとおりとなります。

利用者負担段階	区 分	食 費	居住費（滞在費）	
			従来型個室	多床室
第一段階	<ul style="list-style-type: none"> 住民税が世帯非課税で老齢福祉年金受給者の方 生活保護被保護者の方 負担限度額が第一段階の基準を適用すれば、被保護者とならない方 	300円	490円	0円
第二段階	<ul style="list-style-type: none"> 市町村民税世帯非課税者で、合計所得金額+課税年金収入が年80万円以下の方 負担限度額が第二段階の基準を適用すれば、被保護者とならない方 	390円	490円	370円
第三段階 ①	<ul style="list-style-type: none"> 市町村民税世帯非課税者で、合計所得金額+課税年金収入が年80万円を超え120万円以下の方 	650円	1,310円	370円
第三段階 ②	<ul style="list-style-type: none"> 市町村民税世帯非課税者で、合計所得金額+課税年金収入が年120万円を超える方 	1,360円	1,310円	370円

上記内容について、介護老人保健施設サービス開始にあたり、ご利用者に対して説明を行いました。
この重要事項説明書の内容の同意を証するため、本証2通を作成し、押印して1通ずつを保有します。

令和 年 月 日

事業所 大阪府東大阪市岩田町4丁目2番1号
医療法人 寿山会
介護老人保健施設 ヴァンベール
施設長 喜馬 眞由美

説明者 職 種： 支援相談員 _____

説明者： _____

上記内容の説明を事業所から確かに受けました。

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____

ご家族 住 所 _____

氏 名 _____