

# 重 要 事 項 説 明 書

(介護予防短期入所療養介護)

医療法人三秋会

介護老人保健施設さわなり苑



# 介護予防短期入所療養介護重要事項説明書

<令和6年8月1日現在>

## 1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 三秋会
代表者名	長澤 茂
所在地・連絡先	(住所) 岩手県一関市中央町二丁目4番2号 (電話) 0191-21-0613 (FAX) 0191-21-0677

## 2 事業所（ご利用施設）

施設の名称	介護老人保健施設さわなり苑
所在地・連絡先	(住所) 岩手県西磐井郡平泉町長島字砂子沢6番1 (電話) 0191-46-3010 (FAX) 0191-46-5003
事業所番号	0352680003
施設長の氏名	田澤 睦夫
利用定員	80名（内、認知症専門棟30名） （短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護含）
療養室（居室）	一般棟 個室2室 2人室2室 4人室11室 認知症専門棟 個室3室 3人室1室 4人室 6室

## 3 事業の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

介護予防短期入所療養介護は、要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」といいます。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行い、利用者の介護予防及び療養生活の質の向上及び心身機能の維持回復を図ることにより、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

### (2) 運営方針

- ア 当施設では、介護予防短期入所療養介護計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の支援を行い、利用者の身体機能の維持向上を目指すとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。
- イ 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れ等緊急やむを得ない場合を除き、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ウ 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- エ 当施設では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- オ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又は身元引受人、利用者の家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに、利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- カ 当施設では、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保健施設サービスを提供することで、利用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します。また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるように短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援します。

キ 当施設では、地域に根ざした医療・保健・福祉の推進と心のこもったサービスと安心の提供をモットーに、広く地域住民と交流する中で、地域に開かれた施設、明るく家庭的な雰囲気が感じられる施設、そして常に利用者の立場に立ってお世話させていただく施設として、何時でも安心して皆さんからご利用いただけるよう心掛けた施設運営を行います。

#### 4 通常の送迎の実施地域

平泉町、一関市（旧一関市、旧花泉町に限る）及び奥州市（旧衣川村に限る）

#### 5 施設の職員体制

##### (1) 介護保健施設サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護

従業者の職種	人数	職務の内容
施設長	1名	介護老人保健施設に携わる従業者の総括管理、指導を行います。
医師	1名以上	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
薬剤師	1名以上	医師の指示に基づき調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に対し服薬指導を行います。
看護職員	8名以上	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の施設サービス計画、短期入所療養介護計画、介護予防短期入所療養介護計画に基づく看護を行います。
介護職員	20名以上	利用者の施設サービス計画、短期入所療養介護計画、介護予防短期入所療養介護計画に基づく介護を行います。
支援相談員	1名以上	利用者及びその家族からの相談に適切に応じると共に、レクリエーション等の計画や指導を行い、市町村との連携を図るほか、ボランティアの指導を行います。
理学・作業療法士 ・言語聴覚士	2名以上	医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し、指導を行います。
管理栄養士	1名以上	献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行います。（栄養管理）
歯科衛生士	1名以上	利用者の施設サービス計画、短期入所療養介護計画、介護予防短期入所療養介護計画に基づく口腔ケアを行います。
介護支援専門員	1名以上	利用者の介護予防短期入所療養介護計画の原案をたてます。
事務職員	2名以上	施設運営の中で一般的な事務手続きを行います。
技能職員	2名以上	施設等での送迎及び雑務を行います。

※ 夜間については、看護職1名、介護職3名の体制となっています。

※ 医師、理学・作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、支援相談員、介護支援専門員については、兼務を含みます。

##### (2) 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション

従業者の職種	人数	職務の内容
医師	1名以上	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
看護職員	1名以上	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画に基づく看護を行います。
理学・作業療法士 ・言語聴覚士	1名以上	医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し、指導を行います。
管理栄養士	1名以上	献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行います。（栄養管理）
歯科衛生士	1名以上	利用者の通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画に基づく口腔ケアを行います。

介護職員	2名以上	利用者の通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護を行います。
技能職員	1名以上	施設等での送迎を行います。

※ 医師、理学・作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士については、兼務を含みます。

## 6 介護予防短期入所療養介護サービスの内容及び費用

### (1) サービス内容

- ・ 介護予防短期入所療養介護計画の立案
- ・ 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 ～
  - 昼食 12時 00分 ～
  - 夕食 18時 00分 ～
 （利用者の食事摂取状態に応じて、時間を変えて提供する場合があります。）
- ・ 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。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。
- ・ 医学的管理・看護
- ・ 介護
- ・ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ・ 相談援助サービス
- ・ 栄養管理、栄養ケア計画の作成
- ・ 理美容サービス
- ・ 行政手続代行
- ・ 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、具体的にご相談ください。

### (2) 費用

介護予防短期入所療養介護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割の自己負担分と保険給付対象外の費用（滞在費、食費、利用者の選択に基づく特別な療養室料、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、クラブ等で使用する材料費、診断書等の文書作成等）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は介護保険給付額の全額（下記料金表の利用料金×10）をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

当施設の利用者負担につきましては、下記以降をご参照下さい。

### 【料金表】

#### ア 保険給付の自己負担額

介護予防短期入所療養介護費（介護保険制度では、要支援認定による要支援の程度、入所する居室の居住環境等によって自己負担額が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。）

なお、料金表には利用者負担が1割の方の負担金額を掲載しております。このため、2割負担の方は負担金額が2倍、3割負担の方は負担金額が3倍となりますのでご留意願います。

#### ① 基本型

《多床室入所利用》

- ・ 要支援1 613円
- ・ 要支援2 774円

《個室入所利用》

- ・ 要支援1 579円
- ・ 要支援2 726円

#### ② 在宅強化型

《多床室入所利用》

- ・ 要支援1 672円
- ・ 要支援2 834円

《個室入所利用》

- ・ 要支援1 632円
- ・ 要支援2 778円

- (ア) 夜勤職員配置加算  
夜勤配置基準を満たすため、1日につき24円が加算されます。
- (イ) 個別リハビリテーション実施加算  
医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して作成した個別リハビリテーション計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がリハビリテーションを行った場合、1日につき240円が加算されます。
- (ウ) 認知症行動・心理症状緊急対応加算  
認知症により、緊急に在宅での生活が困難であると判断され、介護予防短期入所療養介護を行った場合、利用を開始した日から起算して7日を限度として1日につき200円が加算されます。
- (エ) 若年性認知症利用者受入加算  
若年性認知症利用者に対して、介護予防短期入所療養介護を行った場合、1日につき120円が加算されます。
- (オ) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算  
①在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）  
在宅復帰・在宅療養支援機能を強化し、在宅復帰に向けた取り組みを行い、かつ地域に貢献する活動を行っている場合、1日につき51円が加算されます。  
②在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）  
在宅復帰・在宅療養支援機能をより強化し、在宅復帰に向けた取り組みを行った場合、1日につき51円が加算されます。
- (カ) 送迎加算  
居宅（自宅）と当事業所間での送迎を行った場合、片道につき184円が加算されます。
- (キ) 口腔連携強化加算  
利用者の口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供を行った場合、1月につき50円が加算されます。
- (ク) 療養食加算  
利用者の病状等に応じて、療養食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食等）が提供された場合、1回につき8円が加算されます。（1日につき3回を限度）
- (ケ) 認知症専門ケア加算  
①認知症専門ケア加算（Ⅰ）  
認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護にかかる適切な研修を修了した職員を配置し、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対し、専門的な認知症ケアを行った場合、1日につき3円が加算されます。  
②認知症専門ケア加算（Ⅱ）  
認知症専門ケア加算（Ⅰ）に加え、認知症介護指導者養成研修及び認知症看護にかかる適切な研修を修了している職員を配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施している場合、1日につき4円が加算されます。
- (コ) 緊急時施設療養費  
緊急その他やむを得ない事情における次の医療行為について、それぞれが加算されます。  
①緊急時治療管理  
救命救急医療が必要となる場合において、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、1日につき518円が加算されます。（1月に1回、連続3日限度）  
②特定治療  
医科診療報酬の算定方法に該当す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、医科点数に10円を乗じた金額が加算されます。
- (サ) 総合医学管理加算  
治療管理を目的とし、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行った場合、1日につき275円が加算されます。（7日限度）
- (シ) 生産性向上推進体制加算  
①生産性向上推進体制加算（Ⅰ）  
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）に加え、業務改善の取り組みによる成果が確認された場合、100円加算されます。（1月に1回）  
②生産性向上推進体制加算（Ⅱ）  
見守り機器等を導入し利用者の安全並びに介護サービスの質の確保を行い、必要な安全対策を継続的に行い業務改善の取り組みによる情報を厚生労働省に提出している場合、10円加算

されます。(1月に1回)

(ス) サービス提供体制強化加算

①サービス提供体制強化加算 (I)

介護職員の介護福祉士資格保有者の割合が80%以上のため、1日につき22円が加算されます。

②サービス提供体制強化加算 (II)

介護職員の介護福祉士資格保有者の割合が60%以上のため、1日につき18円が加算されます。

(セ) 介護職員処遇改善加算

①介護職員処遇改善加算 (I)

介護職員処遇改善加算の基準を満たすため、介護予防短期入所療養介護費に上記(ア)から(ス)に該当する加算を加えた金額に7.5%が加算されます。

②介護職員処遇改善加算 (II)

介護職員処遇改善加算の基準を満たすため、介護予防短期入所療養介護費に上記(ア)から(ス)に該当する加算を加えた金額に7.1%が加算されます。

イ 利用料 (介護保険給付対象外サービス)

項目	金額	備考
食費	朝食 560円 昼食 690円 夕食 690円	1食あたり 但し、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。
居住費 個室	1,740円	1日あたり
多床室	437円	但し、居住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。
特別室料		
(115号室) 個室	3,570円	1日あたり (上記居住費に加えてお支払いいただきます。)
(116号室) 個室	3,570円	1日あたり (上記居住費に加えてお支払いいただきます。)
(117号室) 2人部屋	1,100円	1日あたり (上記居住費に加えてお支払いいただきます。)
(118号室) 2人部屋	1,100円	1日あたり (上記居住費に加えてお支払いいただきます。)
日常生活品費	120円	1日あたり 施設で用意するバスタオル、タオル、おしぼり、ボディーソープ、シャンプー、リンス等を希望利用された場合に係る費用
教養娯楽費	実費	クラブ活動等に希望参加された場合に係る費用
健康管理費	実費	インフルエンザ予防接種等に係る費用
診断書料	5,500円	診断書等の文書作成・発行に係る費用
証明書作成費	2,200円	入所証明書、各種証明書作成・発行に係る費用
理美容代	実費	理髪店の出張による理髪サービスを利用いただけます。
行事費	実費	行事等 (小旅行や観劇など) に希望参加された場合に係る費用
電気機器持込料	50円	1機器1日あたり
洗濯代		
タオルケット	230円	1枚あたり
丹前	230円	1枚あたり
上着	180円	1枚あたり
ズボン	180円	1枚あたり
シーツ (個人所有)	180円	1枚あたり
寝巻き	180円	1枚あたり
肌着 (上)	120円	1枚あたり
肌着 (下ズボン)	120円	1枚あたり
パジャマ (上)	120円	1枚あたり

パジャマ (下)	120円	1枚あたり
バスタオル	120円	1枚あたり
フェイスタオル	40円	1枚あたり
パンツ	50円	1枚あたり
靴 下	40円	1枚あたり
小物洗濯	40円	1枚あたり
靴	230円	1足あたり
食事代 (家族)	690円	1食あたり

\* 食費」及び「滞在費」において、国が定める負担限度額段階（第1段階から第3段階まで）の利用者の自己負担額については、《別添資料1》をご覧ください。

### (3) サービス内容及び費用の変更

サービス内容及び費用が変更となる場合、変更後の重要事項説明書、または利用サービス内容変更説明書により、その内容をご説明し、同意を得ることとします。

## 7 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに「6 介護予防短期入所療養介護サービスの内容及び費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料請求書により、利用者及び身元引受人が指定する送付先に対し請求いたしますので、毎月月末までに現金、口座引落または下記口座に振込送金してお支払いください。入金確認後、領収証を発行、送付いたします。

振込先 一関信用金庫 山目支店  
 普通預金 口座番号 1069112  
 口座名義 医療法人三秋会 介護老人保健施設さわなり苑  
 理事長 長 澤 茂

## 8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

### (1) 当施設における苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	対応責任者 施設長 田澤 睦夫 窓口責任者 支援相談員 小林 貴恵 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話(0191-46-3010) ご意見箱(1階事務室前カウンターに設置)
------------	--

### (2) 当施設以外の苦情等相談窓口

岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課		所在地 盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電話 019-604-6700 FAX 019-604-6701 受付 9:00～17:00 (土曜、日曜、祝祭日、12/29～1/3は除く)
保 険 者	一関地区広域行政組合 介護保険課	所在地 一関市竹山町7番2号 電話 0191-31-3223 受付 8:30～17:15 (土曜、日曜、祝祭日、12/29～1/3は除く)
	上記以外	所在地の各市町村介護保険担当課 (介護保険の相談苦情窓口)

## 9 事故発生時・緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合または事故が発生した場合は、速やかに協力医療機関または協力歯科医療機関、他の専門的機関、緊急時連絡先(ご家族等)、介護予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者等へ連絡をします。

また、サービスの提供にあたって、賠償すべき事故が発生した場合は、契約書第16条により、その損害



を賠償します。

## 10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設さわなり苑 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「介護老人保健施設さわなり苑 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓	9箇所
	避難階段	2箇所	ガス漏れ探知機	あり
	自動火災報知機	あり	消火器	21箇所
	誘導灯	20箇所		
カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。				

## 11 協力医療機関等

医療機関	病院名 及び 所在地	岩手県立磐井病院 岩手県一関市狐禅寺字大平17番地
	電話番号	0191-23-3452
	診療科	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・小児科・神経内科・外科・ 整形外科・脳神経外科・眼科・産婦人科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・ 麻酔科・放射線科・形成外科・リハビリテーション科・皮膚科・病 理科
	入院設備	有
歯科	病院名 及び 所在地	平泉歯科診療所 岩手県西磐井郡平泉町平泉字志羅山11番地4
	電話番号	0191-46-2130

## 12 秘密保持・個人情報保護

事業者、従業者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及び身元引受人、利用者の家族の秘密・個人情報を保護します。但し、介護サービス上必要ある場合（別紙「個人情報の利用目的」の範囲内）については、利用者及び身元引受人、利用者の家族の情報を使用します。

## 13 施設の利用にあたっての留意事項

- (1) 面会は、午前8時から午後8時までの間をお願いします。面会の際は受付カウンターに備え付けの受付用紙に必要事項を記入の上、職員に申し出てください。また、ご家族などによる飲食物の持ち込みについては職員に相談してください。  
なお、インフルエンザ等の流行状況によっては、面会を制限する場合があります。
- (2) 消灯時間は、午後9時とします。
- (3) 外出、外泊を希望する場合は、外出・外泊許可願に必要事項を記入のうえ、許可を得てから外出、外泊して下さい。
- (4) 施設内での飲酒、喫煙は禁止とします。但し、施設行事の中で、医師から許可を得た利用者様に、施設から提供する場合の飲酒についてはこの限りではありません。
- (5) 火器（マッチ、ライター）類、刃物（ナイフ、ハサミ）類など危険物の施設への持ち込みは一切禁止とします。
- (6) ペット類の施設への持ち込みは禁止とします。
- (7) (5)・(6)に記載のほかにも、日常生活上並びに療養生活上必要と思われるもの以外は、原則として施設への持ち込みを禁止とします。
- (8) 施設内設備・備品等利用の際は、危険を伴う場合もあることから、事前に職員に相談して下さい。
- (9) 高額な金銭・貴重品の施設への持ち込みは禁止とします。これ以外の金銭・貴重品については、利用者様ご本人の責任の下で管理して下さい。なお、やむを得ない理由により施設が金銭をお預かりする場合

でも、その際は小遣い程度の範囲内とします。

- (10) 外泊時等に医療機関を受診する必要がある場合は、必ず施設に連絡をお願いします。
- (11) 利用者様の施設内での営業活動、布教等の宗教活動、政治活動は一切禁止といたします。
- (12) 他の利用者様への迷惑行為、暴力行為並びに職員への暴力行為は一切禁止といたします。
- (13) 施設の設備・備品等を故意に破損、汚損する行為は一切禁止といたします。
- (14) 施設利用中は、栄養計算された食事を通して利用者様の栄養状態を管理していただく必要があることから、特段の事情・理由がない限り施設が提供する食事をお召し上がりいただきます。

#### 14 利用者様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証、介護負担割合証、健康保険証を提示してください。また、介護保険負担限度額認定証を受けている場合には併せて提出してください。

その他、必要に応じて各種書類等提出を求める場合があります。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護予防短期入所療養介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日  
事業所 住所 岩手県西磐井郡平泉町長島字砂子沢6番1  
事業者(法人)名 医療法人 三秋会  
事業所名 介護老人保健施設さわなり苑

説明者 職名  
氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防短期入所療養介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、介護予防短期入所療養介護サービスに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所  
氏名 印

身元引受人 住所  
氏名 印

連帯保証人 住所  
氏名 印

【本契約書第10条の請求書・明細及び領収書の送付先】

請求書及び領収書送付先	氏名(続柄)	( )
	住所	
	電話番号	( )

【緊急時の連絡先】

緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	( )
	住所	
	電話番号	( )

《別添資料1》

## 「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）
- 利用者負担第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、次の2つの要件を満たしている方となります。
  1. 本人と世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が市町村民税非課税であること。
  2. 本人の合計所得金額・年金収入額と本人・配偶者（別世帯含む）の預貯金等の合計額が下記の範囲であること。

### 【利用者負担第1段階】

生活保護を受けておられる方か、老齢福祉年金を受けておられる方で、かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下の方

### 【利用者負担第2段階】

課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金（遺族年金と障害年金）収入額の合計額が年額80万円以下の方で、かつ、預貯金等が単身で650万円（夫婦で1,650万円）以下の方

### 【利用者負担第3段階①】

課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金（遺族年金と障害年金）収入額の合計額が年額80万円超120万円以下の方で、かつ、預貯金等が単身で550万円（夫婦で1,550万円）以下の方

### 【利用者負担第3段階②】

課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金（遺族年金と障害年金）収入額の合計額が年額120万円超の方で、かつ、預貯金等が単身で500万円（夫婦で1,500万円）以下の方

※65歳未満の人は、収入等に関係なく、預貯金等の合計は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下。

- その他詳細については、市区町村窓口でおたずね下さい。

### 負担額一覧表（1日当たりの利用料）

	食費	利用する療養室のタイプ	
		従来型個室	多床室
利用者負担第1段階	300	550	0
利用者負担第2段階	390 (600)		1,370
利用者負担第3段階①	650 (1,000)		
利用者負担第3段階②	1,360 (1,300)		

※短期入所サービス（ショートステイ）を利用した場合、食費の負担限度額は（ ）内の金額。