入 所 の ご 案 内

特別養護老人ホーム コーポ上口
（指定介護老人福祉施設）

〒690－0012 松江市古志原6－8－10
ＴＥＬ (0852)21-6365　ＦＡＸ (0852)21-5993

☆ 施設入所できる方

○ 65才以上で、原則、要介護3～5を受けている方
ただし、要介護1、2の方でもやむを得ない事情により在宅生活が困難な状況にあれば新規入所が認められる場合（※）があります
※ 入所判断には、施設と保険者市町村との間での必要な情報共有等実施

○ 40才以上65才未満の方で特定の病気の方
特殊な治療等が必要な方は、お受け入れ出来ないことがあります

☆ 申し込み方法

○ 入所申込書へご記入後、直接当施設へお申し込み下さい
○ 入所希望者が多い場合、入所に要する期間が多少かかりますので、ご了承下さい
※お申し込みいただいた方々の緊急性（介護度や心身の状態、生活状況などを勘案）に応じて入所順番を決定いたします

☆ 施設での生活

○ 食事　身体状況を考慮した食事を提供します
（食事時間）朝食／AM 7:30～　昼食／PM 12:00～　夕食／PM 6:00～

○ おやつ　PM 3:00～ 日替わり手作りお菓子、水分補給

○ 入浴　一般浴、特浴（機械入浴）

○ 体操・機能訓練があります

☆ 入所時にご持参いただくもの

○ 関係書類
・介護保険被保険者証 ・介護保険負担割合証 ・印鑑（当施設で今後お預かりするもの）
・健康保険被保険者証 ・障害者手帳（認定者のみ） ・福祉医療費受給資格者証（認定者のみ）
・介護保険負担限度額認定証（認定者のみ） ・利用者負担軽減確認証（認定者のみ）

○ 医療関係
・主治医紹介状 ・現在服用中の薬 ・看護師申し送り状

○ 日用品
タオル、バスタオル、上履き、小やかん、湯飲み（吸い飲み）、ゴミ箱
洗面用具、くし、ひげそり（男性）、歯ブラシ、歯みがき、コップ等
（必ず名前を油性マジックでご記入下さい）

○ 衣類
上着、ズボン、寝巻き、下着類、その他
（必ず名前を油性マジックでご記入下さい）

☆ 施設での健康管理

○嘱託医、看護師が健康管理を行います
※協力病院は松江市立病院（島根県松江市乃白町32－1）ですが、ご家族の希望に応じます

☆ 利用料金について

○施設サービス費

①要介護度別負担額　（1日あたり）

区分	国が定める負担割合に応じた自己負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護　1	573円	1,146円	1,719円
要介護　2	641円	1,282円	1,923円
要介護　3	712円	1,424円	2,136円
要介護　4	780円	1,560円	2,340円
要介護　5	847円	1,694円	2,541円

②体制加算（当事業所の職員状況など定められた基準に適合している等により加算）

		1割負担	2割負担	3割負担
日常生活継続支援加算	1日あたり	36円	72円	108円
看護体制加算	1日あたり	19円	38円	57円
夜勤職員配置加算	1日あたり	28円	56円	84円
安全対策体制加算	1回限り	20円	40円	60円

③個別加算（それぞれサービスを提供した実績等に応じて加算）

		1割負担	2割負担	3割負担
初期加算	1日あたり	30円	60円	90円
療養食加算	1食あたり	6円	12円	18円
入院・外泊加算（月6日限度）	1日あたり	246円	492円	738円
個別機能訓練加算	1日あたり	12円	24円	36円
栄養マネジメント加算	1日あたり	14円	28円	42円
低栄養リスク改善加算	同意日から6ヶ月間	300円	600円	900円
科学的介護推進体制加算Ⅱ	1月あたり	50円	100円	150円
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月あたり	30円	60円	90円
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月あたり	130円	260円	390円
再入所時栄養連携加算	入院後経管栄養になられた際1回	400円	800円	1,200円
経口維持加算	1月あたり(6か月以内)	500円	1,000円	1,500円
口腔衛生管理加算Ⅰ	1月あたり	90円	180円	270円
口腔衛生管理加算Ⅱ	1月あたり	110円	220円	330円
看取り介護加算	逝去日以前31～45日以下	72円	144円	216円
	逝去日以前4～30日以下	144円	288円	432円
	逝去日の前日及び前々日	680円	1,360円	2,040円
	逝去日	1,280円	2,560円	3,840円

④処遇改善加算

	1割負担	2割負担	3割負担
介護職員処遇改善加算	上記①～③の合計利用料金に1000分の83を乗じた額		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	上記①～③の合計利用料金に1000分の27を乗じた額		

○食費・滞在費 （1日当たり 朝食400円、昼食530円、夕食515円）

利用者負担段階	対象者		食費	滞在費（従来型個室・多床室）
1段階	生活保護等受給者 老齢福祉年金受給者		300円	0円
2段階	世帯全員の市町村民税が非課税	年金収入額と、その他の合計所得金額の合計が80万円以下の方	390円	370円
3段階	世帯全員の市町村民税が非課税	年金収入額と、その他の合計所得金額の合計が80万円超120万円以下の方	650円	370円
	世帯全員の市町村民税が非課税	年金収入額と、その他の合計所得金額の合計が120万円超の方	1，360円	370円
介護保険負担限度額証の交付を受けていない方（基準費用額）			1，445円	855円

※その他クリーニング代、散髪代（2,000円）は、実費お支払いいただきます

☆ 相談窓口

施設サービス利用申込み前に、ご希望の方には施設見学ご案内致します
お気軽にご相談下さい

TEL（0852）21－6365　FAX（0852）21－5993