

特別養護老人ホーム「ディアコニア」

入所定員

ディアコニアでは入所される居室は個室となっており、8～10 人の集まりを単位とする小規模生活単位（ユニット・ケア）を採用しています。ユニットの数及びそれぞれの定員は下表のとおりです。

| ユニット名 | ユニット数 | ユニット毎の定員 |
|----------------------|-------|----------|
| さくら、もくれん、きんもくせい、こでまり | 4 | 8 |
| かえで、さつき | 2 | 9 |
| はぎ、ふじ、もも | 3 | 10 |
| 計 | 9 | 80 |

居室等の概要

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|----------|-----|-----------------------------------|
| Aタイプ | 40室 | 各室 13.28㎡(トイレ、洗面所、ベッド)、家具持込可 |
| Bタイプ | 10室 | 各室 16.77～17.43㎡(トイレ、洗面所、ベッド)、家具持込 |
| Cタイプ | 30室 | 各室 19.2㎡(トイレ、洗面所、ベッド)、家具持込可 |
| リビング | 9室 | 各 90.4～193.5㎡ 少人数での居間と食事 |
| 静養室 | 1室 | 16.9㎡ |
| 機能訓練室 | 1室 | 71.6㎡、平行棒、マットレス、足漕ぎ車いす、輪なげ器その他 |
| 特別浴室 | 1室 | 36.0㎡、特別浴槽（寝浴タイプ、チェア・インタイプ） |
| 一般浴室 | 5室 | 計 120㎡、ひのき浴槽 5 個浴槽 5 リフト付個浴 1 |
| 看護室 | 1室 | 54.7㎡ |



基本サービス内容

①食事（ただし食材料費は別途いただきます）

ディアコニアでは管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

朝食：7:30～8:30 昼食：12:00～13:00 夕食：17:30～19:00

②入浴 入浴を週2回行います。寝たきりの状態でも特別浴槽を使用して入浴することができます。

清拭は入浴に準じた回数を行います。

③排泄 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。

④機能訓練 機能訓練指導員（看護師）及び理学療法士が、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の維持回復を目的とした訓練を実施します。

⑤健康管理 医師や看護師が健康管理を行います。

⑥その他 自立への支援策として、下記のことを援助します。

○寝たきり防止のため、可能な限り離床に配慮します。

○生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

○清潔で快適な生活が送れるよう、洗面・歯磨きなど適切な整容が行われるよう配慮します。

行事

- ・グリーンズフェア（5月）
- ・夏祭り（8月）
- ・敬老会（9月）
- ・クリスマス会（12月）

その他の活動

- ・喫茶店、（毎月1回） ・売店（2週間に1回）
- ・地域ボランティアのよる余暇活動（手芸、読み聞かせ等）
- ・各ユニットによる調理企画、外出企画



入所対象

入所要件

- （1）当施設に入所できるのは、介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護3」以上と認定された方、また要介護1・2の認定であっても「特例入所」の要件に該当すると認められた方が対象となります。
- （2）入所契約の締結前に、医療機関にて感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出により施設利用に問題がないと認められた方。

居住地

上記入所要件に満たす方であれば、居住地による入所制限はありません。なお、お住まいの地域に応じて（袋井市内、中東遠地区、が保険者となっている方）優先入所順位を設定する際に若干の加算がされます。

利用料（収入制限も含め）

A. 施設サービス費

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金（国で定める）から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）。下表は1日あたりの単位数です。袋井市は7級地となるため、単位数に10.14を乗じて得た金額の1割、2割または3割が利用者負担となります。利用料金は、月毎に請求をします。なお、月により日数が異なりますので毎月の請求金額は変動します。



(1日あたり)

| 要介護度 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|----------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| 施設サービス費単位数 | 638 | 705 | 778 | 846 | 913 |
| 日常生活継続維持加算 | 46 | | | | |
| 夜勤職員配置加算 | 18 | | | | |
| 看護体制加算 | 4 | | | | |
| 個別機能訓練加算 | 12 | | | | |
| 栄養マネジメント加算 | 14 | | | | |
| 処遇改善加算Ⅰ | 総単位の 8.3% | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 総単位の 2.7% | | | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | 30/月 | | | | |
| 精神科医師定期的療養指導加算 | 5 | | | | |

上記以外の加算

| 療養食加算 | 18/日 | 初期加算（入所した日から 30 日間） | 30/日 |
|-----------|-------|---------------------|------|
| 経口移行加算 | 28/日 | 退所前後訪問相談援助加算 | 460 |
| 経口維持加算（Ⅰ） | 400/月 | 退所時相談援助加算 | 400 |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 100/月 | 退所前連携加算 | 500 |
| 看取り介護加算 | 144/日 | 外泊時費用加算 | 246 |
| 口腔衛生管理加算 | 90/月 | 在宅復帰支援機能加算 | 10 |

*栄養マネジメント加算については、栄養ケア計画を作成の上、同意書をいただきます。

*所得により市町村の認定を受けて減免する制度があります。

*ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂き、要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

*介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

1 カ月（30 日）あたりの施設サービス費の自己負担分（概算）

（単位：円）

| | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 1 割負担 | 24,918 | 27,185 | 29,649 | 31,941 | 34,202 |
| 2 割負担 | 49,828 | 54,370 | 59,298 | 63,882 | 68,404 |
| 3 割負担 | 74,752 | 81,556 | 88,948 | 95,823 | 102,606 |

B. 食事費

食事費については、介護保険負担限度額確定証・社会福祉法人等利用者負担軽減確認証がある場合は減額されます。それ以外の方は日額 1,392 円です。

*行事など、入所者の希望で特別の食事を用意する場合は、実費負担になります。

| | 第 3 段階 | 第 2 段階 | 第 1 段階 |
|--------|--------|--------|--------|
| 入所者負担額 | 650 円 | 390 円 | 300 円 |

なお、おやつを希望する場合、1 日あたり別途 60 円がかかります。

C. 居住費

居住費については、介護保険負担限度額確定証・社会福祉法人等利用者負担軽減確認証がある場合は減額されます。それ以外の方は日額 2,006 円です。

*ユニット型個室による費用として下表（日額）の負担があります。

| | 第 3 段階 | 第 2 段階 | 第 1 段階 |
|--------|---------|--------|--------|
| 入所者負担額 | 1,310 円 | 820 円 | 820 円 |

*入院、外泊中は、最長 6 日間まで、入居されている間と同額の住居費をお支払いいただきます。短期入所生活介護事業等で入院、外泊中の居室の利用を相談させていただく場合がありますので、ご了承下さい。この場合は、この期間における居住費はいただきません。

D. その他

① 日常生活に必要な費用

| ご利用サービス | 利用料金 | 備考 |
|--------------|---|---|
| 日用品費 | ご入所者個人の日常生活で最低限必要な物品のうち施設でご用意させていただいたものの料金です。 | ご入所者等で物品をご用意されるか、施設に提供を依頼するか、選択することができます。「日用品費に係る同意書」（別紙）にどちらを選択されるか、記入をお願いいたします。 |
| 証書類の保管、管理 | 100 円/月 | 各保険証、手続用認印等の預かり。任意です。 |
| 銀行預金通帳の保管、管理 | 400 円/月 | 預金通帳を預かる場合です。任意です。 |
| 理美容サービス | 実費 | 出張理容サービスを利用します。 |

② 個人の選択により必要となる費用

| ご利用サービス | 利用料金 | 備考 |
|-----------------------|------|------------------|
| 特別な食事等（栄養補助食品、高カロリー食） | 実費 | |
| 外出、外食、外泊（行事等）時の費用 | 実費 | 職員付き添いで外出します。 |
| ホーム外行事の入場料等 | 実費 | 入場料や拝観料は実費です。 |
| クリーニング代（個人希望による外注） | 実費 | 日常生活の洗濯代は徴収しません。 |
| クラブ活動、趣味活動などの特別な材料費 | 実費 | |
| 入居者の依頼による買い物 | 実費 | |

入所のお申し込み方法

入所のお申し込みは、「特別養護老人ホーム ディアコニア 入所申込書」にご記入の上、当施設へご提出ください。その際、介護保険証を確認させていただきますのであわせてご持参下さい。（当施設で、介護保険証の写しをいただきます。写しは当施設で対応させていただきます）

入所のお申し込みに来られた際は、施設見学、入所の流れ、施設の概要、介護サービスの内容等についてご説明いたします。入所のお申し込みに来られる際は、あらかじめお電話等でご連絡をお願いします。

※ お申し込み後、要介護度やご本人・ご家族の状況等に変更があった場合、当施設へ連絡をお願いします。

（要介護度・ご家族の状況等につきましては、入所申込者基準に大きく関わります）

※ 入所申込書の有効期限は 3 年間です。

