

# 重要事項説明

～ 愛と和と奉仕の精神 ～

ご入所様の尊厳が守られ、心穏やかな日々をお過ごしいただきますよう私達職員一同、「健康の維持」「安心安全な環境作り」の提供を目指します。



介護医療院 みかげ

0156 - 63 - 3711



星光会ホームページ

# 重要事項説明書

## ◇◇ 目 次 ◇◇

R7.1 ~

| 項 目               | 内 容                | ページ   |
|-------------------|--------------------|-------|
| 1. 施設概要           | ① 当施設の概要           | 3     |
|                   | ② 構 造              |       |
|                   | ③ 居 室              |       |
|                   | ④ 設備の概要            |       |
| 2. 事業の目的と運営の方針    |                    | 4     |
| 3. 職員体制           |                    |       |
| 4. 施設サービスの概要      | ① 食事               | 5     |
|                   | ② 排泄               | 6     |
|                   | ③ 入浴               |       |
|                   | ④ 感染管理             | 7     |
|                   | ⑤ 健康管理             |       |
|                   | ⑥ 機能訓練             | 8     |
|                   | ⑦ 社会的交流の便宜 (年間計画)  |       |
|                   | ⑧ 1日のスケジュール        | 8     |
|                   | ⑨ 苦情・相談            |       |
|                   | ⑩ 契約解除             |       |
| 5. 緊急時の対応         |                    |       |
| 6. 協力医療病院         |                    | 9     |
| 7. 施設利用にあたっての留意事項 |                    |       |
| 8. 利用料 ( 法廷給付 )   | 法定代理サービス (1~3 割負担) |       |
| 9. 利用料金           | ① 基本料金表            | 10    |
|                   | ② 食費・居住費           | 11~12 |
|                   | ③ 必要に応じて加算される費     |       |
|                   | ④ 入退所時の加算          | 13    |
| 10. 日用品費          | ① 単品内容             | 14    |
|                   | ② セット内容            | 15    |
|                   | ③ その他 (洗濯・電気代など)   |       |
|                   | ④ 教養娯楽費            |       |
| 11. 月額概算          | ① 食費・居住費の負担段階別一覧表  | 16    |
|                   | ② 特別な室料の負担段階別一覧表   |       |
|                   | ③ 日用品費とその他加算の費用概算  |       |
|                   | ④ 月額概算             |       |
| 12. 事務手続き         | 事務手続きのご案内          | 17~18 |



## 【 介護医療院 】

入所するにあたり、当施設が説明すべきサービスの提供内容は次のとおりです。

### 1. 施設概要

#### ① 当施設の概要

|       |   |
|-------|---|
| 施設名   | 介護医療院 みかげ   |
| 管理者氏名 | 荒井 正昭   |
| 所在地   | 〒 089 - 0352<br>北海道上川郡清水町御影西2条3丁目13番地             |
| 電話番号  | 【 TEL 】 0156 - 63 - 3711 【 FAX 】 0156 - 67 - 7044 |

#### ② 構造の概要

|     |       |                       |
|-----|-------|-----------------------|
| 敷地  |       | m <sup>2</sup>        |
| 建 物 | 構 造   | 鉄筋平屋建て                |
|     | 延べ床面積 | 873.80 m <sup>2</sup> |
|     | 利用定員  | 29 名                  |

#### ③ 居室の概要

| 居室の種類 | 居室名    | 面 積                   | 1人あたりの面積             |
|-------|--------|-----------------------|----------------------|
| 1人部屋  | ライラック  | 9.80 m <sup>2</sup>   | 9.80 m <sup>2</sup>  |
| 2人部屋  | ラベンダー  | 20.314 m <sup>2</sup> | 10.15 m <sup>2</sup> |
| 2人部屋  | スズラン   | 20.111 m <sup>2</sup> | 10.05 m <sup>2</sup> |
| 2人部屋  | カスミソウ  | 18.731 m <sup>2</sup> | 9.36 m <sup>2</sup>  |
| 2人部屋  | バラ     | 18.024 m <sup>2</sup> | 9.01 m <sup>2</sup>  |
| 2人部屋  | キキョウ   | 18.636 m <sup>2</sup> | 9.31 m <sup>2</sup>  |
| 2人部屋  | ヤマブキ   | 17.866 m <sup>2</sup> | 8.93 m <sup>2</sup>  |
| 4人部屋  | サクラ    | 36.423 m <sup>2</sup> | 9.10 m <sup>2</sup>  |
| 4人部屋  | ヒマワリ   | 36.355 m <sup>2</sup> | 9.08 m <sup>2</sup>  |
| 4人部屋  | チューリップ | 36.355 m <sup>2</sup> | 9.08 m <sup>2</sup>  |
| 4人部屋  | コスモス   | 36.174 m <sup>2</sup> | 9.04 m <sup>2</sup>  |

#### 各居室の設備内容

| 居室名                   | 部屋の種類 | 設備内容  |
|-----------------------|-------|---|
| サクラ                   | 4人部屋  | 電動ベット・ワードローブ・チェスト・共用の洗面台・酸素・吸引<br>中型テレビ (契約)・小型冷蔵庫 (契約)                 |
| ヒマワリ・コスモス<br>チューリップ   | 4人部屋  | 電動ベット・ワードローブ・チェスト・共用の洗面台・<br>中型テレビ (契約)・小型冷蔵庫 (契約)                      |
| ラベンダー<br>スズラン         | 2人部屋  | 電動ベット (3モーター) 大型ワードローブ・チェスト・共用の洗面台・酸素・吸引<br>中型テレビ (契約)・小型冷蔵庫 (契約)       |
| カスミソウ・バラ<br>キキョウ・ヤマブキ | 2人部屋  | 電動ベット (3モーター) 大型ワードローブ・チェスト・<br>中型テレビ (契約)・小型冷蔵庫 (契約)                   |
| ライラック                 | 1人部屋  | 電動ベット (3モーター) 備え付けの家具 (ワードローブ・大型チェスト)・<br>トイレ・洗面台・大型テレビ (契約)・小型冷蔵庫 (契約) |

※ 2人部屋と4人部屋のベット間には、間仕切りを設置

#### ④ 設備の概要

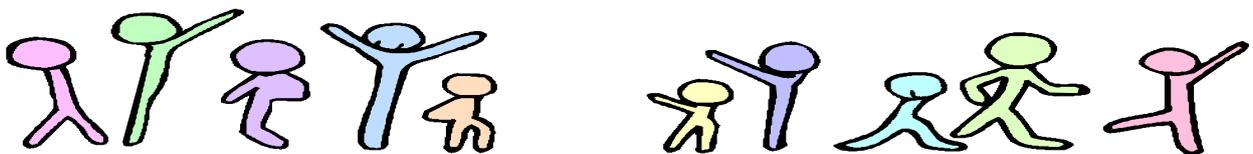
| 設 備                      | 部屋数          | 面積   | 備 考       |
|--------------------------|--------------|--|-----------|
| 食堂兼談話室兼機能訓練室兼レクリエーションルーム | 1 室          | 134.85 m <sup>2</sup>  | 御影診療所との共用 |
| 浴室（脱衣室含）                 | 1 室          | 43.89 m <sup>2</sup>   | 同 上       |
| 診察室                      | 御影診療所の診察室を利用 |  |           |
| スプリンクラー                  | 72           |  |           |
| 火災検知機                    | 43           |  |           |
| 誘導灯                      | 4            |  |           |
| 消 火 器 具                  | 4            |  |           |

## 2. 事業の目的と運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | この事業は、要介護状態にある入所者様の意思及び人格を尊重し、入所者様の立場に立った適切な介護医療院サービスを提供する事を目的とする。   |
| 運営の方針 | 要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である方に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的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お世話をを行うことにより、入所者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする。 |

## 3. 職員体制（主たる職員）

| 職 種                | 指定基準    | 当施設の員数  | 備 考             |
|--------------------|---------|---------|-----------------|
| 管理者                | 1 人     | 1 人     | 医師（御影診療所と兼務）    |
| 医 師                | 1 人以上   | 1 人以上   | 医師（御影診療所と兼務）    |
| 薬剤師                | 0.2 人以上 | 0.2 人以上 |                 |
| 看護職員               | 4.8 人以上 | 5 人以上   |                 |
| 介護職員               | 5.8 人以上 | 6 人以上   |                 |
| 作業療法士、理学療法士又は言語聴覚士 | 相当数     | 1 人以上   |                 |
| 栄養士、管理栄養士          | 相当数     | 1 人以上   |                 |
| 介護支援専門員            | 1 人以上   | 1 人以上   | 看護職員・介護職員・相談と兼務 |
| 支援相談員              |         | 1 人以上   | 介護支援専門員と兼務      |
| 調理員                | 相当数     | 相当数     |                 |
| 事務員                | 相当数     | 相当数     |                 |



## 4. 施設サービスの概要

### ① 食 事

| 食 事 | 通常の配膳時間 |
|-----|---------|
| 朝 食 | 8 : 00  |
| 昼 食 | 12 : 00 |
| 夕 食 | 18 : 00 |

- ◇ 献立の掲示は、掲示板に掲示しております。
- ◇ 特別な食事（おやつ等）を希望される方はお申し出下さい。契約後、提供させていただきます。料金は、食費とは別に別途協議の上、提供させていただきます。
- ◇ 食事時間は、前後1時間を設けております。変更したい方はお申し出下さい。
- ◇ アレルギーや嗜好等で献立を変更したい方は、選択メニューで対処させていただきます。（ご希望にそえない場合もありますのでご了承下さい）
- ◇ 栄養相談は随時対応しております。

### ② 排 泄

| トイレ誘導 ・ オムツ交換の定時時間 |       |       |       |       |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 日 中                | 8:30  | 10:30 | 13:00 | 16:00 |
| 夜 間                | 19:30 | 22:00 | 3:00  | 6:00  |

- ◇ 排泄援助は、各利用者に合わせて出来るだけ自立に向けた援助を行います。
- ◇ オムツ使用時は、かぶれ防止やリハビリ等に影響がないように配慮します。
- ◇ オムツの提供は、当施設で行います。
- ◇ トイレ誘導は、随時個人に合わせて時間で行います。
- ◇ プライバシーに十分配慮した対応をさせていただきます。

### ③ 入 浴

- ◇ 平日、9時から15時まで行います。
- ◇ 入浴回数は、週2回以上を確保します。
- ◇ 入浴日や時間は、利用者の全身状態により変更する事があります。
- ◇ 当日入浴が出来ない方は、代替え日での対応か清拭を行います。
- ◇ 11月～3月頃は、インフルエンザ等の流行状況により、入浴日や期間を変更する事があります。変更時は利用者へ随時説明をします。
- ◇ プライバシーに十分配慮した対応をさせていただきます。



#### ④ 感染防止（整容等）

|       | 基本事項  | 備考（交換等）                                     |
|-------|---|---|
| 口腔ケア  | 食事毎のケアを徹底します。   | 毎日  |
| 服 装   | お好きな物を着用して下さい。  | ※施設洗濯(業者)の方は洋服の素材に留意                        |
|       | パンツと靴下は毎日履き替えて頂きます。   | 毎日  |
| シーツ交換 | 週1回行います。  | 毎週月～火曜日（汚染時随時交換）                            |
| 消 毒   | 居室・冷蔵庫・廊下・食堂・リハビリ室等の消毒を行います。  | ・冷蔵庫は週2回<br>・他は委託先の掃除業者により平日毎日行い、連休は随時行います。 |
| ご 面 会 | 時間を厳守して下さい。<br>玄関の開放時間は10時～19時となります。<br>時間外の訪問の方は、玄関右にあるチャイムを押してください。   | ※ 感染症の流行状況により変更<br>することがあります。               |
|       | 面会時は、手洗い・消毒・検温・マスク装着・最低人数での面会をお願いします。   | 手指消毒  |
|       | ・体調不良の方・風邪をひいている方・同居ご家族様が同様に症状のある方は、ご面会を禁止させていただきます。<br>・利用者様が体調不良の場合は、ご面会を制限させて頂くことがあります。<br>・コロナウィルスやインフルエンザ等の感染流行状況に応じ、ご連絡の上 面会を禁止させて頂く場合がありますのでご了承ください。 |   |

◇ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。

#### ⑤ 健康管理

|      | 基本事項  | 備考                          |
|------|---|-----------------------------|
| 回 診  | 平日随時行います。   | 医師が行います。                    |
| 検 査  | 定期検査は必要に応じて行います。  | 身体の状態に応じて必要な検査を行います。        |
|      | 検尿・検便・心電図・胸部レントゲン等は、必要に応じて行います。   |                             |
|      | 各検査の説明は随時説明をします。  | 文書での説明を希望する場合は、お申し出下さい。     |
| 医療行為 | 身体状態に応じ随時医療行為を行います。（歯科も同様）  | その際には看護師からご連絡いたします。         |
|      | インフルエンザワクチンは、流行時期に合わせて行います。<br>肺炎球菌ワクチンは、要望や必要に応じて実施します。<br>コロナウイルスワクチンは、情勢により医師の判断のもと要望や必要に応じて実施します。 | インフルエンザの流行時期に応じて接種時期を変更します。 |
|      | ご要望は入所時に同意確認しますが、実施時も確認します。<br>料金は、別途かかります。   |                             |

◇ 利用者様の安全の確保に最大限努めております。しかし、完全に予防できるとは限りません。

1対1の援助とはいかない時も多く、訪室の際に転倒されていたなどといった事例も発生しております。

ご家庭で起こりうる事故は施設でも起きることがあることをどうかご理解いただきますようお願い致します。

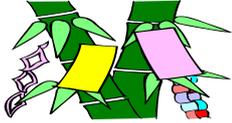
⑥ 機能訓練

|          |  |    |        |   |        |   |
|----------|--|----|--------|---|--------|---|
| 個人のリハビリ  | 医師の指示の下、利用者の状況に合わせて計画を立て行います。                                      |    |        |   |        |   |
| 日常のリハビリ  | 毎日の生活の中で、利用者が出来るだけ自立出来る様に配慮します。                                    |    |        |   |        |   |
| レクリエーション | 平日14:00～15:00頃行います。<br>感染流行状況により実施出来ない事があります。<br>利用者様へは、随時ご説明をします。 |    |        |   |        |   |
| リハビリ器具   | 車椅子  | 23 | 平行棒    | 1 | 姿勢矯正用鏡 | 1 |
|          | 歩行補助器  | 3  | 訓練マット  | 1 | 段差昇降   | 1 |
|          | 各種杖  | 7  | 各種測定器具 |   |        |   |

⑦ 社会的交流の便宜



年間行事

| 月 | 行事内容  | 月  | 行事内容  |
|---|---|----|---|
| 1 |  新年会       | 7  |  七夕       |
| 2 |  豆まき     | 8  |  お祭り    |
| 3 |  お雛様     | 9  |  敬老会    |
| 4 |  映画鑑賞    | 10 |  運動会    |
| 5 |  節句・看護の日 | 11 |  映画鑑賞   |
| 6 |  お花見     | 12 |  クリスマス会 |

- ◇ 各行事は、その季節により変更する事があります。
- ◇ ご家族や地域の方は、随時ご招待致します。ボランティアを兼ねての参加をお願いします。
- ◇ お誕生会は、毎月行われます。
- ◇ 感染流行状況に応じ、実施できない時があります。

⑧ 1日のスケジュール

| 時間               | 内容   | 備考  |
|------------------|--|---|
| 6:00             |  起床   | 体位変換は2時間～3時間毎に行います。                                       |
| 7:00 ~<br>9:00   |  朝食   | WC誘導は、食堂への往復時に援助します。                                      |
| 9:00 ~<br>15:00  |  入浴   | 入浴日と時間は、利用者様の状況により、変更する事があります。                            |
| 9:30 ~<br>10:30  |  機能訓練   | 集団や個別の機能訓練を行います。  |
| 11:00 ~<br>13:00 |  昼食   | コロナウィルスやインフルエンザ等の感染状況により、居室で摂取して頂く場合がございます。               |
| 14:00 ~<br>16:00 |  レクリエーション<br><br> クラブ活動 | クラブ活動日は、コロナウィルスやインフルエンザ等の感染状況や、利用者様の状況により、中止又は変更する事があります。 |
| 17:00~<br>18:00  |  夕食   |   |
| 21:00            |  消灯   |   |

⑨ 苦情・相談

|       |              |                        |
|-------|--------------|------------------------|
| 窓口責任者 | 植山 亜希子       | 看護師長                   |
| 相談員   | 木村 真美        | 資格；介護支援専門員             |
|       | 大野 幸恵        | 資格；社会福祉士・介護支援専門員・介護福祉士 |
| 他担当者  | 鎌田 真         | 事務長                    |
| 連絡先   | 〒 089-0352   | 北海道上川郡清水町御影西2条3丁目13番地  |
| 電話番号  | 0156-63-3711 | 【御影診療所】 0156-63-2320   |
| FAX番号 | 0156-67-7044 |                        |

⑩ 契約解除

契約書第22条・23条・25条に伴い、契約解除をさせて頂く事がありますので、ご留意下さい！

## 5. 緊急時の対応方法

- ① サービスの提供中に、容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・ご家族様等への連絡を致します。
- ② 当施設は、利用者に対し医療機関の受診が必要と判断した場合、併設の御影診療所や協力医療機関又は、協力歯科医療機関での診療を依頼する事があります。
- ③ コロナウィルスやインフルエンザ等の感染した場合、又は他の利用者への感染リスクありと診断された場合は、個室隔離等の緊急対応をさせていただきます。

## 6. 協力医療機関

|      |      |   |
|------|------|---|
| 医療機関 | 病院名  | 清水赤十字病院                                     |
|      | 診療科  | 内科・消化器内科・循環器内科・小児科・外科・精神科・心療内科<br>整形外科・泌尿器科 |
|      | 所在地  | 北海道上川郡清水町南2条2丁目1                            |
|      | 電話番号 | 0156-62-2513                                |
| 医療機関 | 病院名  | 御影診療所                                       |
|      | 診療科  | 内科・外科・整形外科・耳鼻科・小児科・皮膚科・歯科                   |
|      | 所在地  | 北海道上川郡清水町御影西2条3丁目13番地                       |
|      | 電話番号 | 0156-63-2320                                |
| 歯科機関 | 病院名  | 御影診療所                                       |
|      | 診療科  | 歯科  |
|      | 所在地  | 北海道上川郡清水町御影西2条3丁目13番地                       |
|      | 電話番号 | 0156-67-7040                                |

## 7. 施設利用にあたっての留意事項

|    | 項目                  | 留意事項   |
|----|---------------------|--|
| 1  | 面会時間                | 朝10時～夜7時です。 <b>※現在は感染症対策のため13時～16時です。</b>  |
| 2  | 面会制限・禁止<br>(感染防止対策) | コロナウィルスやインフルエンザの感染状況に応じ、禁止又は制限をいたします。又、感染時期で面会許可された方は、必ず <b>検温・マスク・手洗い・消毒・不要な荷物</b> は持ち込まない・面会人数は1人～2人でお願いします。 |
| 3  | 外出・外泊               | 事前に施設職員に連絡の上、届け出書を提出して下さい。<br><b>感染時期</b> の外出・外泊は延期又は禁止させていただくことがあります。   |
| 4  | 禁煙                  | 全館禁煙です。  |
| 5  | 火気の取り扱い             | 施設内・敷地内禁止です。   |
| 6  | 設備・備品の利用            | 施設職員に使用方法を聞き、充分注意してご利用下さい。<br>持ち込みの備品(タンス・衣装入れなど)はご遠慮いただきますのでご了承ください   |
| 7  | 金銭・貴重品の管理           | 金銭管理や貴重品の管理は一切行いません。又、紛失時、当事業所では責任を負えませんのでご了承下さい。  |
| 8  | 営利・宗教等の活動           | 営利目的・宗教への勧誘・特定の政治活動は一切禁止します。   |
| 9  | 迷惑行為                | 他利用者への迷惑行為はご遠慮下さい。   |
| 10 | 他病院等への受診            | 外泊時等の際に、当事業所以外での受診は、緊急時や歯科を除き、無断での受診はできませんのでご了承下さい。受診が必要な時は、必ず当施設へ報告を頂きます。                                     |
| 11 | <b>壁を傷つけないで!</b>    | 壁に物を張ったり、画びょう等で穴を開ける等で、壁を傷つけないで下さい。  |

◇ 他ご不明な事がございましたら、随時お知らせください。

## 8. 利用料（法定給付）

|              |            |                |
|--------------|------------|----------------|
| 法定代理受領の場合    | 介護報酬の告示上の額 | 施設サービス費の1割から3割 |
| 法定代理受領出来ない場合 | 介護報酬の告示上の額 | 施設サービス費の基準額と同じ |

## 9. 介護給付サービス費・・・介護医療院I型（I）

### ①. 入所基本料（1日当たりの負担額）1割から3割の負担割合あり

| 項目  | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  | 留意事項        |
|-----|------|------|-------|-------|-------|-------------|
| 個室  | 721  | 832  | 1,070 | 1,172 | 1,263 | 1人部屋対象      |
| 多床室 | 833  | 943  | 1,182 | 1,283 | 1,375 | 2人部屋・4人部屋対象 |

### ②. 食費・居住費・特別な室料（1日当たりの負担限度額別一覧表）

| 段階別       | 食費    | 居住費 |       | 特別な室料 |      | 留意事項  |
|-----------|-------|-----|-------|-------|------|---|
|           |       | 多床室 | 個室    | 1人部屋  | 2人部屋 |   |
| 第1段階      | 300   | 0   | 550   | 250   | 200  | ① 老齢年金受給者で、世帯全員が住民税非課税の方<br>② 生活保護受給者   |
| 第2段階      | 390   | 430 | 550   | 1,000 | 550  | 世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額などの合計が、年額80万以下の方  |
| 第3段階<br>① | 650   | 430 | 1,370 | 1,400 | 650  | 世帯全員が、住民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額が、年額80万円を超え120万以下の方  |
| 第3段階<br>② | 1,360 | 430 | 1,370 | 1,500 | 700  | 世帯全員が、住民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額が、年額120万を超える方  |
| 第4段階      | 1,650 | 620 | 1,700 | 1,750 | 850  | ① 世帯に住民税課税者がいるが、本人が住民税非課税の方<br>② 本人が、住民税を課税されている方<br>③ 原則軽減措置はありません<br>④ 施設により基準費用額が異なります |
| 基準費用額     | 1,445 | 437 | 1,728 |       |      | 施設における平均的な費用を勘案して、国が決めた費用額です  |

③ 必要に応じて加算される費用 (1日当りの1割～3割の負担額)

| 項目                           | 単位                                     | 基準(限度)   | 留意事項  |
|------------------------------|--|----------|---|
| ★サービス提供体制加算 (I)              | 22                                     | 毎日       | 介護職員のうち介護福祉士が80%以上配置されている   |
| ★夜間勤務等看護加算 (III)             | 14                                     | 毎日       | 夜勤を行う看護職員の数が1以上である  |
| ★栄養マネジメント強化加算                | 11                                     | 毎日       | 医師・管理栄養士・看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い栄養管理をした場合かつ入所者毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し栄養管理の実施に必要な情報を活用した時。   |
| ★排せつ支援加算 (I)                 | 10                                     | 1回/月     | (イ)6月に1度評価を行い、その結果等を厚生労働省に提出、当該情報等を活用した場合。<br>(ロ)イの評価の結果、原因を分析し、支援計画を作成・実施する。<br>(ハ)イの評価に基づき3月に1度、支援計画を見直す。                             |
| 排せつ支援加算 (II)                 | 15                                     | 1回/月     | (I)要件に加え、入所時と比較し、排便・排尿の状態が改善又は尿道カテーテルが抜去されたこと   |
| 排せつ支援加算 (III)                | 20                                     | 1回/月     | (I)要件に加え、入所時と比較し、排便・排尿の状態が改善かつ尿道カテーテル抜去に加えオムツ使用が「あり」から「なし」に改善していること   |
| ☆褥瘡対策指導管理 (I)                | 6                                      | 毎日       | 日常生活自立度ランク B 以上の利用者に常時 褥瘡対策をとっている場合   |
| ★褥瘡対策指導管理 (II)               | 10                                     | 1回/月     | 施設入所時に褥瘡が認められた利用者に対し当該褥瘡が治癒した場合、また褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について褥瘡の発生がなかった月に算定  |
| ★リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (II) | 33                                     | 1回/月     | 医師・作業療法士等が共同し、リハビリテーション実施計画を立て入所者様・ご家族等に説明、かつリハ計画書の内容を厚生労働省に提出し、リハビリ実施のために必要な情報を活用した場合。   |
| ☆作業療法                        | 123/回                                  | 1日3回を限度  | 日常生活における活動の自立性向上のための作業療法を行った場合(10回を超える時は1回につき 70/100に)  |
| ☆理学療法 (II)                   | 73                                     | 1日3回を限度  | 日常生活における活動の自立性向上のために各種運動療法、歩行訓練、物理療法などを組み合わせ、利用者の状態に合わせて理学療法を行った場合(10回を超える時は1回につき 70/100に)  |
| ☆療養食加算                       | 6                                      | 1日に3回を限度 | 症状等に応じて献立が作成され療養食を提供  |
| ★科学的介護推進体制加算(II)             | 60                                     | 1回/月     | 疾病の状況や服薬情報等の情報を厚生労働省に提出した場合。  |
| ★協力医療機関連携加算 (I)              | (1)100<br>(令和6年度)<br>(1)50<br>(令和7年度～) | 1回/月     | 協力医療機関との間で入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催している場合は1月につき(I)の単位数を加算する。   |
| ★高齢者施設等感染対策向上加算 (I)          | (I)10                                  | 1回/月     | ・指定医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応を取り決め、連携し適切に対応している。<br>・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決め、連携し適切に対応している。<br>・院内感染対策に関する研修又は訓練に年1回以上参加している。 |

|                                      |                     |                       |   |
|--------------------------------------|---------------------|-----------------------|---|
| 生産性向上推進体制加算<br>(I)                   | (I) 100             | 1回/月                  | 利用者の安全や介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に向けた委員会の開催や安全対策を実施していること<br>・見守り機器等のテクノロジーを複数導入している。<br>・事業年度ごとに実績データを厚生労働省に提出する                                       |
| ★生産性向上推進体制加算<br>(II)                 | (II) 10             | 1回/月                  | ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している。<br>・事業年度ごとに実績データを厚生労働省に提出する  |
| ☆緊急時治療管理                             | 518/日               | 1回/月<br>連続する3日を<br>限度 | 救急医療者への応急的な治療・投薬・注射などを行った場合に頂く費用  |
| ☆新興感染症等施設療養費                         | 240/日               | 1回につき連続する<br>5日を限度/月  | 入所者等が感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ感染した入所者等に対し適切な感染対策を行った上で介護サービスを行った場合に月1回、連続する5日を限度として算定する。   |
| ☆若年性認知症入所者<br>受入加算                   | 120/日               | 毎日                    | 65歳未満の若年性認知症の方を受け入れた場合に、個別に担当者を含め特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと<br>該当となるのは65歳の誕生日の前々日前までが対象である   |
| ☆外泊時費用                               | 362/日               | 6日が限度/月               | ① 外泊時に入所基本料に変わり頂く費用<br>② 外泊初日と帰りは含みません  |
| ☆他科受診時費用                             | 362/日               | 4日が限度/月               | 専門的な診療が必要となり他医療機関において診療が必要となった場合  |
| ★介護職員等処遇改善加算<br>(I)                  | 51/1000             | 1回/月                  | 介護職員の処遇改善を目的とする取り組み   |
| 認知症短期集中リハビリ<br>テーション実施加算<br>(I) (II) | (I) 240<br>(II) 120 | 所定期間内<br>毎日           | 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、理学療法士、作業療法士等が集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度として算定<br>☆算定要件が整い次第算定 |
| 認知症専門ケア加算                            | (I) 3<br>(II) 4     | 1日                    | (I) 認知症の専門的な研修を受けたものが従業者に対して技術的指導に係る会議を定期的で開催している<br>(II) (I)に加え施設全体的な認知症ケアの指導等をしている。また職員に対して研修の計画を立て実施している<br>☆算定要件が整い次第算定                       |
| 認知症チームケア推進加算<br>(I) (II)             | (I) 150<br>(II) 120 | 1回/月                  | 介護老人保健施設が要件に該当する入所者様に対し認知症の行動・心理状態の予防等に資するチームケアを行った場合は1月につき所定の単位数を加算する。<br>☆算定要件が整い次第算定   |
| 経口移行加算                               | 28                  | 毎日                    | 経管栄養から経口栄養に移行しようとする利用者様対象   |
| ☆経口維持加算 (I) (II)                     | (I) 400<br>(II) 100 | 1回/月                  | (I) 摂食機能障害を有し誤嚥が認められる入所者に対し他職種協働して経口維持計画を作成し、管理栄養士等が栄養管理を行った場合<br>(II) (I)の要件に加え、栄養管理に係る会議に医師等が出席した場合に(I)に加算する                                    |
| ☆口腔衛生管理加算(II)                        | 110                 | 1回/月                  | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員への口腔ケアに対する指導を行った場合。また、口腔衛生計画等の内容を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合。   |
| ☆自立支援促進加算                            | 280                 | 1回/月                  | 医師が入所者様毎に自立支援のために必要な医学的評価を行うとともに6月に一度見直しを行いながら支援計画等の策定を行い、多職種が共同してケアを実施した場合。また、医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し自立支援促進のために必要な情報を活用した場合。                         |

## 入所時の加算

|                       |       |                        |   |
|-----------------------|-------|------------------------|---|
| ★初期加算                 | 30／日  | 30日まで／月                | 入所日から起算して、 <u>30日の期間</u> 頂く費用   |
| ★短期集中<br>リハビリテーション    | 240／日 | 所定期間内<br>1日につき         | 理学療法士又は作業療法士が入所の日から起算して <u>3カ月以内</u> の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合、かつ評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハ計画を見直ししている場合において算定する。 |
| ☆初期入所診療管理             | 250   | 入所中1回                  | 入所に際して医師が必要な診察、検査等を行い診療方針を定めて文書で説明を行った場合  |
| ★安全対策体制加算             | 20    | 入所時1回限り                | 入所者様に対し、介護医療院サービスを行った場合   |
| ☆認知症行動・心理症状<br>緊急対応加算 | 200／日 | 入所日から<br>起算して<br>7日を限度 | 医師が、認知症行動・心理症状が認められる為、在宅生活が困難であり、緊急入所が必要と判断し入所した場合  |
| ☆再入所時栄養連携加算           | 200   | 入所時1回限り                | 入所様が医療機関に入院し、その後再入所になった場合   |

## 退所時の加算

| 項目                              |               | 単位      | 基準(限度)              | 留意事項           |
|---------------------------------|---------------|---------|---------------------|----------------|
| 退<br>所<br>時<br>等<br>支<br>援<br>等 | ★(一)退所前訪問指導加算 | 460     | 1回<br>(または2回)       | 入所中に1回または2回を限度 |
|                                 | ★(二)退所後訪問指導加算 | 460     | 1回                  | 退所後1回を限度       |
|                                 | ★(三)退所時指導加算   | 400     | 1回                  | 1回を限度          |
|                                 | ★(四)退所時情報提供加算 | (I)500  | 1回                  | 1回を限度          |
|                                 |               | (II)250 |                     |                |
|                                 | ★退所前連携加算      | 500     | 1回                  | 1回を限度          |
| (2) 訪問看護指示加算                    | 300           | 1回      | 退所前に、訪問看護指示書を交付した場合 |                |
| ★在宅復帰支援機能加算                     |               | 10      | 要件を満たせば<br>毎日       |                |

## 11. 日用品費

### ① 単品内容

R6.6～

| 選択項目            | 合計額     | 容量    | 単位  | 留意事項                  |
|-----------------|---------|-------|-----|-----------------------|
| ティッシュペーパー       | 80 円    |       | 1 箱 | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| ウェットティッシュ       | 150 円   | 90 枚  | 1 袋 | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| リップクリーム         | 200 円   |       | 1 本 | 金額等、納入業者により変動があります。   |
| アロエクリーム         | 700 円   | 220 g | 1 個 | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| コップ (ストロー用)     | 350 円   | 250cc | 1 個 | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| コップ (ふた付き)      | 300 円   |       |     | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| コップ (一般用)       | 250 円   | 各種    | 1 個 | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| ストロー            | 250 円   |       | 1 袋 | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| 洗濯バッグ           | 250 円   |       |     | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| イヤホン            | 250 円   |       | 1 本 | 金額容量等、納入業者により変動があります。 |
| 口腔ジェル           | 実 費     |       | 1 本 | 金額等、納入業者により変動があります。   |
| 口腔スポンジ          | 50 円    |       | 1 本 | 金額等、納入業者により変動があります。   |
| 歯ブラシ            | 120 円   |       | 1 本 | 金額等、納入業者により変動があります。   |
| 舌ブラシ            | 110 円   |       | 1 本 | 金額等、納入業者により変動があります。   |
| 義歯ブラシ           | 200 円   |       | 1 本 | 金額等、納入業者により変動があります。   |
| 歯磨き粉            | 600 円   |       | 1 本 | 金額等、納入業者により変動があります。   |
| イソジンうがい薬 500 ml | 2,700 円 |       | 1 本 | 金額等、納入業者により変動があります。   |

※ この他の日用品に関する品は、個人でご準備して頂きます。

※ 金額・容量等は変動する事がありますが、随時説明させていただきますのでご了承ください。

### ② 日用品費 (セット内容)

| 選択項目       | 合計額         | 単位   | 留意事項                                   |
|------------|-------------|------|--|
| 入浴セット      | 130 円       | 1 回  | バスタオル1枚・タオル1枚・<br>ボディーシャンプー・リンスインシャンプー |
| 洗面・おしぼりセット | 170 円       | 1 日  | 紙おしぼり                                  |
| 洗濯代        | 5,500 円(税込) | 1 カ月 | 業者委託洗濯となります。汚染時の洗濯も含みます。               |

### ③ 日用品費（その他）

|      | 選択項目             | 合計額          | 単位   | 留意事項  |
|------|------------------|--------------|------|---|
| 家電   | テレビ利用料           | 300 円        | 1 日  | テレビの使用を希望された場合                                |
|      | 冷蔵庫利用料           | 100 円        | 1 日  | 冷蔵庫の使用を希望された場合                                |
|      | 電気代              | 1 品目 500 円   | 1 カ月 | 持ち込みの電気機器を使用した場合<br>(テレビ・DVDプレーヤー・ラジオ・携帯電話など) |
| 衛生   | 洗濯代              | 5,500 円(税込)  | 1 カ月 | 施設で洗濯を希望される場合(回数無制限)<br>業者委託(月額)で対応しております。    |
|      | 汚染物 洗濯代(家族洗濯の場合) | 550 円(税込)    | 1 回  | 回数無制限 ※                                       |
| 事務   | 口座引き落とし 事務手数料    | 180 円        | 1 回  | 口座引き落としに係る切手代を含む事務手数料                         |
| 食    | 特別な食費            | 実 費          | 1 回  | 特別な食事を希望された場合                                 |
| 理美容  | カット              | 実 費          |      | 業者委託 1,500 円～5,000 円                          |
|      | パーマ              | 実 費          |      |   |
|      | カラー              | 実 費          |      |   |
|      | 髭剃り(顔そり)         | 実 費          |      |   |
| 予防接種 | インフルエンザワクチン      | 実 費          |      | 医師の診断により接種の有無を判定します。                          |
|      | 肺炎球菌ワクチン         | 実 費          |      | 〃   |
|      | コロナウイルスワクチン      | 実 費          |      | 〃   |
|      | 他ワクチン            | 実 費          |      | 〃   |
| 証明書  | 診断書(紹介状)         | 3,300 円～(税込) |      | ① 医師の診断料は 3,300 円(税込)<br>② 検査項目により金額は追加されます   |
|      | 入所証明書            | 5,500 円～(税込) |      |   |
|      | 健康診断書            | 5,500 円～(税込) |      |   |
|      | その他の証明書          | 3,300 円～(税込) |      |   |
|      | 死亡診断書(1 通目)      | 11,000 円(税込) |      |   |
|      | 〃 (2 通目以降)       | 5,500 円(税込)  |      |   |

注※ ご利用が 10 回を超える場合には事前にお知らせいたします。

### ④ 教養娯楽費

| クラブ名    | 費用  | 内 容                                 |
|---------|-----|-------------------------------------|
| お茶会クラブ  | 実費  | お茶 1 杯 50 円 (1 杯追加毎徴収)<br>お菓子 100 円 |
| 折り紙クラブ  | 実費  | 折り紙作成                               |
| 頭の体操クラブ | 実費  | 読み・書き・計算など                          |
| 手芸クラブ   | 実費  | 編み物・裁縫・手芸など物作り全般                    |
| 物書きクラブ  | 実費  | 書道・ボールペン字・俳句など物書き全般                 |
| お絵かきクラブ | 実費  | 絵描き・塗り絵など                           |
| コピー代    | 5 円 | 各クラブ活動でコピーを希望される場合                  |

## 11. 事務手続きのご案内

### 1 入所の手続き

#### 〔ご提出頂くもの〕

- ◇ 介護保険被保険者証・・・要介護状態区分等の欄に要介護1～5が表示
- ◇ 介護保険負担割合証・・・利用者負担の割合（1割～3割で表示）
- ◇ 介護保険負担限度額認定証・・・介護保険（負担限度額が表示）
- ◇ 後期高齢者医療被保険者証・・・医療保険の保険証
- ◇ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証・・・適用区分が表示
- ◇ 障害者手帳
- ◇ その他 公費等の受給者証 など

- ※ 介護保険被保険者証・健康保険証は当施設でお預かりし、退所時等にご返却いたします。
- ※ ご自宅に届いた保険証類・書類は、すみやかに当施設にご持参 ご相談ください。
- ※ 介護保険被保険者証の更新は当施設で対応します。結果は、当施設よりご案内いたします。
- ※ 介護保険負担割合証と介護保険負担限度額認定証の更新は年1回5月～6月に市町村より更新案内が郵送されます。手続きはご家族様でお願いいたします。

### 2 お会計のご案内

- ◇ **お会計**は、口座引き落としか外来窓口にてお支払いいただきます。
- ◇ **お会計**は、**翌月5の付く日以降～月末まで**にお願いいたします。
- ◇ 外来窓口でお支払いの場合は平日の月曜日～金曜日 午前9時～午後5時30分  
**御影診療所 受付窓口**でお支払下さい。

- ※ 請求書の締め日が、土曜日・日曜日・祭日・月末・月初め等の場合は、若干遅れる場合がありますのでご了承下さい。

- ◇ 請求書兼領収書 … 外来窓口にてお支払いの場合はお会計時にお渡し致します。  
口座引き落としの場合、領収書は次回お会計の請求書等と共に発送いたします。その際には事務手数料(切手代込み)をいただきます。
- ◇ 請求書兼領収書の再発行 … 再発行は致しませんので大切に保管して下さい。  
紛失等の場合は老健事務へご相談ください。

### 3 保険給付外（私費）分の発生

- ◇ 介護保険で「おむつ」等は、保険給付内で支給致します
- ◇ 規格外の「おむつ」等をご希望された場合や、貴殿で準備できず当所で提供をご希望される場合は、**実費負担**となりますので予めご了承下さい。

### 4 その他 ご留意していただきたいこと

- ◇ 差し入れ、お持ち込み品等のすべてについて、必ず職員にお申し出ください。  
また、持ち込まれた物品に関して当施設は一切責任を負いませんのでご了承下さい。
- ◇ 施設洗濯（業者洗濯）を選択された場合、お取り扱いができないお洋服があります。  
(毛・ウールなど、高温洗浄だと縮んでしまうものなど)

 「請求書兼領収書」の記載内容やお支払い方法等についてご質問・ご相談がありましたら老健事務までお尋ね下さい。

|     |                                 |              |
|-----|---------------------------------|--------------|
| 住所  | 〒089-0352 北海道上川郡清水町御影西2条3丁目13番地 |              |
| TEL | 介護医療院 みかげ                       | 0156-63-3711 |
|     | 御影診療所                           | 0156-63-2320 |
| FAX | 介護医療院 みかげ                       | 0156-67-7044 |
| 担当者 | 介護事務                            | 鎌田 真・木村 真美   |