

介護医療院

重要事項説明書 (令和6年10月1日現在)

1 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・ 施設名 吉川記念病院 介護医療院
- ・ 開設年月日 令和6年3月25日
- ・ 所在地 長井市成田1888番1
- ・ 電話番号 0238-87-8000
- ・ 管理者 御供 正明
- ・ 介護保険指定番号：介護医療院：(山形県 第06B1500016号)

(2) 事業の目的

介護医療院は、入院する要介護者に対して、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、その他の世話及び機能訓練、その他必要な医療を行うことにより、要介護者または要支援者がその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支援することを目的とした施設です。

(3) 運営の方針

- ① 当院は、患者様の意思及び人格を尊重し、常に患者様の立場に立って、介護医療院介護サービスの提供に努めるものとする。
- ② 当院は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

(4) 施設の職員体制

	常勤	非常勤
医師	4	6
薬剤師	2	
看護師・准看護師	18	5
作業療法士	6	
理学療法士		
歯科衛生士	1	
言語聴覚士	1	
介護福祉士・看護助手	13	1
診療放射線技師	2	
臨床検査技師	1	
管理栄養士	1	
精神保健福祉士	4	
介護支援専門員	2	
臨床心理士	4	1
社会福祉士	1	
事務員	1	

(5) 入院定員 20名

3階 療養病棟 6室(4人部屋 4室 2人部屋 2室)

2 サービスの内容

①施設サービス計画の立案

②他職種(医師、薬剤師、看護師、准看護師、介護士、看護助手、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、精神保健福祉士)によるカンファレンスの定期的実施

③食事の提供 朝食 8時 昼食 12時 夕食 18時

④入浴 (一般浴槽のほか介助を要する方には特別浴槽を用意してあります。)

⑤医学的管理・看護

⑥機能訓練

⑦介護

⑧相談援助サービス

⑨特別な食事の提供

⑩理容サービス(予約制です。)

⑪レクリエーション

⑫行政手続き代行

⑬その他

3 料金(介護保険適応)

【介護医療院】

(1) 基本料金(1日あたりの料金、1単位は1円 自己負担は介護保険負担割合証記載に準じる。)

①利用料金 当病院の体制区分

Ⅱ型介護医療院施設サービス費Ⅲ・(ⅱ)・療養環境減算Ⅰ・療養環境減算Ⅱ

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
709 単位	805 単位	1,014 単位	1,104 単位	1,184 単位

(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料金が異なります。)

②食事代 1日 1,445円(標準負担額)

③居住費 1日 437円(多床室の標準負担額)

※②・③は全額自己負担となります。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負担限度額(生活保護者は、公費支払い)が、1日にお支払いいただく上限となります。

(2) その他介護保険内のご負担(1単位は1円、自己負担は介護保険負担割合証記載に準じる。)

①初期加算 30単位/日

入院された日から30日以内(1日につき)の期間が算定されます。

②退院前後訪問指導加算 460単位

入院期間が1月を超えると見込まれる患者様の退院に先立って、退院後生活する居宅を訪問し、退院後の療養上の指導を行った場合、入院中1回(入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる患者にあっては2回)を限度として算定します。

③退院時指導加算 400単位

入院期間が1月を超える患者様が退院して自宅に帰られる場合、退院後の療養

について助言等を行った場合に算定します。

④退院時情報提供加算 500単位

入院期間が1月を超える患者様が退院し、居宅において療養を継続する場合において、患者様の退院後の主治医に対して、患者様の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合に1回を限度として算定します。

⑤退院前連携加算 500単位

入院期間が1月を超える患者様が退院し、居宅サービスを利用する場合において、患者様が希望する指定居宅介護支援事業者に対して、患者様の同意を得て診療状況を示す文書を添えて必要な情報を提供し、指定居宅介護支援事業者と連携して退院後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に1回を限度として算定します。

⑥経口移行加算 28単位/日

医師の指示に基づき、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現に経管により食事を摂取している患者様で、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理を行った場合、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき28単位を算定します。

⑦経口維持加算（Ⅰ） 400単位/月（摂食機能障害）

医師又は歯科医師の指示に基づき、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誤嚥が認められる患者様毎に経口維持計画を作成している場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき管理栄養士等が栄養管理を行った場合、患者様より同意を得た日から起算して6月以内の期間に限り、1月につき各単位を算定します。（6か月以降は毎月支持を得て継続可）

⑧経口維持加算（Ⅱ） 100単位/月

当該施設が協力歯科医療機関を定めている場合で経口維持加算（Ⅰ）において行う食事の観察及び会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算（Ⅰ）に加えて、1月につき算定します。

⑨口腔衛生管理加算 90単位/月

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者様に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合に、1月につき90単位を算定します。ただし、口腔衛生維持管理体制加算を算定している場合に限りません。

⑩療養食加算 6単位/回（食）

医師の指示等に基づき提供された適切な栄養量及び内容の療養食（糖尿病食、肝臓病食、腎臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食）を提供した場合に算定します。

⑪在宅復帰支援機能加算 10単位/日

患者様が自宅に帰られる場合、居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャー等と連絡調整を行い、在宅に向けての支援を行った場合に算定します。

⑫サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6単位/日

常勤の看護・介護職員が総数の75%以上で利用定員・人員基準に適合しており、1日につき6単位を算定します。

⑬外泊時費用 362単位/日

入院患者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に替えて1日につき362単位を算定します。ただし、外泊日の初日及び最終日は、算定できません。

⑭他科受診時費用 362単位/日

入院患者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該患者に対し他

の病院または診療所において当該診療が行われた場合は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定します。

⑮若年性認知症患者受入加算 120単位/日

若年性認知症患者に対して介護医療院サービスを行った場合に、1日につき120単位を算定します。

⑯認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日

医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、自宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対して、介護医療院サービスを行った場合、入所した日から起算して7日を限度として算定します。

⑰緊急時治療管理 518単位/日

入院患者の病状が重篤となり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、処置などを行ったときに算定する。同一の患者について1月に1回、連続する3日を限度として算定する。

⑱介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 4.7%

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を算定します。

『特別診療費』

①感染対策指導管理 6単位/日

当院は、院内感染防止体制を整えております。

MRSA（メシチリン耐性黄色ブドウ球菌）感染防止対策として、院内の各部署、居室に速乾性手洗い液等の消毒液を設置しています。

感染対策委員会を設置し、毎月定例の委員会を開催し、予防に努めています。

②褥瘡対策指導管理（Ⅰ） 6単位/日

寝たきりの状態の方で、褥瘡（床ずれ）がある方で、できる可能性がある方は医師・看護師で評価し、その治療・予防に努めます。

③褥瘡対策委員会を設置し、活動しています。

初期入院診療管理 250単位

入院に際して、診療方針を定めて文書で説明を行った場合に、入院中1回（診療方針に重要な変更があった場合にあっては2回）を限度として算定します。

④医学情報提供（Ⅰ） 220単位

患者様の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、別の病院・診療所へ紹介を行った場合に算定します。

⑤摂食機能療法 208単位/回

摂食機能障害を有する患者様に対して、摂食機能療法を30分以上行った場合に、1月につき4回を限度として算定します。

⑥言語聴覚療法 203単位/回

医師の指導監督のもとで聴覚・言語機能が低下している患者様に対し、1回を20分として、患者様の状態に応じて1日の上限を3回まで実施します。

入院またはその利用を開始した日から換算して4か月を超えた場合は、11回目以降から、142単位/回として算定します。

4. 介護保険外のご負担

（介護医療院）

① 病衣 77円/日（税込）

② 散髪代 2,000円（顔剃り代700円別途）（税込）

③ 私物洗濯代（税込）

Tシャツ	1 1 0 円	ベスト	1 6 0 円
ポロシャツ	2 2 0 円	シャツ	2 2 0 円
ズボン	2 6 4 円	セーター	2 6 4 円
靴下（1組）	7 7 円	食事用エプロン	1 7 円
下ズボン	1 1 0 円	ハンカチ	1 7 円
ワンピース	3 1 9 円	フェイスタオル	3 3 円
スカート	2 6 4 円	タオル	3 3 円
腹巻き	7 7 円	バスタオル	1 6 0 円
手袋	7 7 円	タオルケット	3 1 9 円
トレーナー	2 6 4 円	肌着	1 1 0 円
ジャージ上下 各	2 6 4 円	パンツ	7 7 円
カーディガン	2 6 4 円	ブラジャー	7 7 円
ジャンパー	3 1 9 円	座布団・枕	3 1 9 円
スリッパ	2 2 0 円	座布団カバー	2 2 0 円
運動靴	2 6 4 円	（その他上記に準じる。）	
洗濯機・乾燥機使用料 各 1 0 0 円／回（プリペイドカード使用）			

④ 貸出料

外出時車いす貸出料／日	3 3 0 円
酸素ボンベ貸出料／本（0.5 m ³ ）	1, 6 5 0 円

⑤ 各種診断書（税込）

各種診断書	2, 2 0 0 円～
健康診断書	3, 3 0 0 円（検査代別途実費）
施設申請用診断書	1 6, 5 0 0 円（検査代込み）
死亡診断書	1 1, 0 0 0 円
エンゼルセット代	1 5, 9 5 0 円

⑥ 療養給付外サービス費（別紙同意書あり）

- ⑦ プリペイドカード 1, 0 0 0 円／枚
- ⑧ 私物管理費（衣装ケース使用料） 1, 3 7 5 円／月（税込）
- ⑨ 財産管理料 項目別合算／日
- ⑩ 私物処分料 1, 1 0 0 円／袋
- ⑪ 買い物代行費 1Km まで 2 2 0 円、1Km 増すごとに 1 1 0 円

5. サービスの内容に関する相談・苦情窓口

当事業所の居宅介護支援に関する相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについての相談・苦情については、次のところで承ります。

担 当	介護支援専門員 高橋・横澤
電 話	0 2 3 8－8 7－8 0 0 0
F A X	0 2 3 8－8 3－1 2 1 2

受付時間 月～金（祝日を除く）午前 8：0 0～午後 5：0 0

6. 秘密保持に関わる個人情報の使用

当院では、利用者又はご家族に関する秘密保持に関わる個人情報の使用については、あらかじめ項目を定めた契約書で同意を得ます。その他の事項で使用が必要な場合は個別に同意を得ます。

7. 緊急時等における対応法

当院では、利用者の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡いたします。

8. 事故発生時の対応

当院では、利用者に対する入所療養介護サービスの提供により自己が発生した場合には速やかに、区市町村、利用者の家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

9. 利用にあたっての留意事項

患者は病院の利用に当たり、入院誓約書を提出していただきます。

- ① ご面会（洗濯物の受け渡し等）は時間内をお願いします。（洗濯物受け渡し時間 午前10時～午後5時、オンライン受付時間 10時～午後4時）
・感染症（インフルエンザ・コロナ等）の状況により面会時間等については随時変更となります。
- ② 外出・外泊については許可が必要です。ケアステーションにお申し出ください。
- ③ 飲酒はご遠慮ください。
- ④ 所持品の収納は所定の場所をお願いいたします。
- ⑤ 入院患者の現金の持ち込みをお断りしています。院内では基本的にプリペイドカードをご利用下さい。
- ⑥ 貴重品の持ち込みはお断りさせていただきます。
- ⑦ 他医療機関の受診は当院主治医の許可が必要です。主治医の許可なく他の医療機関を受診することはできません。

10. 非常災害対策

防災設備、スプリンクラー、火災報知自動転送システム

防災訓練計画に基づき、防災訓練（年2回実施 4月、10月）

11. 留意・禁止事項

医師や関係職員へのお心遣いは一切ご遠慮ください。

ご面会の方は1階受付及びケアステーション窓口の職員に申し出てください。

食事は、病院で提供しますので、食べ物の持込はご遠慮ください。

携帯電話などの通信機器は電源を切っていただくようお願いいたします。

12. その他

当院の詳細はパンフレットを用意しております。

令和 年 月 日

介護サービスの提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

事業所	所在地	〒 993-0075 山形県長井市成田1888番1
	名 称	吉川記念病院
	説明者	介護支援専門員 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護サービスの提供についての重要な事項の説明を受け同意しました。

利用者	住 所	〒
	氏 名	印
保証人	住 所	〒
	氏 名	印