

介護医療院朝倉重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	介護医療院 朝倉
所在地	高知市朝倉丙1653-12
管理者名	田辺 裕久
電話番号	088-844-2701
FAX番号	088-844-2730
事業者指定番号	第39B0100090号

2. 施設の概要

定員		144名	
療養室	個室	6室	1室 10.22㎡ ~ 10.31㎡
	2人部屋	15室	1室 16.94㎡ ~ 18.70㎡
	4人部屋	27室	1室 32.36㎡ ~ 32.92㎡
機能訓練室		1室	
食堂		3室	
談話室		3室	
浴室		3室	

3. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職 種	常 勤	非 常 勤	計
管 理 者	1名		1名
医 師	3名以上		3名以上
薬 剤 師	1名以上		1名以上
管 理 栄 養 士	1名以上		1名以上
リハビリ職員	療法士各1名以上 (医療病棟兼務)		療法士各1名以上
放射線技師	適切配置 (医療病棟兼務)		
介護支援専門員	2名以上		2名以上
看護職員	常勤換算基準(6:1)		
介護職員	常勤換算基準(4:1)		

(2) 主な職種勤務体制

職 種	勤 務 体 制
医 師	24時間対応 (日祝・夜間に関しては当直医師にて対応)
薬 剤 師	平日 9:00~17:00 (土曜日 9:00~12:30)
介護支援専門員	平日 9:00~17:00 (土曜日 9:00~12:30)
介 護 職 員	日勤 9:00~17:00 早出 7:00~15:00 遅出 11:00~19:00 夜勤 17:00~ 9:00
看 護 職 員	日勤 9:00~17:00 早出 7:00~15:00 遅出 11:00~19:00 夜勤 17:00~ 9:00
リハビリ職員	平日 9:00~17:00 (土曜日 9:00~12:30)
管理栄養士	平日 9:00~17:00 (土曜日 9:00~12:30)
放射線技師	平日 9:00~17:00 (土曜日 9:00~12:30)

(3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、下記の通り研修を行っています。

- ① 採用時研修 : 採用後1ヶ月以内
- ② 継続研修 : 年3回

4. サービスの内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

<サービスの内容>

種類	内 容
医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の症状にあわせた医療・看護を提供します。 ・医師による定期診察は、一週間に一回行います。 それ以外でも必要がある場合には適宜診察します。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、1日6～7回の交換を行うとともに必要な場合はこれを超えて交換を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により、入所者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は低下を防止するための訓練を実施します。
健康管理 その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護職員が、健康管理を行います。 ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

<サービス利用料金> 1割負担の場合

施設サービス費（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利用料が異なります。）

要 介 護 度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費	多床室	8,210円	9,300円	11,650円	12,640円	13,550円
	従来型個室	7,110円	8,200円	10,550円	11,550円	12,450円
上記サービス費に係る 自己負担金	多床室	821円	930円	1,165円	1,264円	1,355円
	従来型個室	711円	820円	1,055円	1,155円	1,245円

※入所後30日以内に限り初期加算として1日30円上記サービス費に加算となります。また、造影剤使用撮影、CTスキャンやリハビリテーション一部の処置、手術、指導管理などについては、別に費用がかかります。この場合、介護保険で一部負担がかかるものと、医療保険で一部負担がかかるものがあります。

※安全対策体制加算 (入所時1回に限り) 20円

転倒・転落・誤嚥・誤薬などケガや死に繋がる介護事故を防ぐ為に安全対策部門を設置、事故発生防止と発生時の適切な対応ができるよう委員会の開催や研修の実施、外部の研修を受けた担当者の配置を備える等組織的に安全対策を実施する体制を備えています。

※感染対策指導管理加算 1日 60円

感染防止対策委員会を設置し、医師、看護師、介護士等の多職種共同で定期的に委員会を開催し日々感染対策を実施する体制を備えています。

※サービス提供体制強化加算 1日 22円

- ・介護福祉士の有資格者の割合や勤続年数から、質の高いサービスを提供する体制を整えています。
- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合80%以上、または勤続年数10年以上の介護福祉士が35%以上のいずれかに該当

※短期集中リハビリテーション加算 1日 240円

入所した日から3ヶ月以内の期間、身体の機能低下を防ぐ事を目的に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法を行います。

※認知症短期集中リハビリテーション加算 1日 240円

認知症であると医師が判断した入所者であり、生活機能の改善が見込まれると判断された入所者に、入所した日から3ヶ月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行います。

※科学的介護推進体制加算 1月 60円

入所者により良いサービスを提供する為、厚生労働省に入所者ごとの疾病、服薬等の状況、日常生活動作値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、心身の状況等に係る情報を提出し厚生労働省が科学的に妥当性のあるデータを全国の施設から収集して分析した情報を活用し、サービスの質の更なる向上に努めています。

※理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る情報活用加算 1月 33円
入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出しリハビリ実施に当たって必要な情報を活用し、入所者の状態に応じた適応有効なリハビリ実施を行います。

※介護職員等処遇改善加算 所定単位数の 5.1%
「介護職員等処遇改善加算」とは介護業務に直接従事する職員の待遇改善を目的とした制度です。
この制度は介護職員の賃金改善や職場環境の整備を支援する為に、国から事業所へ資金が支給されます。
具体的には介護職員のキャリアアップ支援や職場環境の改善など、職員の働きやすさを向上させる取り組みを行った事業所に対して介護報酬に上乗せして加算が支給されます。
従来の3種類の加算である「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」、「介護職員等ベースアップ等支援加算」は、令和6年6月から「介護職員等処遇改善加算」へと統合されます。

※療養食加算 1食 60円（1日3食を限度）
食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理され、入所者の年齢心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われており療養食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常食、痛風食及び特別な場合の検査食）を提供します。

※薬剤管理指導 1回 350円
投薬又は注射及び薬学的管理を行い、薬剤師による服薬指導を行います。

※経口移行加算 1日 28円
医師の指示に基づき経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成し管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援を行います。

・経口維持加算（Ⅰ） 1月 400円
経口により食事を摂取している入所者であって、摂食機能障害を有し誤嚥が認められる入所者に対して医師又は歯科医師の指示に基づき医師、歯科医師、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入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行います。

・経口維持加算（Ⅱ） 1月 100円
協力歯科医療機関を定めている施設であり（Ⅰ）における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に加算されます。

※在宅復帰支援機能加算 1日 10円
入所者が在宅へ退所するにあたり、入所者及び家族に対して退所後の居宅サービスについて相談援助を行い、必要に応じ入所者の同意を得て各担当者に対して介護状況を示す文書で居宅サービスに必要な情報を提供利用に関する調整を行います。

※若年性認知症患者受入加算 1日 120円
若年性の認知症の入所者に対し個別に担当者を定め、担当者を中心とし入所者の求め・要求・必要性に応じたサービスを提供します。

※褥瘡対策指導管理（Ⅰ） 1日 60円
褥瘡対策につき十分な体制が整っており、日常生活自立度（寝たきり度）が低い入所者の状況に応じて褥瘡対策を行っている場合に加算されます。

※褥瘡対策指導管理（Ⅱ） 1回 100円
褥瘡対策指導管理（Ⅰ）に係る基準を満たす介護医療院において、施設入所時の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。

※摂食機能療法加算 1日 208円 (月4回まで)

摂食機能障害を有する入所者に対して個々の入所者の状態に対応した計画に基づき医師の指示の下に1回につき30分以上訓練を行います。

※外泊 1日につき サービス費に変えて 362円

入所者に対し居宅における外泊を認めた場合
(外泊の初日、最終日は外泊扱いではなく入所サービス費での扱いとなります)

※退所時加算

入所者が居宅等へ退所するにあたり、退所後の介護サービスの利用等が円滑なものとなるよう相談支援等を行います。

・退所前訪問指導加算 460円

退所に先立って退所後生活する居宅を訪問し、入所者及び家族に対して療養上の指導を行った場合、居宅でなく他の社会福祉施設等に入所の場合、入所者の同意を得て訪問し、連絡調整、情報提供を行った場合に加算されます。

・退所前連携加算 500円

退所後、居宅においてサービスを利用する場合、退所に先立って利用を希望する居宅介護支援事業者に対して入所者の同意を得て診療状況を示す文章をもって情報提供を行い、介護支援事業者と連携し調整を行った場合に加算されます。

・退所後訪問指導加算 460円

入所者の退所後30日以内に居宅を訪問し、入所者及び家族に対して指導を行った場合に加算されます。

・退所時指導加算 400円

退所時に居宅において療養を継続する場合、入所者及び家族に対して指導を行った場合に加算されます。

・訪問看護指示加算 300円

退所時に訪問看護の利用が必要であると認め、入所者の同意を得て訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合に加算されます。

・退所時情報提供加算（Ⅰ） 1回 500円

居宅へ退所する入所者について、退所後の主治医に対して入所者を紹介する場合、入所者の同意を得て当該入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に加算されます。

・退所時情報提供加算（Ⅱ） 1回 250円

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者の同意を得て当該入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に加算されます。

・退所時栄養情報連携加算 1回 70円

厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者を対象とし管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合に加算されます。

※協力医療機関連携加算 1月 50円

協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催し評価します。

※新興感染症等施設療養費 1日 240円（1月1回連続する5日を限度）

入所者等が別に厚生労働大臣が定める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、かつ当該感染症に感染した入所者等に対し適切な感染症対策を行った上で該当する介護サービスを行った場合は1月に1回、5日を限界として加算されます。

※サービス利用に係る自己負担額(月額)

・現役並み所得に相当する方		
課税所得690万円以上(年収約1,160万円以上)		140,100円
課税所得380万円以上(年収約770万円以上)		93,000円
課税所得145万円以上(年収約383万円以上)		44,400円
・第4段階(課税)一般所得に相当する方		44,400円
・第3段階の方		24,600円
・第1段階・第2段階の方		15,000円

※上記区分に該当する方は、高額サービス費として払い戻しを受ける事が出来ます。

(2) 介護保険給付対象外のサービス

① 食費(1日当たり) 1,445円

ただし、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負担となります。

② 居住費(1日当たり)

- ・従来型個室 1,728円
- ・多床室 437円

ただし、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負担となります。

③ 特別な室料

2人部屋に関しては上記多床室の金額と実費にて1日1,000円お支払いいただきます。

※2人部屋実費徴収理由

- ・2人部屋であること
- ・酸素供給設備があること
- ・サービスステーションが近いこと

食事及び居住費(滞在費)の基準費用額及び負担限度額

		負担限度額			
		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
居住費	従来型個室	550円	550円	1,370円	1,728円
	多床室	0円	430円	430円	437円
食費		300円	390円	①650円 ②1,360円	1,445円

④ 月1～2回、理容師の出張による散髪サービスをご利用いただけます。

散髪 2,000円

顔剃り 500円

⑤ 洗濯代

洗濯物を業者(エイト産業)に依頼する事もできます。

⑥ 入院セット

病衣(パジャマ式、甚平式、浴衣式など)・タオル類・口腔ケアセットなど

*1日税込み440円となり、1か月13,200円となります(30日計算)

(3) 利用料金の支払い方法

請求書到着後、翌月10日までの間に受付にてお支払いください。

当施設は、15日以降請求書を送付させていただきますので、

本館入り口「受付」にてお支払いをお願い致します。

取り扱い時間 ◎月曜～金曜日・・・午前9時00分～午後4時00分

◎土曜日・・・午前9時00分～午前11時30分

但し、祝日・振り替え休日及び年末年始(12月30日～1月3日)は除きます

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、

一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日管轄市町村の窓口へ提出し、手続きを行い払い戻しを受けることができます。

5. 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

相談窓口	電話番号	(088)844-2713
	FAX番号	(088)844-2730
	対応部署	地域医療連携室
	対応時間	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:30

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

市町村介護保険 相談窓口	所在地	管轄の市町村
	電話番号	
	FAX番号	
	対応時間	
高知県国民健康保険 団体連合会 (国保連) 保険団体連合会	所在地	高知市丸の内2-6-5
	電話番号	(088)820-8410・8411
	FAX番号	(088)820-8413
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分

6. 事故発生時の対応

- サービスの提供により入所者に対する事故が発生した場合、事業者は直ちに
- 入所者のご家族、関係市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、その原因を解明し、再発防止に努め事故防止を徹底します。入所者に対し賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償の手続きを行います。

7. 身体拘束禁止規定

- サービス提供にあたっては、入所者又は他の入所者などの生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為は行いません。

※ 緊急やむを得ない場合の対応

施設で検討し、主治医よりご家族へ《緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書》を用いて説明し、署名・捺印をいただく。

その後は定期的にカンファレンスを行い《緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録》を用いて日々の心身の状況などの観察、再検討内容を記録する。

8. 施設利用にあたっての留意事項

面 会 時 間	面会時間 平日：10:00～16:00、土曜日：10:00～11:30 新型コロナウイルス感染防止対策のため、事前にお問い合わせ下さい。
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊される場合には、事前にお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫 煙	全館禁煙となっています。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	基本的にはお預かりしておりません。 売店での購入は、買い物帳でお願いします。
所持品の持ち込み	必要最小限とさせていただきます。
病室・病棟の変更	入所者の状態や都合により変更をお願いすることがありますので、ご協力をお願いいたします。
保険証等の確認	保険証類の資格確認を毎月医事課で行っています。 必ずご提示をお願いいたします。

9. 事業者の概要

法人種別・名称	特定医療法人仁泉会
代表者氏名	田辺 裕久
所在地・電話番号	高知市朝倉丙1653-12
	(088) 844-2701
事業の概要	医療業・介護業

10. 協力医療機関

協力医療機関の名称	特定医療法人仁泉会 朝倉病院
所在地・電話番号	高知市朝倉丙1653-12
	(088) 844-2701

11. 転院について

病棟より転院の連絡がありましたら、保険証をご持参の上、同行をお願い致します。但し、病棟との話の上で、直接転院先へ行って頂く場合もあります。

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

介護医療院のサービスを利用するにあたり、重要事項を説明しました。

事業所 所在地 高知市朝倉丙1653-12

事業所名 特定医療法人仁泉会
介護医療院 朝倉

説明者 印

令和 年 月 日

介護医療院のサービスを利用するにあたり、重要事項の説明を受けました。

《入所者》

住所

氏名 印

《ご家族代表または代理人》

住所

氏名 印

《連帯保証人》

住所

氏名 印

