

# 斎藤病院 介護医療院

## 短期入所療養 重要事項説明書

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称等

|           |                  |
|-----------|------------------|
| ・施設名      | 斎藤病院 介護医療院       |
| ・開設年月日    | 平成 30 年 11 月 1 日 |
| ・所在地      | 愛知県豊田市四郷町森前南     |
| ・電話番号     | 0565-44-1177     |
| ・FAX番号    | 0565-44-1201     |
| ・管理者名     | 斎藤 伸一郎           |
| ・介護保険指定番号 | 23B3000022       |

介護医療院短期入所療養とは、主として長期にわたり療養が必要な者に対し、限られた期間において、施設サービス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世話をを行うことを目的とする施設です。

#### (2) 介護医療院の目的

利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようになり、家庭での生活に復帰できるように支援することを目的とします。

終末期においては本人・家族と意思を含む他職種共同で本人・家族の意志を尊重し同意を得た後に医療・看護・介護の提供を致します。

#### (3) 介護医療院の運営方針

- ・利用者の意志及び人格を尊重し、従事者に身体拘束防止・高齢者虐待防止の研修を行い身体拘束防止及び虐待防止に努め充実した療養生活が送れるように援助します。他職種で取り組みを行い管理者と情報共有をしています。
- ・快適な環境と思いやりのある心を持ち、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。
- ・自然災害発生時には「生活の場所・療養の場所」の提供するために平時より研修・訓練等を行い事業継続に努めます。
- ・平時より感染予防に努め、業務を継続できるように計画を立て研修・訓練を行います。又、感染症発生時には第二種協定指定医療機関と協議を行い速やかに対策し感染拡大の予防に努めるとともに業務の継続をいたします。
- ・利用者の安全や職員の質の向上や業務負担軽減を目的とした対策を検討する会を開催しています（介護ロボット等の導入 多様なシフト）

(4) 職員体制

| 職種            | 数(人) | 職種        | 数(人) |
|---------------|------|-----------|------|
| 管理者(医師)       | 1    | 作業療法士     | 3    |
| 医師(兼務)        | 3    | 理学療法士     | 3    |
| 看護職員          | 17   | 管理栄養士(兼務) | 1    |
| 介護職員(介護福祉士11) | 15   | 事務職員      | 2    |
| 薬剤師(兼務)       | 2    | 医療放射線技師   | 2    |
| 介護支援専門員(兼務)   | 2    |           |      |

(5) 利用定員等

- ・定員 2名(空床利用型 介護保険定員21名内)
- ・療養室 4人部屋 個室

## 2. サービス内容

①施設サービス計画の立案

施設ケアマネージャーが利用者・家族の情報を収集し望まれる生活の為に計画を立案し施設サービスに基づいたサービスを提供します。

②食事：食事は原則として食堂でお召し上がりいただきます。

- ・朝食 8時
- ・昼食 12時
- ・夕食 18時

③入浴：介助をする利用者には、特別浴槽で対応します。利用者は、週に2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて中止や清拭となる場合があります。

④医学的管理・看護：入院での医療行為を必要としない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護師・薬剤師が常勤していますので、利用者の状態に応じた、また、利用者の意志に沿い適切な医療・看護を行います。

⑤介護：研修を受けた介護職員が看護師の指示のもと施設サービス計画に基づき介護します。

⑥リハビリテーション：医師の処方により必要に応じて提供します。

⑦相談援助サービス

⑧栄養管理・栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理：心身の状態の維持の維持改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

⑨事務・必要な事務を行なう

その他

※これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもあります。

### 3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、平時より利用者の状態を共有し治療が必要な場合や急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

○名称　　・医療法人 豊寿会 斎藤病院（第二種協定指定医療機関）

### 4. 施設利用に当たっての留意事項

#### ○食事

施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上りいただきます。

食費は保険給付外と位置づけられていますが、同時に施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としている為、その実施には、食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。

#### ○面会時間

面会時間は午後1時30分～午後3時30分まで予約制です。

時間内に面会を終えられるようお願いします。

また、面会時にはエレベーターホールのカウンター上の面会用紙へお名前の記載にご協力下さい。

面会には、食堂兼談話室をご利用下さい。尚、病室内で面会される方は、短時間でお願いします。

酒気を帯びている方、感染予防対策として伝染性疾患にかかっている方、小さいお子様等の面会はお断り致します。

※ご家族の面会は、療養生活の上で何よりのはげみとなりますので、心理面での支援のご協力をお願い致します。

#### ○外出

医師の許可のもと、スタッフに申し出て下さい。「外出・外泊願い」に必要事項を記入の上、2日前までに申し出下さい。

外出時には必ず付添いが必要となります。

#### ○飲酒・喫煙・火気

施設内における飲酒・喫煙は禁止いたします。また火気類等（マッチ・ライター等）の持ち込みも禁止いたします。

## ○施設・設備の使用

居室及び共用施設・敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。故意に、又は、わずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復して頂くか、又は、相当の代価をお支払い頂く場合があります。

## ○所持品及び備品等の持ち込み

事故防止並びに衛生・健康管理上等により、生物・ペット等・金銭及び貴重品等の持ち込みは、ご遠慮ください。

鋭利な刃物（ナイフ・はさみ・爪切り・カミソリ等）の持ち込みはスタッフに申し出てください。事故防止の為、施設での管理となる場合もあります。

ラジオ・スマートフォン・パソコン等のご利用はスタッフに申し出てください。  
ご利用時には他の入所者の迷惑にならないようにご配慮をお願いします。

## ○利用中の他院受診及び投薬

当施設に利用中の他の医療機関への受診は、原則当施設からの依頼による診療のみとなっています。標準的な医療行為は入所中の介護療養型医療施設が担当し今までの「かかりつけ医及び主治医」との関係は“お休み”となります。施設の依頼なしに、他院への受診や投薬を受けることは、おやめください。

## ○外出時の医療機関受診

外出時も入所中と同じ扱いです。日・祝祭日や時間外についても、医療機関の受診には、施設からの依頼状が必要です。外出・外泊中に身体の調子が悪くなった場合やケガをした場合、緊急時以外は必ず当施設にご連絡ください。

## ○その他

多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者及びその家族による、当施設の職員や他の入所者等に対して宗教の勧誘、特定の政治活動、営利行為は禁止させていただきます。

# 5. 非常災害対策

- 防災設備      スプリンクラー、消火器、消火栓、防火扉、誘導灯、非常放送設備、自動火災警報機、避難階段、防排煙設備、自家発電設備  
                  非常食品 水 災害用トイレ
- 防災訓練      「斎藤病院 介護医療院 消防計画に基づき年に2回実施」  
                  自然災害時訓練 新興感染対策訓練 夜間を含めた避難訓練

## 6. 要望及び苦情等の相談

要望及び苦情等のご相談は、お気軽に担当者へお寄せください。迅やかに対応いたします。また、外部の苦情相談窓口は次のとおりです。

- |                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| ・斎藤病院 介護医療院     | 電話番号 0565-44-1177 (直)     |
|                 | 担当：看護師長 ・ 介護支援専門員         |
| ・愛知県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 052-971-4165         |
| ・市区町村苦情相談受付窓口   | 電話番号 0565-34-6634 (介護保険課) |

## 7. 緊急時の対応

緊急の場合には利用者の家族等へ速やかに連絡しますが、連絡が取れない場合は事後報告となる場合がありますのでご了承ください。

## 8. 利用料金

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。

### 【保険給付対象の料金（自己負担分）】

#### ○施設利用料

|        |                   |             |
|--------|-------------------|-------------|
| ・要支援 1 | 654 単位／日 (従来型個室   | 591 単位／日)   |
| ・要支援 2 | 815 単位／日 (従来型個室   | 731 単位／日)   |
| ・要介護 1 | 880 単位／日 (従来型個室   | 768 単位／日)   |
| ・要介護 2 | 933 単位／日 (従来型個室   | 879 単位／日)   |
| ・要介護 3 | 1,233 単位／日 (従来型個室 | 1,119 単位／日) |
| ・要介護 4 | 1,334 単位／日 (従来型個室 | 1,222 単位／日) |
| ・要介護 5 | 1,426 単位／日 (従来型個室 | 1,314 単位／日) |

以下のサービスをご利用いただいた場合、上記金額に加算されます。

※医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合に 1 食につき 8 単位が加算されます。

利用者の容態が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行った場合は、別途料金をいただきます。

※病棟内の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上で看護・介護を提供しています。 1 日につき 18 単位が加算されます。

※夜勤において介護保険で定められている基準を満たす看護職員と介護職員が利用者の看護・介護をしています。 1 日につき 7 単位が加算されます。

※感染対策として、メキシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止する為に、十分な設備が有り又は、十分な体制を整備しています。 1 日につき 6 単位が加算されます。

※褥瘡対策として、日常生活の自立度が低い利用者に対し常時、診療計画を作成し必要な体圧分散式マットレス等を適切に使用しています。利用時に褥瘡の発生リスクがある利用者ごとに他職種が共同しケア計画を立案し定期的に評価しています。

1日につき6単位が加算されます。

又、褥瘡の発生リスクがある利用者の褥瘡が発生しないよう努めております。

1日につき10単位が加算されます。

※感染症発症時には第二種協定指定医療機関と協議を行い診療等の対応を取り決め、対応を行っています。 10単位／月

※感性症対策にかかる一定の条件を満たす医療機関や医師会が定期的に主催する研修に参加し指導を受けています。 5単位／月

※リハビリテーションを実施した場合は作業療法123単位／1回（1日3回まで）

理学療法123単位／1回（1日3回まで）加算されます。又、専従常勤 理学療法士が2名以上配置されている為、1回につき35単位が加算されます。

介護職員処遇改善加算として上記で算定した単位数の1000分の26に相当する単位数に10.68を掛けた1割又は2割又は3割（介護保険負担割合証に示され割合）が利用料金となります。

#### 【保険給付対象外の料金】

|                                       |                |           |
|---------------------------------------|----------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 食費（食材料費・調理費） | 445円／朝食        | 500円／昼・夕食 |
| <input type="checkbox"/> 居住費（療養室の使用費） | 437円／日（多床室）    |           |
|                                       | 1668円／日（従来型個室） |           |

※病衣利用希望される場合は外部業者と契約となります。

※上記「食費」及び「居住費」において負担限度額認定を受けている利用者の負担額については、別途資料「国が定める利用者負担限度額段階に該当する利用者当の負担額」をご覧ください。

※利用者等からの依頼により購入する日常生活品については、実費をいただきます。

#### 9. 支払い方法

- ・入院費のご請求は、退所日です。退所日に、1階会計窓口にてお支払いください。都合でお支払いできない場合や、不明な点は会計窓口でご相談ください。
- ・現金又はクレジットカード（VISA・JCB・MASTER・AMEX・DINERS）クイックペイ・振り込み（手数料は自己負担）でのお支払いをお願いしております。

#### 10. 個人情報保護

- ・個人情報保護にあたり別紙「個人情報使用同意書」にて説明の上同意をいただきます。

- ・ 国が定める利用者負担限度額段階に該当する利用者等の負担額

○利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。

○利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、有効期限に遡り、過払い分を払い戻しさせていただきます）

○利用者負担 第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、次のような方です。

【利用者負担第1段階】

生活保護を受けておられる方が、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方

【利用者負担第2段階】

所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円以下の方

【利用者負担第3段階】

所属する世帯全員が市町村民税非課税で、利用者負担 第2段階以外の方（課税年金収入額が ①80万円越 120万円以下の方 ②120万円超の方など）

【利用者負担第4段階】

上記以外の方（利用者と施設の契約により決められます）

○利用者負担第4段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。

○その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

◇負担額一覧表◇

|       | 利用者負担段階 |         |          |          |          |
|-------|---------|---------|----------|----------|----------|
|       | 第1段階    | 第2段階    | 第3段階①    | 第3段階②    | 一般       |
| 食費    | 300円／日  | 600円／日  | 1,000円／日 | 1,300円／日 | 1,445円／日 |
| 居住費   | 0円／日    | 430円／日  | 430円／日   | 430円／日   | 437円／日   |
| 1日当たり | 300円／日  | 1030円／日 | 1430円／日  | 1730円／日  | 1,882円／日 |

齊藤病院 介護医療院

2025年6月1日改訂