

# 重要事項説明書

(介護老人保健施設)

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニットのご案内  
(令和7年5月1日現在)

## 1. 施設の概要

### (1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人矢尾板記念会介護老人保健施設見龍堂メディケアユニット
- ・開設年月日 平成15年4月17日
- ・所在地 栃木県日光市木和田島3008-8
- ・電話番号 0288 (32) 2213 ・ファックス番号 0288 (26) 5601
- ・管理者名 矢尾板 亮
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (0950780007 号)

### (2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅の生活を営むための支援を必要とする者に対し、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいたうえでご利用ください。

#### [介護老人保健施設見龍堂メディケアユニットの運営方針]

1. 施設の健全な運営に努め、利用者の人間性を尊重し、明るく楽しく個々に行き届いたサービスが提供できる施設にし、高齢者が安心して療養出来るよう処遇に万全を期するものとする。
2. 利用者に対し、医療・保健福祉並びに生活サービスを行ない家庭復帰を目指す。
3. リハビリにて起立・聴能（補聴）・視力（眼鏡）・並びに咀嚼・嚥下の訓練指導の補填を行い、家庭復帰時の日常生活を可能にする。
4. 生きがいと希望、並びに自主性を持たす為の精神的指導を行う。
5. 地域の医療機関並びに市町村との連携を密にし、地域の医療・保健福祉に貢献する。
6. 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行なわない。
7. 当施設は、入居者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するための措置(委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の設置)を講ずるものとする。
8. サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
9. 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。
10. 当施設は、介護保健施設サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。

(3) 施設の全職員体制 (長期入所・短期入所療養介護)

|                            | 人員数    | 夜間       | 業務内容                                     |
|----------------------------|--------|----------|------------------------------------------|
| ・施設長                       | 1名     | —        | 施設の運営、管理                                 |
| ・医師                        | 1名以上   | 併設で対応    | 利用者の健康、機能の回復のための医療行為と指示                  |
| ・看護職員                      | 10名以上  | 看護・介護で5名 | 利用者に対する身体状態の管理・医学的介助、医師の補助               |
| ・介護職員                      | 24名以上  |          | 利用者に対する生活全般の介護                           |
| ・薬剤師                       | 0.3名以上 | —        | 利用者に対する投薬と指導                             |
| ・支援相談員                     | 1名以上   | —        | 利用者と家族の処遇上の相談、日常生活等の計画と指導、市との連携、ボランティア指導 |
| ・理学療法士<br>・作業療法士<br>・言語聴覚士 | 1名以上   | —        | 利用者の心身の状態に応じた、機能回復のための計画的なリハビリテーションの実施   |
| ・管理栄養士                     | 1名以上   | —        | 利用者に対する栄養指導                              |
| ・介護支援専門員                   | 1名以上   | —        | 入所者のケアプラン作成                              |
| ・事務職員                      | 1名以上   | —        | 施設における事務一般                               |

(4) 入所定員等      ・定員      100名      (うち認知症専門棟50名)  
                               ・療養室      全室個室

(5) 通所定員      ・40名

## 2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② リハビリテーション実施計画の立案
- ③ 栄養ケア計画の立案、栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態や口腔衛生の管理
- ④ 食事(食堂で食事をとる事を支援していきます。)  
     朝食      7時30分～  
     昼食      12時00分～  
     夕食      18時00分～
- ⑤ 入浴(一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。入所利用者は、週に最低2回実施しております。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。)
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護(退所時の支援も行います。)
- ⑧ 機能訓練(リハビリテーション、レクリエーション)
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 利用者が選定する食事の提供
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ その他  
     \*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

### 3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかな対応をしております。

#### ・併設医療機関

- ・名 称 見龍堂医療福祉総合クリニック
- ・住 所 栃木県日光市木和田島 3 0 0 8 - 8
- ・電 話 0 2 8 8 - 3 2 - 2 0 2 1

#### ・協力医療機関（病院）

- ・名 称 今市病院
- ・住 所 栃木県日光市今市 3 8 1
- ・電 話 0 2 8 8 - 2 2 - 2 2 0 0

#### ・協力歯科医療機関

- ・名 称 宮本歯科医院
- ・住 所 栃木県日光市大沢町 3 5
- ・電 話 0 2 8 8 - 2 6 - 3 7 0 0

### ◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

### 4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会 : 平日 9 時～1 8 時 3 0 分・土日祝祭日 9 時～1 7 時 3 0 分の時間となり  
ます。必ず面会簿にご記入ください。
- ・外出・外泊 : 所定の届け出用紙により 2～3 日前にはご連絡ください。
- ・飲酒・喫煙 : 飲酒は禁止となります。喫煙は所定の場所で行います。
- ・火気の取扱い : ライター等は施設でお預かりさせていただきます。
- ・設備・備品の利用 : 本来の用法に誤った使用をし、破損等が生じた場合は、  
賠償していただくことがあります。
- ・所持品・備品等の持ち込み : 全てにお名前をご記入下さい。電気製品等を持ち込まれる際は、  
事務所へご連絡ください。
- ・金銭・貴重品の管理 : ご家族にお願いし、持ち込まないようお願いいたします。
- ・外泊時等の施設外での受診 : 必要が生じた時は、まず当施設へご連絡ください。
- ・宗教活動 : 宗教活動は禁止します。
- ・ペットの持ち込み : 施設内への持ち込み、飼育はご遠慮ください。
- ・飲食物の持ち込み : 施設内への持ち込みは、食中毒防止の為ご遠慮ください。

### 5. 非常災害対策

- ・防災設備 : スプリンクラー、消火器、消火栓、避難階段、自動火災報知器等  
設置・防災訓練年 2 回。

### 6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

## 7. 要望及び苦情等の相談

当施設には相談の専門員として支援相談員を配置しておりますので、お気軽にご相談ください。  
(電話 0288-32-2213)

要望や苦情などは、支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

尚、以下の公的機関においても苦情の相談ができます。

|                    |     |                             |
|--------------------|-----|-----------------------------|
| 日光市健康福祉部<br>高齢福祉課  | 住 所 | 栃木県日光市今市本町 1                |
|                    | 電 話 | 0288-21-5100                |
|                    | FAX | 0288-21-5105                |
| 栃木県国民健康保険団体<br>連合会 | 住 所 | 栃木県宇都宮市本町 3-9<br>栃木県本町合同ビル内 |
|                    | 電 話 | 028-643-2220                |
|                    | FAX | 028-643-5411                |

## 8. 緊急時、事故発生時の対応

次頁「見龍堂メディケアユニット緊急時の対応」により対応いたします。

## 9. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニット緊急時の対応

| 事 故      | 内 容           | 初 期 対 応                                                                                    | 必 要 事 項                                                      |
|----------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. 転倒・骨折 | 利用者の転倒骨折事故    | ① 利用者の緊急処置<br>併設医療機関への連絡<br>見龍堂医療福祉総合クリニック<br>② 事故状況を確認<br>③ 家族への連絡<br>④ 担当スタッフによる事故報告書の提出 | ・ 家族へ発生状況を詳しく説明（責任者・看護職員）<br>・ 事故報告書（内部）の作成（当事者）<br>・ 行政への報告 |
| 2. 怪我    | 利用者及び職員の怪我    | ① 対象者の緊急処置<br>② 事故状況を確認<br>③ 利用者の場合、家族への連絡<br>④ 担当スタッフによる事故報告書の提出                          | ・ 家族へ発生状況を詳しく説明（責任者・看護職員）<br>・ 事故報告書（内部）の作成（当事者）<br>・ 行政への報告 |
| 3. 誤飲    | 利用者の誤飲事故      | ① 対象者の緊急措置<br>② 事故状況を確認<br>③ 家族への連絡<br>④ 担当スタッフによる事故報告書の提出                                 | ・ 家族へ発生状況を詳しく説明（医師・看護職員）<br>・ 事故報告書（内部）の作成（当事者）<br>・ 行政への報告  |
| 4. 伝染病   | 伝染性疾患が発見された場合 | ① 医師の診察、対応・指示を受ける<br>② 届出が必要な場合、保健所に連絡（医師）<br>県西健康福祉センター<br>(0289-64-3125)                 | ・ 行政への報告                                                     |
| 5. 食中毒   | 集団下痢等があった場合   | ① 医師の診察、対応・指示を受ける<br>② 保健所に連絡（医師）<br>③ 保健所から対策の指示を仰ぐ<br>県西健康福祉センター<br>(0289-64-3125)       | ・ 保存食のチェック<br>・ 行政への報告                                       |
| 6. 交通事故  | 利用者の送迎等       | ① 事故状況により怪我人の救急病院等への搬送<br>② 警察、施設、保険会社への連絡<br>③ 家族、居宅介護支援事業所への連絡<br>④ 加害者、被害者との協議          |                                                              |
| 7. 急死    | 利用者が突然死亡した場合  | ① 医師の診察<br>② 死因が不明な場合 警察への連絡（医師）<br>③ 家族への連絡（医師）                                           | ・ 夜間に発見された場合は、周辺及び対象を動かさない。<br>・ 事故報告書（内部）の作成                |
| 8. 自殺    | 入所者が自殺した場合    | ① 現場状況を保存<br>② 警察への連絡（医師）<br>③ 家族への連絡（医師）                                                  | ・ 夜間に発見された場合は、周辺及び対象を動かさない。<br>・ 事故報告書（内部）の作成                |

1. 介護保険証等の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の「介護保険証」「介護保険負担割合証」及び利用者負担段階第1～3段階②の方は「介護保険負担限度額認定証」を確認させていただきます。

2. 介護保健施設サービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

- ◇医療 : 介護老人保健施設は、入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。
- ◇機能訓練 : 原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。
- ◇生活サービス : 当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

3. 利用料金（入所）

※別紙参照してください

4. 支払い方法

- ・毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
  - ・お支払い方法は、現金、口座振込み、口座引落しの三つの方法いずれかでお支払いください。
- 現金・口座振込みの場合はその月の末日までにお支払い下さい。  
口座振替の場合はその月の20日（金融機関が休みの場合は翌営業日）に振替致します。  
尚、口座振込みを利用された場合の、振込み手数料はご本人（ご家族）に負担していただきます。

# 見守り機器の使用に関する説明書

(介護老人保健施設見龍堂メディケアユニット)

当施設では、利用者様の状態に応じた介護をご提供できるよう努めており、「眠り SCAN (カメラ付き)」及び「センサー内蔵ベッド」等の見守り機器を居室に設置することがあります。

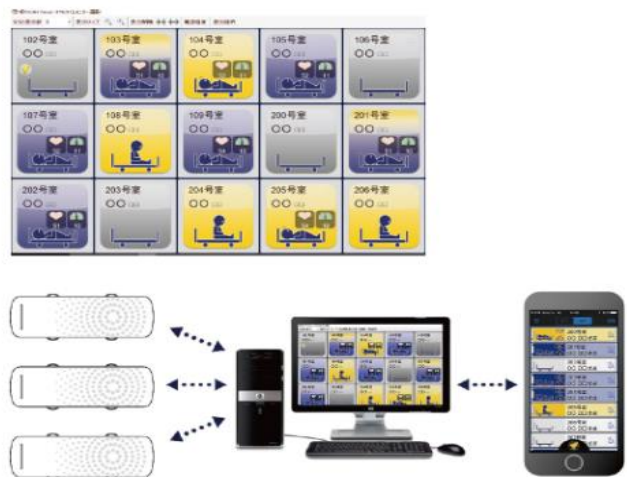
「眠り SCAN (カメラ付き)」は、マットレスの下に敷いて「睡眠・覚醒・起き上がり・離床」の状態や「心拍数・呼吸数(推定値)」を計測できる、非装着・非侵襲のセンサーです。「センサー内蔵ベッド」は、ベッドに内蔵されたセンサーが荷重の変化を検知することで、ベッドのどの位置から離床しても検知することができるシステムです。

利用者様の状況に応じて、上記の見守り機器を設置する場合があります。

当施設では、これらの情報を次の目的で利用いたします。

- ・利用者様の生活習慣や状態にあわせたケア・見守り
- ・利用者様に適した提供及びその効果の検証
- ・利用者様の体調変化の気づき
- ・その他、利用者様への介護の提供全般

なお、利用者様への介護の提供にあたり、これらの情報をご家族様やケアマネージャー、外部の医療機関に提供することがあります。



# 介護老人保健施設見龍堂メディケアユニット 入所利用同意書

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニットの入所利用にあたり、利用者（本人が判断不能な場合は身元引受人）に対して、重要事項説明書（令和6年8月1日現在）を交付の上説明いたしました。

令和 年 月 日

＜説明者＞

事業所名 介護老人保健施設見龍堂メディケアユニット  
職 氏 名 支援相談員

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニットの入所利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

＜利用者＞

住 所  
氏 名

＜利用者の身元引受人＞

住 所  
氏 名

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニット  
施設長 矢 尾 板 亮 様

## 【請求書・領収書の送付先】

|       |       |
|-------|-------|
| ・氏 名  | (続柄 ) |
| ・住 所  |       |
| ・電話番号 |       |

## 【緊急時の連絡先】

|       |       |
|-------|-------|
| ・氏 名  | (続柄 ) |
| ・住 所  |       |
| ・電話番号 |       |

# 個人情報の利用目的

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニットでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

## 【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

### [介護老人保健施設内部での利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
  - ・ 入退所等の管理
  - ・ 会計・経理
  - ・ 事故等の報告
  - ・ 当該利用者の介護・医療サービスの向上

### [他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - ・ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ・ 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - ・ 検体検査業務の委託その他の業務委託
  - ・ 家族等への心身の状況説明
- 介護保険事務のうち
  - ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
  - ・ 審査支払い機関または保険者からの照会への回答
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等

## 【上記以外の利用目的】

### [当施設の内部での利用に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
  - ・ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - ・ 当施設において行われる学生の実習への協力
  - ・ 当施設において行われる事例研究

### [他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
  - ・ 外部監査機関への情報提供
  - ・ 関係法令等に基づく行政機関及び司法機関等への提出等

### [その他]

- 当施設の広報を目的としたもののうち
  - ・ 医療・介護関連参考書籍への写真・記事の掲載
  - ・ 関連機関インターネットホームページ、広報誌への写真・記事の記載

## 個人情報の利用目的についての同意書

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニットの入所利用にあたり、利用者（本人が判断不能な場合は身元引受人）に対して、個人情報の利用の目的を交付の上説明致しました。

なお、個人情報の利用目的のうち、同意できない項目、希望する事がありましたら、下段の申出欄により、具体的な項目等を申出てください。

令和 年 月 日

＜説明者＞

事業所名 介護老人保健施設見龍堂メディケアユニット  
職 氏 名 支援相談員

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニットの入所利用にあたり、個人情報の利用の目的を受領し、これらお内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

なお、個人情報保護についての取組について説明を受けましたが、利用目的のうち、以下の項目については同意できませんので申し出いたします。

### 《申 出 欄》

利用目的の ・  
・  
・

について希望しません。

令和 年 月 日

＜利用者＞

氏名

（本人が判断不能、書字不能の場合ご家族代筆）

＜ご家族＞

氏名

介護老人保健施設見龍堂メディケアユニット  
施設長 矢尾板 亮 様

A 保険給付の自己負担額

※ 当施設は地域区分 7 級地に該当しておりますので、自己負担額は合計単位数に地域単価（10.14 円）を乗じた金額から、介護保険給付分を差し引いた金額になっております。（介護保険負担割合証の利用者負担の割合に準じます。）

（1）介護保険負担割合証の利用者負担割合が 1 割の方（他負担割合の方は別紙を参照ください。）

1）施設サービス費／日

| 種別                             | 要介護 1  | 要介護 2  | 要介護 3  | 要介護 4  | 要介護 5  |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 介護保健施設<br>サービス費 I（i）<br>従来型個室  | 2181 円 | 2321 円 | 2519 円 | 2686 円 | 2835 円 |
| 介護保健施設<br>サービス費 I（ii）<br>従来型個室 | 2397 円 | 2625 円 | 2823 円 | 2997 円 | 3164 円 |

※ 施設サービス費は、国の定める基準によりいずれかとなります。

2）加算

| 加算内容                                                                                 | 加算額     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 初期加算（Ⅰ） 入所後 30 日間のみ<br>急性期医療機関へ入院後 30 日以内に退院し入所した場合                                  | 183 円／日 |
| 初期加算（Ⅱ） 入所後 30 日間のみ<br>上記（Ⅰ）以外                                                       | 92 円／日  |
| 安全対策体制加算<br>事故の発生または再発を防止するための体制がある場合（入所時に 1 回）                                      | 61 円／回  |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）<br>在宅復帰率・平均在所日数等が一定基準に適合した場合<br>（介護保健施設サービス費 I（i）の場合）             | 156 円／日 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）<br>在宅復帰率・平均在所日数等が一定基準に適合した場合<br>（介護保健施設サービス費 I（ii）の場合）            | 156 円／日 |
| 認知症ケア加算<br>認知症専門棟(2 階フロア)の対象の方                                                       | 231 円／日 |
| 夜勤職員配置加算<br>朝食・夕食を含む夜勤時間帯の職員配置                                                       | 73 円／日  |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)<br>下記（Ⅱ）に加えて、月 1 回以上リハビリテーション計画を見直している場合                        | 785 円／日 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)<br>入所後 3 月以内に短期・集中的にリハビリテーションを実施した場合                            | 609 円／日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)<br>下記（Ⅱ）に加えて、入所者が退所後生活する居宅等を訪問しリハビリテーション計画を作成した場合            | 730 円／日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)<br>認知症の診断を受け必要性を認められた方に、入所後 3 月以内にリハビリテーションを実施した場合（週 3 日を限度） | 365 円／日 |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)<br>下記（Ⅱ）に加えて、口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定している場合            | 162 円／月 |

| 加算内容                                                                                                                                                            | 加算額     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)</b><br>継続的にリハビリテーションの質を管理し、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合                                                                             | 101円/月  |
| <b>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</b><br>①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が80%以上の体制<br>②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の割合が35%以上の体制<br>※上記①～②のいずれかに適合した場合                                          | 67円/日   |
| <b>サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</b><br>介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が60%以上の体制                                                                                                          | 55円/日   |
| <b>サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</b><br>①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上の体制<br>②看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の割合が75%以上の体制<br>③利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の割合が30%以上の体制<br>※上記①～③のいずれかに適合した場合 | 18円/日   |
| <b>栄養マネジメント強化加算</b><br>個々の状態に応じ多職種共同により栄養管理を実施するとともに、低栄養状態のリスクが高い入所者に対し食事の観察を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態・嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施している場合                                         | 34円/日   |
| <b>再入所時栄養連携加算</b><br>施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要になり、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と連携をはかった場合                                                                                | 609円/回  |
| <b>療養食加算</b><br>医師の指示に基づく療養食を提供した場合(1日3回を限度)                                                                                                                    | 18円/回   |
| <b>経口移行加算</b><br>経管により食事を摂取する利用者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理及び言語聴覚士または看護職員による支援が行われた場合(180日限度)                                                                | 85円/日   |
| <b>経口維持加算(Ⅰ)</b><br>摂食機能障害を有し、多職種共同により栄養管理をするための食事の観察等を行い、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栄養管理を行った場合                                                                  | 1217円/月 |
| <b>経口維持加算(Ⅱ)</b><br>経口維持加算(Ⅰ)に加えて、会議等に言語聴覚士等の専門職が加わった場合                                                                                                         | 305円/月  |
| <b>口腔衛生管理加算(Ⅰ)</b><br>歯科衛生士が口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行った場合                                                                                                    | 274円/月  |
| <b>口腔衛生管理加算(Ⅱ)</b><br>口腔衛生管理加算(Ⅰ)に加えて、口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合                                                                                      | 335円/月  |
| <b>褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)</b><br>定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理した場合                                                                                                           | 9円/月    |
| <b>褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)</b><br>褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)に加えて、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者に褥瘡の発生が無かった場合                                                                                     | 40円/月   |
| <b>排泄支援加算(Ⅰ)</b><br>排泄障害等のため、介護を要する入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し支援した場合                                                                                                | 31円/月   |

| 加算内容                                                                                         | 加算額     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 排せつ支援加算（Ⅱ）<br>排せつ支援加算（Ⅰ）に加えて、排泄の状態が改善する、または、おむつ使用無しに改善した場合                                   | 46円／月   |
| 排せつ支援加算（Ⅲ）<br>排せつ支援加算（Ⅰ）に加えて、排泄の状態が改善する、かつ、おむつ使用無しに改善した場合                                    | 61円／月   |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）<br>入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を管理し、適切かつ有効なサービス提供に活用している場合                             | 122円／月  |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）<br>科学的介護推進体制加算（Ⅰ）に加えて、入所者の疾病の状況や服薬等の情報を活用している場合                               | 183円／月  |
| 自立支援促進加算<br>医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要である入所者に対し支援を実施した場合                                       | 913円／月  |
| 所定疾患施設療養費（Ⅰ）<br>肺炎・尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増悪の治療を行った場合<br>（月7日を限度）                             | 727円／日  |
| 所定疾患施設療養費（Ⅱ）<br>診断に至った根拠があり、感染症対策に関する研修を受けた医師が治療を行った場合（月10日を限度）                              | 1461円／日 |
| 若年性認知症利用者受入加算<br>個別の担当者が特性やニーズに応じたサービスを提供した場合                                                | 365円／日  |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算<br>医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在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場合（7日を限度）        | 609円／日  |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）<br>入所前後に退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合                       | 1369円／回 |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）<br>入所前後訪問指導加算（Ⅰ）に加えて、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合                | 1461円／回 |
| 入退所前連携加算（Ⅰ）<br>入退所前連携加算（Ⅱ）に加えて、入所前後から早期に居宅介護支援事業所と連携して退所後の居宅サービス等の利用方針を定めた場合                 | 1826円／回 |
| 入退所前連携加算（Ⅱ）<br>居宅介護支援事業者へ文章をもって利用者の居宅サービスに必要な情報を提供し、居宅介護支援事業者と連携してサービスの調整を行った場合              | 1217円／回 |
| 外泊時費用<br>施設サービス費に代えて算定（外泊初日と帰設日を除き、月6日を限度）                                                   | 1101円／日 |
| 在宅サービスを利用したときの費用<br>外泊時に介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合、施設サービスに代えて算定（外泊初日と帰設日を除き、月6日を限度）       | 2434円／日 |
| 試行的退所時指導加算<br>試行的に退所する場合において、退所後の療養指導を試行的な退所時に行った場合                                          | 1217円／回 |
| 退所時栄養情報連携加算<br>低栄養状態にある入居者が退去する際に、医療機関等に対して管理栄養士が栄養管理に関する情報提供を行った場合（栄養マネジメント強化加算を算定している場合除く） | 213円／回  |

| 加算内容                                                                                                                                        | 加算額         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>退所時情報提供加算（Ⅰ）</b><br>主治医または社会福祉施設等に対し、文章にて利用者の処遇に必要な情報を提供した場合                                                                             | 1 5 2 1 円／回 |
| <b>退所時情報提供加算（Ⅱ）</b><br>医療機関への退所の際、医療機関に対して文章にて利用者の処遇に必要な情報を提供した場合                                                                           | 7 6 1 円／回   |
| <b>訪問看護指示加算</b><br>退所後訪問看護が必要と認められ、訪問看護ステーションに対し指示書を交付した場合                                                                                  | 9 1 3 円／回   |
| <b>地域連携診療計画情報提供加算</b><br>地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、治療等を行うとともに、退院した医療機関に診療情報を文書により提供した場合                                                     | 9 2 8 円／回   |
| <b>認知症情報提供加算</b><br>認知症疾患医療センター等への紹介をした場合                                                                                                   | 1 0 8 0 円／回 |
| <b>かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ</b><br>入所前に 6 種類以上の内服薬が処方されている入所者に対して、施設医師と主治医が共同して薬剤の調整をした上で療養上必要な指導を行っており、変更があった際には退所時または退所後 1 月以内に主治医に対し情報提供を行った場合 | 4 2 6 円／回   |
| <b>かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ</b><br>入所前に 6 種類以上の内服薬が処方されている入所者に対して。施設において療養上必要な指導を行って場合                                                            | 2 1 3 円／回   |
| <b>かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）</b><br>かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロに加えて、服薬情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合                                               | 7 3 0 円／回   |
| <b>かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）</b><br>かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）に加えて、介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同して減薬した場合                                                             | 3 0 5 円／回   |
| <b>緊急時治療管理</b><br>容体が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行った場合（月 3 日を限度）                                                                                      | 1 5 7 6 円／日 |
| <b>ターミナルケア加算</b><br>ご家族の同意の上ターミナルケアを行った場合<br>（死亡日以前 3 1 日以上 4 5 日以下）                                                                        | 2 1 9 円／日   |
| <b>ターミナルケア加算</b><br>（死亡日以前 4 日以上 3 0 日以下）                                                                                                   | 4 8 7 円／日   |
| <b>ターミナルケア加算</b><br>（死亡日の前日及び前々日について）                                                                                                       | 2 7 6 9 円／日 |
| <b>ターミナルケア加算</b><br>（死亡日について）                                                                                                               | 5 7 8 0 円／日 |
| <b>協力医療機関連携加算</b><br>入居者の病歴等の情報を協力医療機関と共有する会議を定期的で開催している場合<br>（令和 7 年 3 月 3 1 日まで）                                                          | 3 1 1 円／月   |
| <b>協力医療機関連携加算</b><br>入居者の病歴等の情報を協力医療機関と共有する会議を定期的で開催している場合<br>（令和 7 年 4 月 1 日以降）                                                            | 1 5 6 円／月   |
| <b>高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）</b><br>感染症の発生時に医療機関と連携する体制があり、感染症対策の研修または訓練を行った場合                                                                      | 3 1 円／月     |
| <b>高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）</b><br>指定された医療機関より 3 年に 1 回以上実施指導を受けた場合<br>（（Ⅰ）と併算定可能）                                                                 | 1 5 円／月     |

| 加算内容                                                                                                     | 加算額    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 新興感染症等施設療養費<br>新興感染症のパンデミック発生時等において、感染した入居者に対して施設内療養を行った場合（1月5日を限度）                                      | 730円／回 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）<br>生産性向上推進体制加算（Ⅱ）に加えて、3種類以上のテクノロジーを導入し効率化を図った場合                                           | 305円／月 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）<br>介護サービスの質の確保と職員の負担軽減のための委員会の開催や、1種類以上のテクノロジーを導入し効率化を図った場合                               | 31円／月  |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）<br>下記の加算（Ⅱ）に加えて、経験技能のある介護職員を一定以上配置している場合（1月の保険給付の合計金額に、右記を乗じた金額を算定）                       | 7.5％／月 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）<br>介護職員等の確保に向けて、職場定着のための取り組み、職場環境のさらなる改善、見える化等の取り組みを行った場合。<br>（1月の保険給付の合計金額に、右記を乗じた金額を算定） | 7.1％／月 |

## B 保険給付対象外の自己負担額

### (1) 食費・居住費

※食費は、1食ではなく1日当たりで設定されています。

※当施設は、施設区分の従来型個室に該当します。室料・光熱水費相当分としてお支払いいただきます。尚、外泊時においても同様の金額をお支払いいただきます。

|     | 第1段階   | 第2段階   | 第3段階①   | 第3段階②   | 第4段階    |
|-----|--------|--------|---------|---------|---------|
| 食費  | 300円/日 | 390円/日 | 650円/日  | 1360円/日 | 1890円/日 |
| 居住費 | 550円/日 | 550円/日 | 1370円/日 | 1370円/日 | 1980円/日 |

### (2) その他費用

| 項目                                                                                             | 料金                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>日用生活品費</b><br>石鹸、シャンプー、バスタオルやおしぼり等の費用であり、施設で用意するものをご希望によりご利用いただく場合                          | 340円/日            |
| <b>教養娯楽費</b><br>倶楽部やレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、ビデオソフト等の費用であり、施設で用意するものをご希望によりご利用いただく場合 | 220円/日            |
| <b>電気代（1点につき）</b><br>利用者のご希望により私物の電気製品を持ち込みご利用される場合                                            | 50円/日             |
| <b>特別食（行事食）</b><br>施設における行事等において利用者のご希望により、特別食（お弁当等）を提供した場合                                    | 500円/回（税込）        |
| <b>健康管理費</b><br>インフルエンザ予防接種等に係る費用で予防接種を希望された場合                                                 | 実費<br>（市町村により異なる） |
| <b>診断書代</b><br>診断書を作成した場合                                                                      | 実費                |
| <b>理美容代</b><br>美容師の出張による理髪・美容サービスを利用された場合                                                      | 実費                |
| <b>謄写代</b><br>ご希望による謄写した診療録等を提供した場合                                                            | 20円/頁（税込）         |