

様

短期入所療養介護【重要事項説明書】

令和8年6月1日現在

1. 事業者の概要

施設名	下伊那赤十字病院介護医療院
所在地	長野県下伊那郡松川町元大島3159の1
電話番号	0265-36-2255
FAX番号	0265-36-7081
管理者名	施設長 白子 隆志
事業者指定番号	20B2500033

2. 介護医療院の目的と運営方針

(1) 施設の目的

介護医療院は、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。長期の療養が必要な入所者の方に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の支援」を一体的に提供します。

(2) 運営方針

短期入所療養介護サービスを利用する方が、可能な限り居宅にて各々の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、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により、療養生活の質の向上と利用者の家族等の身体・精神的負担の軽減を図ります。

3. 主な設備の概要

療養室	病床数		面積（内法）
	多床室（2人部屋）	15室	16.92㎡～
個室（1人部屋）	4室	8.63㎡～	
リハビリ室（機能訓練室）※1	1室	125.08㎡	
食堂兼談話室兼レクリエーションルーム	1室	112.08㎡	

※1の設備は、下伊那赤十字病院南棟地下1階

浴室	2室	一般、特殊浴槽
トイレ（共用）	1室	
トイレ（男性用）	1室	
トイレ（女性用）	1室	
非常災害設備等	消火器、消化栓、スプリンクラー	

4. 施設の職員体制

職種		員数	職務内容
管理者【施設長】（医師兼務）		1名	職員および業務の統括的な管理・指導を行う。利用者の日常的な医学的管理を行う
薬剤師		1名以上	医師の指示をもとに必要な薬学的管理を実施する
管理栄養士		1名以上	医師の指示をもとに必要な栄養管理を実施する
機能訓練指導員	理学療法士	1名以上	医師の指示を受け利用者の自立支援を目的とした必要なりハビリテーションを実施する
	作業療法士	1名以上	医師の指示を受け利用者の自立支援を目的とした必要なりハビリテーションを実施する
介護支援専門員（兼務）		1名以上	施設サービス計画の作成・変更、要介護認定及び更新の申請手続きを行う。利用者・ご家族からの相談に応じる。
看護職員		5名以上	医師の指示を受けて必要な看護を実施する
介護職員		8名以上	利用者の心身状況に応じて介護サービスを提供する
事務職員		1名以上	各種相談、地域連携、事務業務、介護報酬請求など

5. 職員の勤務体制

職種	勤務体制
医師	平日：08：30～17：15
薬剤師	平日：08：30～17：15
管理栄養士	平日：08：30～17：15
理学療法士	平日：08：30～17：15
作業療法士	平日：08：30～17：15
看護職員 介護職員	日勤帯：08：15～17：00 準夜帯：16：15～1：00 深夜帯：00：15～9：00
事務職員	平日：08：30～17：15

※土・日曜日、祝日については、上記と異なります。

※夜勤帯については、看護職員と介護職員合わせて2名の体制になります。

6. 施設サービスの内容

(1)介護保険給付対象サービス

〈サービス内容〉

内 容	詳 細
施設サービス計画の作成	・当施設は、入所者の直面している課題等を評価し、入所者の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。その施設サービス計画に基づいて、安心して療養生活が続けられるよう支援します。
栄養管理・食事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養、入所者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。食事はできるだけ離床して食堂でとって頂けるよう配慮します。 (食事時間) 朝食 7 : 0 0 ※食事は左記時間を標準としますが、個々の状態により前後することがあります。 昼食 1 2 : 0 0 夕食 1 8 : 0 0
医療・介護	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の病状に合わせた医療・介護を提供します。 ・医師による診察は週1回行います。 ・それ以外でも必要がある場合は適宜診察します。
機能訓練	・理学療法士、作業療法士により、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回復又は低下を防止するための訓練を実施します
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通して週2回の入浴又は清拭を行います。 ・全介助の方でも機械浴で対応いたします。
排 泄	・利用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。
離床・着替え ・整容等	・生活機能低下防止のため、できる限り離床に配慮し生活のリズムを考え、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。
相談及び援助	・入所者とそのご家族等からのご相談に応じます。

〈基本サービス費〉

介護保険給付対象サービス利用分として、1日あたり下記の自己負担額が生じます。

Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費【Ⅱ】

(1単位：10円)

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	880単位	993単位	1,233単位	1,334単位	1,426単位
	個室	768単位	879単位	1,119単位	1,222単位	1,314単位
自己負担額 (1割の場合)	多床室	880円	993円	1,233円	1,334円	1,426円
	個室	768円	879円	1,119円	1,222円	1,314円
自己負担額 (2割の場合)	多床室	1,760円	1,986円	2,466円	2,668円	2,852円
	個室	1,536円	1,758円	2,238円	2,444円	2,628円
自己負担額 (3割の場合)	多床室	2,640円	2,979円	3,699円	4,002円	4,278円
	個室	2,304円	2,637円	3,357円	3,666円	3,942円

※おむつ代は上記の料金に含まれています。

※入所中の日常的な医療とは別に、治療を必要として行なった特別な診療は医療保険の対象となりますので、別に医療保険における自己負担額をお支払いいただきます。

Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費【Ⅱ】

(1単位：10円)

要介護度		要介護1	要介護2
サービス費	多床室	654単位	815単位
	個室	591単位	731単位
自己負担額 (1割の場合)	多床室	654円	815円
	個室	591円	731円
自己負担額 (2割の場合)	多床室	1,308円	1,630円
	個室	1,182円	1,462円
自己負担額 (3割の場合)	多床室	1,962円	2,445円
	個室	1,773円	2,193円

※おむつ代は上記の料金に含まれています。

※入所中の日常的な医療とは別に、
治療を必要として行なった特別な診療は
医療保険の対象となりますので、
別に医療保険における
自己負担額をお支払いいただきます。

(2) 食費

朝食	420円
昼食	580円
夕食	545円

(3) おやつ代

1回あたり	50円
-------	-----

(4) 居住費

多床室	1日	437円
個室(従来型)	1日	1,728円

いわゆる個室料(差額ベット代)についてのご負担は介護医療院ではありません。(療養医療はあります)

※「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方は、認定証に記載された限度額をお支払いいただきます。

※「介護保険負担限度額認定証」の金額は、以下の通りです。

	食費(日額)	従来型個室	多床室
【利用者負担 第1段階】 生活保護を受給されている方など	300円		0円
【利用者負担 第2段階】 その他の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円以下の方など	600円	550円	
【利用者負担 第3段階①】 その他の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方など	1,000円	1,370円	430円
【利用者負担 第3段階②】 第1~3①段階に該当されない方など	1,300円		
上記の条件に該当しない方(基準費用額)	1,445円	1,728円	437円

R8.8.1～

	食費(日額)	従来型個室	多床室
【利用者負担 第1段階】 生活保護を受給されている方など	300円		0円
【利用者負担 第2段階】 その他の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円以下の方など	600円	550円	
【利用者負担 第3段階①】 その他の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方など	1,030円	1,370円	430円
【利用者負担 第3段階②】 第1~3①段階に該当されない方など	1,360円	1,470円	
上記の条件に該当しない方(基準費用額)	1,545円	1,728円	437円

※「特定入所者介護サービス費(介護保険施設等の食事・居住費の負担軽減)」について

各市町村に申請することにより、「負担限度額認定」を受けることができます。申請が通れば、認定証が交付されます。「負担限度額認定」を利用する施設に提示することで、利用者負担を軽減することができます。また、「高額介護サービス費制度」や「高額医療・高額介護合算療養費制度」もございません。各市区町村の窓口にお問い合わせ下さい。

(5) サービス費の加算・減算

(1単位：10円)

加算・減算等名	加算・減算の概要	加算・減算の単位数
療養環境減算(Ⅰ)	中廊下幅が2.7Mに満たない場合	25単位/日を減算
夜間勤務等看護加算(Ⅳ)	夜勤の看護職員又は介護職員の配置が20:1以上かつ2人以上の場合に加算	7単位/日
夜勤体制減算	夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合に減算	25単位/日を減算
入所者数や職員数による減算	入所者の数が入所者の定員を超える場合に減算	所定単位数の70%を算定
	医師、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員の員数が基準に満たない場合に減算	所定単位数の70%を算定
	看護師が基準に定められた看護職員の員数の20%未満の場合に減算	所定単位数の90%を算定
身体拘束廃止未実施減算	「身体拘束等を行う場合に、その態様・時間・入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録する」若しくは「身体拘束等の適正化を図るための委員会の開催、指針の整備、研修の実施の措置を講じる」を満たしていない場合に減算	所定単位数の1%を算定
業務継続計画未実施減算	感染症もしくは災害のいずれかの又は両方の業務継続計画が未策定の場合は減算	所定単位数の1%を算定
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は減算	所定単位数1%を減算
口腔連携強化加算	事業所の従業員が、口腔の健康状態の評価を実施した場合、歯科医療機関及び介護支援専門員に評価の結果を情報提供した場合	50単位/回 1月1回
療養食加算	糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、痛風食等療養食を提供した場合	8単位/1日 1日3回を限度
緊急短期入所受入加算	計画的に行うことになっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合(介護予防は除く)	90単位/1日 (利用開始から7日又は14日)
サービス提供体制強化加算	介護福祉士80%以上又は勤続10年以上の介護福祉士35%以上配置	(Ⅰ) 22単位/日
	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が60%以上となっている	(Ⅱ) 18単位/日
	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上となっている	(Ⅲ) 6単位/日
介護職員等処遇改善加算	介護職員の処遇改善を目的に、基準に適合している施設が、入所者に対しサービスを行った場合	(Ⅰ) 所定単位数のイ6.2%/ロ6.6%を加算 (Ⅱ) 所定単位数のイ5.8%/ロ6.2%を加算 (Ⅲ) 所定単位数の4.7%を加算 (Ⅳ) 所定単位数の4.0%を加算

生産性向上推進体制加算	介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進。介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る。利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減のため見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入	生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100単位/月 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位/月
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)認知症介護に係る専門研修修了者を配置した場合 (Ⅱ)認知症介護の指導に係る専門研修修了者を配置した場合	(Ⅰ) 3単位/日 (Ⅱ) 4単位/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が認知症の行動・心理状況が認められる為、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが必要と判断し、入所となった場合	200単位/日 (入所日から7日間)

(3) 緊急時施設診療費

(1単位：10円)

緊急時治療管理	入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により実施した医療行為につき算定する。 ・入所者の病状が重篤となり緊急的な治療管理としての投薬・検査・注射・処置等	518単位/日 (1月に1回、連続する3日を限度)
特定治療	リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療を行なった場合	当診療に係る医科点数表に定める点数に10円を乗じた額を算定

(4) 特別診療費

(1単位：10円)

感染対策指導管理	感染対策チームを設置。施設全体で感染対策を行う	6単位/日
褥瘡対策指導管理(Ⅰ)	褥瘡対策委員会を設置。施設全体で褥瘡対策を行う。日常自立度がB以上の方対象。	(Ⅰ)6単位/日
初期入所診療管理	入所に際して医師が必要な診察、検査を行い、診療計画を策定し、本人様又は家族の方へ説明を行う。	250単位(入所中1回)
特定施設管理	後天性免疫不全症候群に対してサービスを行う場合	250単位/日 個室300単位/日 加算 2人部屋150単位/日加算
薬剤管理指導	入所者に対し投薬又は注射及び薬学的管理指導を行う。	350単位/1回(週1回限り月4回まで)
麻薬に関する薬剤管理指導加算	疼痛緩和の為の麻薬等使用に関する管理指導を行った場合	50単位/回加算
理学療法(Ⅰ)	ケアプランに基づいた理学療法を個別に行う。	123単位(1回につき)
作業療法	ケアプランに基づいた作業療法を個別に行う。	123単位(1回につき)
摂食機能療法	摂食機能障害を有する入所者に30分以上訓練指導を行う。	208単位(1月4回を限度)

短期集中 リハビリテーション	入所日から3ヶ月以内の期間、集中的に理学療法、作業療法、摂食機能療法を行う。	240単位/日 (入所日から3月以内の期間)
重度療養管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常時頻回の喀痰吸引を実施 ・ 人工呼吸器を使用 ・ 中心静脈の実施かつ強心薬等を投与 ・ 人工腎臓を実施かつ重篤な合併症 ・ 重篤な心機能障害呼吸障害で常時モニター測定を実施 ・ 膀胱又は直腸の機能障害があり、身障者4級以上に該当かつストマの処置を実施 上記の状態の方に対し計画的な医学的管理を継続して行い必要な処置を行なった場合	125単位/日 (要介護4又は要介護5の該当者)

7. 介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者様の負担となります。

種類	内容	利用料金
病衣等レンタル	消耗品等のレンタルも行っています	別紙案内を参照
洗濯代	外部に委託にて行っています	別紙案内を参照
予防接種	インフルエンザ、肺炎球菌ワクチン等	予防接種法に基づき、自治体が定めた額
各種診断書料	生命保険診断書、死亡診断書等	2,200円～（書類によって異なる）

8. お支払いについて

利用料金のお支払い方法
(1) 下伊那赤十字病院 1階の会計窓口で支払い <ul style="list-style-type: none"> ・ 現金 (8:30～20:00) ・ クレジットカード (8:30～17:00) 【JCB、VISA、MasterCard、AMERICANEXPRESS】

- ・ 入所費等は退所日ににご請求させていただきます。1週間以内を目安にお支払い下さい。
- ・ 土曜日・日曜日・祝日に退所の場合、請求書は後日郵送させていただきます。
- ・ 領収書は、所得税の医療費控除を申告する時など必要となりますので大切に保管してください。

9. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 平日 14:00～18:00 休日 14:00～18:00 感染症流行時期は面会の制限をさせて頂く場合があります。 ご面会の方は、必ず面会簿にご記入ください。 食べ物を持参された場合は、職員にお知らせください。 生物の持ち込みはご遠慮ください。
医薬品等の使用	効果は同じですが、名前の違う薬（ジェネリック医薬品）を使う場合があります。
外出・外泊	外出、外泊をされる場合は、事前に連帯保証人からお申し出ください。 お申し出時、所定の用紙に必要事項をご記入頂きます。
居室・設備・器具の利用	施設内の診療室や設備、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て破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。
禁煙・飲酒	駐車場も含め、敷地内はすべて禁煙です。飲酒は厳禁とします。
ペット	持ち込み禁止です。
迷惑行為等	暴力、喧嘩、口論、騒音等他の入所者の方の迷惑になる行為はご遠慮願います。 これに反した場合で職員の指示に従わない場合は、退所して頂きます。
金銭、貴重品の管理	ベッド脇の床頭台（テレビ台）のセーフティーボックスをご利用下さい。 多額の現金や貴重品はお持ちにならないようお願いします。
所持品の管理	テレビやパソコン等の電気機器の持ち込みはお断りいたします。やむを得ない事情が有る場合は、職員にご相談下さい。また、持ち込まれた物品は、お名前のご記入をお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
利用居室	病状などの理由により、利用居室の移動をお願いすることがあります。 ご理解の上、ご協力をお願い致します。
携帯電話のご使用	他の利用者様へのご迷惑にならないように、ご配慮ください。
お心付け	施設職員へのお心付けは固くお断りしています。
送迎について	送迎は実施していません。各自でご来所いただきます。

10. 身体的拘束等原則禁止について

・介護保険法令の趣旨に沿って入所者の意思及び人格を尊重し、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、入所者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により入所者の行動を制限しません。当施設は入所者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により入所者の行動を制限する場合は、入所者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。またこの場合には、事前又は事後速やかに入所者の家族等に対し、入所者に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。

11. 入所対象者について

・要介護度1～5の方、要支援1、2の方

1 2. 入所時と入所中の新型コロナウイルス感染症検査費用の負担について

・新型コロナウイルス感染症は2類から5類に下がりましたが、院内感染対策のため、今後も継続実施します。今までは公費扱いのため、費用請求はありませんでしたが、今後は保険扱いに変更になるため自己負担が発生します。また入所中に新型コロナウイルスの感染が疑われる症状があらわれた場合、医師の指示に従って検査も継続実施します。検査費用は、約500~700円/回(1割負担の場合)

1 3. 非常災害時の対応

災害時の対応	別途定める「下伊那赤十字病院消防計画」に沿って対応を行います。
防災訓練	年2回実施します。ご協力をお願いいたします。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・避難階段 ・自動火災報知器 ・誘導灯 ・防火扉 ・屋内消火栓 ・スプリンクラー ・非常通報装置 ・非常用電源 ・カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
防火担当責任者	介護医療院担当師長
BCP（事業継続計画）	自然災害、感染症の蔓延などの非常の事態が発生した際、被害を最小限度にとどめるための初期活動及び事業継続のための体制を整備し、入所者及び職員の生命を守り、安全の確保を優先すると共に機能の早期復旧を図ることで、安定したサービスの提供に資するための体制の構築に努めます。

1 4. サービス内容に関する相談、苦情

介護医療院の相談窓口以外に、入所者の方のお住まいの市町村又は国保連合会（電話026-238-1580）に相談、苦情を申し立てることができます。

1 5. 協力医療機関

医療機関名	下伊那赤十字病院
所在地	松川町元大島3159-1
電話番号	36-2255

歯科医療機関名	宮下歯科医院	JAみなみ信州歯科診療所
所在地	松川町元大島3265-2	飯田市鼎東鼎281
電話番号	36-6161	0265-21-4490

1 6. 緊急時の対応方法

- ・当施設は入所者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、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ことがあります。
- ・当施設は入所者に対し、当施設における介護保険サービスでの対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門機関を紹介します。
- ・入所中に心身の状態が急変した場合、当施設は指定の緊急時の連絡先に速やかにご連絡いたします。

17. 個人情報の取り扱い、利用目的

<法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されている事項>

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業者等との連携
- ③ 入所者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 入所者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供）

・利用者の個人情報について、利用目的を以下のとおり定める。

<利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的>

- (1) 当施設が利用者等に提供する介護・医療サービス。
- (2) 介護保険事務。
- (3) 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>

- (1) 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ①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。
 - ②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。
 - ③検体検査業務の委託、その他の業務委託。
 - ④家族等への心身の状況説明。
 - ⑤協力医療機関との間で、急変時に対応できるように当該入所者等の病歴等の情報共有。
 - ⑥職員が入所時に評価した口腔の健康状態結果を歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、歯科医療機関及び介護支援専門員へ情報を提供。
 - ⑦入所者が退所後に入院の病院、施設及び退所後の主治医に対して当該入所者の診療状況、施設が把握している生活状況、生活支援上の留意点や認知機能にかかる情報、心身の状況、生活歴等の情報提供。
- (2) 介護保険事務のうち
 - ①審査支払機関へのレセプトの提出。
 - ②審査支払機関又は保険者からの照会への回答。

<当施設の内部での利用に係る利用目的>

- (1) 当施設の管理運営業務のうち
 - ①医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料。
 - ②当施設において行われる学生の実習への協力。

<他の事業所等への情報提供に係る利用目的>

- ①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。

<事業向上に係る利用目的>

- ① 介護・看護・医療における事例研究。

利用者の個人情報を用いる場合は、利用者又は家族（連帯保証人）が重要事項説明書に記載することで同意したとみなす。前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

以上、下伊那赤十字病院介護医療院の短期入所療養介護について、契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明させていただきました。

上記の説明と契約を確認し、証するため、本書を2通作成し、サービス利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保管するものとします。

長野県下伊那郡松川町元大島3159の1
 下伊那赤十字病院介護医療院
 電話 0265-36-2255

説明者 所属：医事課

氏名 唐澤 和義 (印)

私は、契約書及び本書面により、担当者より説明を受け、サービスの利用及び個人情報の取り扱い等に同意しました。

年 月 日

下伊那赤十字病院介護医療院施設長 様

短期入所療養介護サービス利用者

住所

氏名 (印)

連帯保証人

住所

氏名 (印) (続柄)

電話 (- -)

代理人 (選任した場合)

住所

氏名 (印) (続柄)

電話 (- -)