

# 掲示事項 介護医療院

## 運営規程の概要

フリガナ	シロネオオドリビヨウインカイゴイリョウイン		サービスの種類	介護医療院
施設名	白根大通病院介護医療院		事業所番号	15B0100072
所在地	〒950-1203 新潟市南区大通黄金4丁目14番地2		フリガナ	ナカザト シンジ
			管理者	中里 真二
連絡先	電話番号	025-362-0260	FAX番号	025-362-0360
入所定員	50名	療養室形態	多床室(4人):12室、従来型個室:2室	
利用料	法定代理受領分		厚生労働大臣が定める告示上の基準額の利用者負担分(別掲)	
	法定代理受領分以外		厚生労働大臣が定める告示上の基準額(別掲)	

## 従業員の勤務体制

医師: 中里 真二 丸山 洋一  
看護師長(兼看護副部長): 吉田 明美  
介護支援専門員・相談員: 笠原 千津子 安達 奈津子

職種	員数	
	常勤	非常勤
医師	1人以上	1人以上
薬剤師	1人以上	
看護職員	9人以上	
介護職員	10人以上	
理学療法士	1人以上	
作業療法士	1人以上	
言語聴覚士	1人以上	
栄養士	1人以上	
介護支援専門員	1人以上	
診療放射線技師	1人以上	

## 秘密の保持

- 当施設の従業者は、その業務上知り得た入所者及び家族の秘密については、正当な理由がない限り、決して漏らしません。
- 当施設では、従業者が当施設の従業者でなくなった後においても、当事業者の責任において、当該従業者が業務上知り得た入所者及びその家族の秘密の保持を行います。
- 当施設では、サービス担当者会議等において入所者の個人情報を用いる場合は入所者の同意を、入所者家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

利用料その他の費用の額

地域区分 7級地

単価 10.14 円

※利用者負担金(法定代理受領分)は、利用料の1割で表示。一定以上の所得がある65歳以上の方は2割又は3割負担となります。

《介護医療院サービス》

(1単位=10.14円での計算になります)

・基本部分

※ I 型介護医療院サービス費 (I) 従来型個室の場合

要介護度	単位	基本利用料 (1日につき)	利用者負担金	
			(法定代理受領分)	(法定代理受領分以外)
要介護1	(721)	7,310 円	731 円	7,310 円
要介護2	(832)	8,436 円	844 円	8,436 円
要介護3	(1070)	10,849 円	1,085 円	10,849 円
要介護4	(1172)	11,884 円	1,189 円	11,884 円
要介護5	(1263)	12,806 円	1,281 円	12,806 円

・基本部分

※ I 型介護医療院サービス費 (I) 多床室の場合

要介護度	単位	基本利用料 (1日につき)	利用者負担金	
			(法定代理受領分)	(法定代理受領分以外)
要介護1	(833)	8,446 円	845 円	8,446 円
要介護2	(943)	9,562 円	957 円	9,562 円
要介護3	(1182)	11,985 円	1,199 円	11,985 円
要介護4	(1283)	13,009 円	1,301 円	13,009 円
要介護5	(1375)	13,942 円	1,395 円	13,942 円

・その他の費用

内 容		金 額	適用基準
食事の提供に要する費用		1,700 円	1日につき
入所者の希望による特別な食事の提供に要する費用		実 費	
居住に要する費用	多床室(2~4人室)	500 円	1日につき
	従来型個室	1,810 円	1日につき
特別な居室料(501・502)個室・トイレ付		3,300 円	1日につき
理美容代	カット	2,250 円	1回につき
	(ベッド上でのカット)	プラス500 円	1回につき
	シャンプー	700 円	1回につき
	カラーリング・カット・顔そり	4,500 円	1回につき
	カラーリングのみ	2,500 円	1回につき
	パーマ・カット・顔そり	4,500 円	1回につき
入所者の希望によるレクリエーション費 (教養娯楽品)		実 費	
インフルエンザ等予防接種費用		実 費	1回につき

・加算及び減算

(1単位=10.14円での計算になります)

内 容	単 位	利用料 (一部除き1日につき)	利用者負担金		
			(法定代理受領分)	(法定代理受領分以外)	
初期加算(入所から30日以内)	(30)	304 円	31 円	304 円	
夜間勤務等看護Ⅳ	(7)	70 円	7 円	70 円	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	(6)	60 円	6 円	60 円	
療養環境減算	(25)	△253 円	△25 円	△253 円	
外泊時費用	(362)	3,670 円	367 円	3,670 円	
他科受診時費用	(362)	3,670 円	367 円	3,670 円	
退所時等 指導加算	退所前訪問指導加算	(460)	4,664 円	467 円	4,664 円
	退所後訪問指導加算	(460)	4,664 円	467 円	4,664 円
	退所時指導加算	(400)	4,056 円	406 円	4,056 円
	退所時情報提供加算	(500)	5,070 円	507 円	5,070 円
	退所前連携加算	(500)	5,070 円	507 円	5,070 円
	訪問看護指示加算	(300)	3,042 円	305 円	3,042 円
経口移行加算	(28)	283 円	29 円	283 円	
経口維持加算Ⅰ(1月につき)	(400)	4,056 円	406 円	4,056 円	
口腔衛生管理加算Ⅰ(1月につき)	(90)	912 円	92 円	912 円	
療養食加算	(6)	60 円	6 円	60 円	
安全体制対策加算	(20)	202 円	21 円	202 円	
協力医療機関連携加算	(100)	1014 円	102 円	1,014 円	
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	(10)	101 円	11 円	101 円	
新興感染症等施設療養費	(240)	2,433 円	244 円	2,433 円	
認知症チームケア推進加算Ⅱ	(120)	1,216 円	122 円	1,216 円	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	(40)	405 円	41 円	405 円	
排せつ支援加算(Ⅰ)	(10)	101 円	11 円	101 円	
(Ⅱ)	(15)	152 円	16 円	152 円	
(Ⅲ)	(20)	202 円	21 円	202 円	
緊急時施 設診療費	緊急時治療管理	(518)	5,252 円	526 円	5,252 円
	特定治療		リハビリテーション等を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た数		
介護職員処遇改善加算 (1月につき)	Ⅲ	1月の利用料金の3.6%(基本利用料+各種加算減算)			

(注) 定員超過や職員の員数が基準に満たないなどの場合は基本料金が所定の割合で減算されます。

・特別診療費

(1単位=10円での計算になります)

初期入所診療管理	(250)	2,500 円	250 円	2,500 円
感染対策指導管理	(6)	60 円	6 円	60 円
理学療法(Ⅰ)	(123)	1,230 円	123 円	1,230 円
作業療法	(123)	1,230 円	123 円	1,230 円
言語療法	(203)	2,030 円	203 円	2,030 円
理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	(33)	330 円	33 円	330 円
摂食機能療法	(208)	2,080 円	208 円	2,080 円
短期集中リハビリテーション加算	(240)	2,400 円	240 円	2,400 円
褥瘡対策指導管理(Ⅰ)	(6)	60 円	6 円	60 円
褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	(10)	100 円	10 円	100 円
薬剤管理指導	(350)	3,500 円	350 円	3,500 円
重度療養管理	(125)	1,250 円	125 円	1,250 円

○外泊について

一時的に自宅などに外泊された場合は、外泊費用を算定します。ただし、1月に7泊(6日分)を限度とし、月をまたがる場合は最大で連続13泊(12日分)を上限とします。

○他科受診について

当院以外で受診される場合、他科受診時費用を算定します。ただし、1月に4日を限度とします。

○費用等についてのご質問・ご相談は医事課にて承っております。

事故発生時の対応

- 当施設では、入所者に対する介護医療院サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに入所者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 当施設では、入所者に対する介護医療院サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- 当施設では、事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合には、適切に報告を行い、その分析を通じた改善策を講じるとともに、従業者に周知徹底します。

緊急時における対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、あらかじめ定められた緊急時対応マニュアル等に基づき、速やかに協力病院等への入院や対診を求めるなど必要な措置を講じます。

協力病院等

協力病院	名称	白根大通病院
協力歯科医療機関	名称	さかい歯科医院

苦情処理の体制

……別紙のとおり

(「入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」を併せて掲示する)

第三者評価実施の有無

第三者評価の実施状況	1	有り	実施日	令和 年 月 日			
			評価機関名称				
			結果の開示	1	あり	2	なし
	②	無し					