

老人保健施設かみつが
介護老人保健施設 サービス内容説明書
(令和7年12月1日 現在)

老人保健施設かみつが(以下、当施設といいます。)が、あなたに提供するサービスは、以下のとおりです。
説明にあたり介護保険証、介護保険負担限度額認定証を確認させていただきます。

また、介護保険証、介護保険負担限度額認定証等の変更・更新の際は、事務課窓口までご提示ください。

1. 提供するサービス 介護老人保健施設での入所療養介護

- (1)このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化を防止し、居宅での生活に安心かつ安全に復帰されるよう、適切にサービスを提供します。
- (2)サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明をします。もし、分からぬことがありますたら、いつでも担当職員にご遠慮なくお尋ねください。
- (3)サービスの提供にあたっては、常にあなたの心身の状況および置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供するようにいたします。特に、認知症の状態にある方については、必要に応じ、その特性に応じたサービスを提供できる体制を整えます。

2. 施設サービス計画

- (1)介護老人保健施設サービスは、利用者が、その能力に応じて自立した日常生活を営むための援助を行い、住み慣れた居宅での生活に復帰するための援助を行うことを目的としています。そのために、計画担当介護支援専門員(以下、施設ケアマネジャー)を中心に、サービスを提供する医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・支援相談員などの職員が診療や身体機能の検査、面接等の結果を基に、協同してあなたの心身状況、ご希望および置かれている環境にあわせて利用の目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した施設サービス計画を作成します。
- (2)この施設サービス計画は、利用者ご本人、ご家族と十分に話し合いながら作成し、実施に際しては同意をいただくものとします。

3. サービスの内容と利用料等

- (1)介護老人保健施設サービスの利用料は以下のとおりです。

サービス等の項目	単位数等			
●利用料の計算方法				
介護保健施設サービスの利用料の自己負担額は、基本サービスに各種加算(減算)サービスを加えた1ヶ月間の総単位数に10.14円を乗じて得られた金額の「介護保険負担割合証」における利用者負担の割合となります。(厚生労働省令で定める基準) なお、※印は該当する場合に限り加算(減算)となるサービスの項目です。				
●介護保健施設サービス費(Ⅰ)				
介護保健施設サービス費(Ⅰ)	《在宅強化型》		《基 本 型》	
	(ii)個室	(iv)多床室	(i)個室	(iii)多床室
要介護1	788単位／日	871単位／日	717単位／日	793単位／日
要介護2	863単位／日	947単位／日	763単位／日	843単位／日
要介護3	928単位／日	1,014単位／日	828単位／日	908単位／日
要介護4	985単位／日	1,072単位／日	883単位／日	961単位／日
要介護5	1,040単位／日	1,125単位／日	932単位／日	1,012単位／日

○生活上必要な介助

- ・利用者の状況に応じて適切な食事・排泄・入浴介助を行うとともに、食事・排泄・入浴の自立に向けて援助します。
- ・週2回以上の入浴又は清拭を行います。
- ・寝たきり等で座位のとれない方は機材を用いて寝た姿勢で入浴できます。
- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活リズムに配慮し、着替えを行います。
- ・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。

○リハビリテーション

- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によって利用者に適合した「リハビリテーション実施計画」を作成し、生活機能の維持改善に努めます。

○医療・看護

- ・健康チェックは毎日行い、利用者の病状に合わせた医療・看護を提供します。
- ・ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、他の医療機関(急変時には原則として協力病院:上都賀総合病院)での治療となります。

●各種加算(減算)サービス

夜勤を行う職員の勤務条件		基 準 型
利用者定員の超過		定員内利用者数
医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護・介護職員の員数		基準配置
夜勤職員配置加算(夜勤体制加算)		24単位／日
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		258単位／日 ※
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240単位／日 ※
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		120単位／日 ※
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)		33単位／月 ※
認知症ケア加算		76単位／日 ※
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		34単位／日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		51単位／日
注:要件を満たした場合の加算算定か否かについては請求書および領収書に明記します。		
外泊時費用 外泊時費用:在宅サービスを利用する場合		(月6日を限度) 〃
ターミナルケア加算	死亡日	1,900単位／日 ※
	死亡前2~3日	910単位／日 ※
	死亡前4~30日	160単位／日 ※
	死亡前31~45日	72単位／日 ※
初期加算(Ⅰ)		60単位／日 ※
初期加算(Ⅱ)		30単位／日 ※
再入所時栄養連携加算		200単位／回 ※
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)		450単位／回 ※
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)		480単位／回 ※
試行的退所時指導加算		400単位／回 ※
退所時情報提供加算(Ⅰ)		500単位／回 ※
退所時情報提供加算(Ⅱ)		250単位／回 ※
入退所前連携加算(Ⅰ)		600単位／回 ※
入退所前連携加算(Ⅱ)		400単位／回 ※
退所時栄養情報連携加算		70単位／回 ※
経口移行加算		28単位／日 ※
協力医療機関連携加算(1)		100単位／月 ※
経口維持加算(Ⅰ)		400単位／月 ※
経口維持加算(Ⅱ)		100単位／月 ※
口腔衛生管理加算(Ⅰ)		90単位／月 ※
口腔衛生管理加算(Ⅱ)		110単位／月 ※
療養食加算(1日につき3回を限度)		6単位／回 ※

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	(1人につき1回を限度 とし退所時に加算)	140単位／回 70単位／回 240単位／回 100単位／回	※ ※ ※ ※
特定治療	医科診療報酬点数に基づく点数(1点10円)		
所定疾患施設療養費(Ⅰ) (肺炎・尿路感染・帯状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の憎悪)	239単位／日 480単位／日	※ ※	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位／日	※	
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150単位／月	※	
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3単位／月	※	
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位／月	※	
排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位／月	※	
排せつ支援加算(Ⅱ)	15単位／月	※	
排せつ支援加算(Ⅲ)	20単位／月	※	
自立支援促進加算	300単位／月		
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60単位／月		
安全対策体制加算 (入所時に1回限り)	20単位／回		
新興感染症等施設療養費	240単位／日	※	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位／日		
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×75/1000		

*上記以外の算定項目で、要件に適合した場合はその都度算定することができますのでご了承ください。

(2)上記(1)の他に、次の介護保険の適用を受けないサービスの利用料が加算されます。

サービスの項目・内容等					利用料(税込*)
① 食 費 おやつは1回／日の提供 <食事時間> 朝食 7:50～8:40 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00					朝食 470円 昼食 720円 夕食 670円
② 居住費(多床室) (個室) 居室使用にかかる光熱水費相当 ご希望に応じて個室を提供					620円／日 2,530円／日 *
食費、居住費について は、当施設1F窓口に「介 護保険負担限度額認定 証」のご提示があつた方 に限り、そのご提示日 属する月から右記料金が 適用となります。					食費 <段階> 第1 第2 第3① 第3② 基準費用額 300円 390円 650円 1,360円 1,445円 居住費(多床室) 0円 430円 430円 430円 437円 (個室) 550円 550円 1,370円 1,370円 1,728円
食費については、利用期間中の各日ごとに、喫食された金額の合計と上記負担 限度額(日額)のうち、低い方の金額が適用となります。					
③ その他の利用料金					
教養娯楽費	趣味・レクリエーション・催し物などの活動費			200円／日	
私物洗濯料	汚物除去機の利用料			110円／枚	
洗濯機乾燥機使用料	衣類洗濯機または乾燥機の貸出し使用料金			330円／回	
家電製品等の持込	製品毎・一日毎の料金			55円／日	
携帯電話等の持込	電話器等充電に係る料金			11円／日	
遠足代	遠足に参加した場合の実費負担			実費	
予防接種	各種予防接種料(感染防止にご協力下さい)			実費	
文書料(現金)	医師の記載・判断等が必要な文書料			3,300円～／件	
"	医師の記載・判断等を必要としない文書料			550円～／件	
他に入所中に逝去された場合、処置料として1,100円(エンゼルセット)、また死亡診断書料8,800円を要します。					

④ 委託業者料金、その他の利用料金	
イ)他のサービス料金等といっしょに請求(徴収)するもの	
各 教 室 参 加 費	外部講師が来所して指導(材料費を含む)
電 話 代	施設電話を使用しての外線通話
クリーニング代立替	申し出があれば白成舎のご利用可
外 来 受 診 料 立 替	病院受診窓口負担分の一時立替分
歯 科 受 診 料 立 替	歯科受診窓口負担分の一時立替分
ロ)その都度、1階事務室窓口にて現金でいただくもの	
理 美 容 サ ー ビ ス	カット 2,000円／回 *
注)理美容は、「NPO法人とちぎ美容理容福祉協会かぬまアドバン」様にて行っていただいており、 施設では予約受付(料金含)・案内に限ってお手伝いさせていただいております。	
記 録 の 謄 写 費 用	必要に応じていただくことがあります。 20円／枚 *

- (3)あなたの利用するサービスが介護保険の適用を受ける場合、「介護保険負担割合証」の割合を自己負担分としてお支払いいただきます。 ※別紙「負担割合別利用料金表」を参照願います。
- (4)提供を受けるサービスのうち、介護保険の適用を受けない部分については、利用料の全額をお支払いいただきます。
- (5)前(2)の介護保険の適用を受けないサービスの利用料について、これ以外で新たに費用負担が発生することがあった場合、その都度説明しご了解をいただいたうえでお支払いいただきます。

4. 利用料の請求と支払い方法

(1)毎月の利用料は、当施設側から特段の説明がない限り原則として利用料請求書発行月の末日までにお支払い下さい。

(2)利用料のお支払いについては、次の中からお選びください。

①当施設1階事務室窓口にての現金でのお支払い

注1. 現金でのお支払いは、当施設1階事務室窓口でご利用者様ご本人あるいはご家族様にて直接お支払い下さい。定めにより事務職員または時間外の日直職員以外の職員が利用料のお支払いに係ることはできませんのでご理解下さい。

②当施設の指定口座へご利用者様のお名前での振込によるお支払い

注2.指定口座への振込によるお支払は、必ず振込ご依頼人をご利用者様ご本人のお名前にしてお振込ください。なお、指定口座は次のとおりです。

『振込先のご案内』	・金融機関名	上都賀農業協同組合 鹿沼支店
	・口座番号	普通預金 0536296 カミツガコウセイノウギョウキヨウドウクミアイレンゴウカイ
	・口座名義	上都賀厚生農業協同組合連合会

③T-NET代金回収サービスシステムを利用した自動口座振替によるお支払い

注3.前月ご利用いただいた利用料を翌月21日(金融機関休業日の場合は翌営業日)に自動的に振り替えます。自動口座振替を希望される場合は、別紙「利用料口座振替の実施要領」をご一読いただき、諸条件等ご確認のうえ手続きをお願いいたします。

5. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付いたしますので、お申し出ください。