

# 介護老人保健施設重要事項説明書

## 1. 施設の名称等

### (1) 提供できるサービスの種類

介護老人保健施設の施設サービス及び付随するサービス

### (2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	介護老人保健施設 葵の園・岡山福渡
所在地	岡山県岡山市北区建部町福渡字山寺ノ下 408 番 1
法人名	医療法人社団 葵会
代表者名	理事長 新谷 幸義
管理者名	施設長 市場 尚文
電話番号	086-722-3000
サービスの種類	介護老人保健施設サービス
事業所番号	3350180224

## 2. 施設の目的及び運営方針

### (1) 施設の目的

当施設は、要介護状態と認定された入所者に対し、介護保険関係法令の趣旨に従って、入所者がその有する能力に応じ可能な限り自律的な日常生活を営むことができるように支援するとともに、入所者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

- ① 施設サービス計画に基づいて、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の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自律的な日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものとする。
- ② 各ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援するものとする。
- ③ 入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。
- ④ 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家族との結びつきを重視し、市区町村、居宅介護サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

### (3) 施設サービス計画の作成及び事後評価

介護支援専門員が、入所者の直面している課題などを評価し、入所者及び家族の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況などを評価し、その結果を書面（施設サービス計画書）に記載して、入所者及び家族に説明し、同意を受けます。

### (4) ハラスメント 対策

- ① 当事業所は職員におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- ② ご利用者、ご家族からの暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷・悪質なクレームなどの迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

3. 施設の職員体制（施設基準以上においての人員増減があります）

職 種	配置数 (非常勤)	施設 基準	業 務 内 容	勤 務 時 間
医 師	1 (1)	1	医学的管理	日勤：8：30～17：30
看護職員	8以上	8以上	医学的管理に基づく看護	日勤：8：30～17：30 夜勤：17：00～9：00
介護職員	19以上	19以上	介護に関する全般	日勤：8：30～17：30 早番：7：00～16：00 遅番：10：30～19：30 夜勤：17：00～9：00
理学療法士 作業療法士	1以上	1	リハビリテーション	日勤：8：30～17：30
支援相談員	1以上	1	入所者及び家族との相談・指導等	日勤：8：30～17：30
薬 剤 師	業務委託	相当数	調剤及び薬学的管理	日勤：13：00～15：00
管理栄養士	1以上	1	栄養管理及び食品の安全衛生	日勤：8：30～17：30
介護支援専門員	1以上	1	施設ケアプランの作成	日勤：8：30～17：30
事務職員	3	相当数	施設内の庶務・総務	日勤：8：30～17：30

4. 施設の設備の概要

定 員	80名			
居 室	個 室	80室	診 察 室	1室
浴 室	一般浴室と特殊浴室があります。		機能訓練室	2室

5. 介護保健給付対象サービスの概要

種 類	内 容
医療・看護	医師により、必要に応じて随時診察を行います。 ただし、当施設では行えない処置（透析等）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での治療となります。
機能訓練	理学療法士等により入所者の状況に適した個別リハビリテーション計画を作成し、機能訓練、身体機能の低下を防止及び向上するよう努めます。 また、施設での生活全般が生活機能訓練となります。
入浴	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、機械を用いての入浴も可能です。
排せつ	入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排せつの自立についても適切な援助を行います。
栄養管理	管理栄養士が栄養と入所者の身体状況に配慮した献立を作成します。 管理栄養士が医師等と共同して、入所者ごとの栄養状態を把握・記録し、個人の食形態にも配慮しながら作成した栄養ケア計画に基づいて適切な栄養管理を行います。 必要に応じて医師の指示せんに基づく療養食の提供に対応します。
離床、着替え、 整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 シーツ交換は週1回実施します。

レクリエーション等	その季節にあったゲームやドライブ、行事など、各種レクリエーションを実施します。
相談及び援助	常勤の支援相談員に介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

## 6. 利用料金

### (1) 基本料金

- ① 施設サービス費（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。以下は1日あたりの自己負担分です。）

ユニット型個室		
要介護度	基本単位数	自己負担額（1日分）
要介護 1	802	813 円
要介護 2	848	860 円
要介護 3	913	926 円
要介護 4	968	982 円
要介護 5	1018	1032 円

※岡山市の介護報酬1単位あたりの単価は、10.14円（地域区分：7級地）になります。

※記載の自己負担額は1割の場合になります。

介護保険負担割合証記載の割合の額に応じて、介護保険分の費用負担となります。

※要介護度別の利用料金の部分に関しては市町村によって高額介護サービス費という利用料金の減免制度があります。

また居住費・食費の部分に関しても介護保険負担限度額認定という減免制度もありますので、適用の有無については、お気軽にお問い合わせください。

※入所期間中に自宅に外泊した期間は、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。

- ② 各加算（下記加算は入所者へ個別に提供したサービス内容や加算要件を満たす職員配置が行われた場合に算定されます。算定にあたってはその内容と見込み額を事前にご説明するものとします。）

各加算	単位数	自己負担額（1日分）
初期加算（Ⅰ）（入所後30日間）	60	61 円
初期加算（Ⅱ）（入所後30日間）	30	30 円
夜勤職員配置加算	24	24 円
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	258	262 円
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	200	203 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240	243 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	120	122 円
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	40 円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60	61 円
リハビリテーションマネジメント計画情報加算（Ⅰ）	53	54 円
リハビリテーションマネジメント計画情報加算（Ⅱ）	33	34 円
口腔衛生管理体制加算（Ⅰ）	90	91 円
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110	112 円
若年認知症入所者受入加算	120	121 円
栄養マネジメント強化加算	11	11 円
療養食加算（1日3食を限度）	6	18 円

経口移行加算	28	28 円
経口維持加算 (I)	400	405 円
経口維持加算 (II)	100	101 円
安全対策体制加算	20	20 円
所定疾患施設療養費 (I)	239	242 円
所定疾患施設療養費 (II)	480	487 円
排せつ支援加算 (I)	10	10 円
排せつ支援加算 (II)	15	15 円
褥瘡マネジメント加算 I	3	3 円
褥瘡マネジメント加算 II	13	13 円
緊急時治療管理加算	518	525 円
外泊時加算 (1 月 6 日を限度とする)	362	367 円
サービス提供体制強化加算 (I)	22	22 円
サービス提供体制強化加算 (II)	18	18 円
サービス提供体制強化加算 (III)	6	6 円
入所前後訪問指導加算 (I)	450	456 円
入所前後訪問指導加算 (II)	480	486 円
退所時情報提供加算 (I)	500	507 円
退所時情報提供加算 (II)	250	254 円
退所時栄養情報連携加算	70	71 円
入所前連携加算 (I)	600	608 円
入所前連携加算 (II)	400	406 円
認知症チームケア促進加算 (I)	150	152 円
認知症チームケア促進加算 (II)	120	122 円
生産性向上推進体制加算 (I)	100	101 円
生産性向上推進体制加算 (II)	10	10 円
新興感染症等施設療養費	240	243 円
高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	10	10 円
高齢者施設等感染対策向上加算 (II)	5	5 円
ターミナルケア加算(11)	72	73 円
ターミナルケア加算(21)	160	162 円
ターミナルケア加算(31)	910	923 円
ターミナルケア加算(41)	1900	1927 円
業務継続計画 未策定 減算	所定単位数の 100 分の 3	
高齢者虐待防止措置 未実施減算	所得単位数の 100 分の 1	
介護職員処遇改善加算(I)	介護総単位数×7.5%	
介護職員処遇改善加算(II)	介護総単位数×7.1%	
介護職員処遇改善加算(III)	介護総単位数×5.4%	
介護職員処遇改善加算(IV)	介護総単位数×4.4%	

※岡山市の介護報酬 1 単位あたりの単価は、10.14 円（地域区分：7 級地）になります。

(2) 食費

・入所者負担の段階により以下の内容になります。

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
要介護 1	300 円/日	390 円/日	① 650 円/日 ② 1,360 円/日	1,750 円/日
要介護 2				
要介護 3				
要介護 4				
要介護 5				

※第3段階①：年金収入等 80 万円超 120 万円以下

第3段階②：年金収入等 120 万円超

※入所時間、外出等でお食事を摂られない場合も、朝食・昼食・夕食のうちどれか一食でも食べられた場合は、食材量の準備の為、一日分の食費をいただきます。

(3) 居住費

・入所者負担の段階により以下の内容になります。

〈ユニット型個室〉

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
要介護 1	880 円/日	880 円/日	①1,370 円/日 ②1,370 円/日	2,100 円/日
要介護 2				
要介護 3				
要介護 4				
要介護 5				

※外泊中であっても居室をお取り置きする場合、居住費が算定されます。

(4) その他の料金

・次のもののうち、入所者の希望により施設で用意するものを使う場合に負担していただきます。

費 目	金 額	内 容			
		項 目	数 量	単 価	金 額
日用品費	130 円/日	ティッシュ	月 1 個	80	80
		シャンプー	月 10 回	0.79	7.9
		リンス	月 10 回	0.79	7.9
		ソープ	月 10 回	0.87	8.7
		入浴用タオル (大)	月 10 枚	40	400
		入浴用タオル (小)	月 10 枚	39.8	398
		フェイスタオル	日 1 枚	30	900
		おしぼり	日 3 枚	20	1800
		歯磨き粉	180g	1.48	207
		歯ブラシ	1 本	39.79	40
		合計			3,900
テレビリース	130 円税抜/日	液晶テレビ			
電気代	50 円税抜/日・個	電化製品 1 個毎			
理美容代	実 費	ご希望により理美容サービスを実施 (月 2 回程度)			
私物洗濯代	1 ネット/660 円	施設洗濯の場合 (業者委託)			
私物クリーニング代	実費	ご希望により利用された場合			
文書料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種診断書 5,500 円/1 通</li> <li>・死亡診断書 5,500 円/1 通</li> <li>・その他文書 2,140 円/1 通</li> <li>・診断書にかかる検査料 実費</li> </ul>				

#### (5) 支払方法

- ① 毎月 10 日以降に前月分の請求書を発行いたします。
- ② 入所者は、当月の料金の合計額を翌月末日までに 1.窓口にて現金払い、2.指定口座への振り込み、3.口座振替（引落し）での支払いのいずれかの方法により支払うものとします。

#### 7. 入退所の手続

##### (1) 入所手続

まずは、お電話等でお申込みください。実態調査、入所判定会議を行い入所可能と判定された場合にご利用いただけます。

入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始いたします。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に居宅の介護支援専門員とご相談ください。

##### (2) 退所手続

###### ① 入所者のご都合で退所される場合

退所を希望する日の 7 日前までにお申し出ください。

###### ② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・入所者が他の介護保険施設へ入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた入所者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合（この場合、所定の期間の経過を持って退所していただくことになります。）
- ・入所者がお亡くなりになった場合

###### ③ その他

- ・入所者が医療機関に入院した場合。
- ・入所者が、サービス利用料金のお支払いを正当な理由なく 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15 日以内に支払わない場合、または入所者やご家族などが事業者やサービス従業者または他の入所者に対して本契約をしごたいほどの背信行為を行った場合。
- ・やむを得ない事情により当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し退所していただく場合。  
なお、このいずれかの場合は 30 日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。
- ・入所者のやむを得ない事由により契約終了後の施設利用があったときは、実費を請求します。

#### 8. 当施設のサービスの特徴

##### (1) 運営の方針

- ・入所者の意思および人格を尊重して、常に入所者の立場に立ったサービス提供に努めます。
- ・入所者が可能な限り居宅における生活への復帰が出来ることを念頭に、その有する能力に応じ自立的な日常生活を営むことが出来るよう、看護、医学的管理下における介護、必要な医療、機能訓練および日常生活上のお世話を行います。
- ・地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者および他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

##### (2) サービス利用のために

事 項	有・無	備 考
男性介護職員の有無	○	
職員への研修の実施	○	年 1 回以上実施します
サービスマニュアルの作成	○	

### (3) 施設利用にあたっての留意事項

- |            |  |
|------------|--|
| ① 面会       | 時間は午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までとします。<br>面会票へ記入してください。              |
| ② 食事時間     | 朝食 7 : 30 ~ 昼食 12 : 00 ~ 夕食 18 : 00 ~<br>原則、各ユニットの食堂にておとりいただきます。 |
| ③ 外出・外泊    | 事前に届出をしてください。  |
| ④ 飲酒・喫煙    | 飲酒は原則としてお断りいたします。<br>施設内は全館禁煙とさせていただきます。                         |
| ⑤ 設備・備品の利用 | 定められた場所で注意をもって正しく使用してください。                                       |
| ⑥ 私物の持込    | 品物によって制限させていただく場合があります。  |
| ⑦ 貴重品の持込み  | 原則としてお断りいたします。   |
| ⑧ 施設外での受診  | 外泊時に受診される場合は事前にご連絡をください。   |
| ⑨ 宗教活動     | お断りいたします。  |
| ⑩ ペットの持込   | お断りいたします。  |
| ⑪ 飲食物の持込   | 医師、看護師にご相談ください。  |

### 9. 緊急時の対応方法

入所者の容体の変化等があった場合は、医師により必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

### 10. 事故発生の防止及び発生時の対応

(1) 当施設は、事故の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- ① 事故が発生した場合の対応・報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針の整備。
- ② 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、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備。
- ③ 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的実施。

(2) 当施設は、入所者に対する介護老人保健施設サービス等の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとします。

(3) 入所者に対する介護老人保健施設サービス等の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとします。

(4) 当施設は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入しています。

### 11. 非常災害対策

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| ① 防災・防火教育および基本訓練（通報・消火・避難） | 年 2 回以上<br>（うち 1 回は夜間を想定した訓練を行う。） |
| ② 入所者を含めた総合避難訓練            | 年 1 回以上                           |
| ③ 非常災害設備（消火設備、備蓄品等）の使用法の徹底 | 随時                                |

### 12. 身体の拘束等

当施設は、原則として入所者に対し身体拘束を廃止します。但し、当該入所者または他の入所者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合に行う身体拘束は、次の要件・手続に沿った慎重な判断に基づいて行います。

(1) 身体拘束の要件

- ① 入所者本人または他の入所者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。
- ② 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない。
- ③ 身体拘束その他の行動制限が一時的である。

## (2) 身体拘束の手続

- ① 施設長が関係部門の責任者を召集し、上記の要件に全て該当するか否か検討し施設全体としての判断を行い、「緊急やむを得ない場合」に該当する場合は、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を決定します。
- ② 身体拘束の実施前に入所者本人及び家族に対して、上記の決定事項を文書で詳細に説明し確認を得ます。
- ③ 身体拘束中は、その態様及び時間、入所者の心身の状態の観察並びにその必要性、方法に関わる再検討を適宜行い記録します。

## 1 3. 虐待の防止のための措置

(1) 当施設では、入所者の人権の擁護及び虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待の防止に関する責任者の選定。
- ② 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施。
- ③ その他虐待防止のために必要な措置。

(2) 当施設は、介護老人保健施設サービス等の提供に当たり、当該施設従業員又は養護者（入所者等の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

## 1 4. 成年後見制度の活用支援

当施設は、入所者と適正な契約手続等を行うため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います。

## 1 5. 連帯保証人

連帯保証人は、ご契約者の利用料金等の経済的な債務については、ご契約者と連帯してその債務の履行業務を負うこととなります。

## 1 6. ワクチンの接種（有料）

集団感染防止のため、入所者にコロナワクチン、インフルエンザワクチンを接種いたします。

17. サービス内容に関する相談・苦情

当施設お客様相談窓口	苦情受付担当者 支援相談員 芦田 和人 支援相談員 越尾 麻未 電話番号 086 - 722 - 3000 受付時間 8:30～17:30 苦情受付箱 葵の園・岡山福渡 1階事務所に設置 苦情解決責任者 施設長 市場 尚文
岡山県国民健康保険団体連合会	所在地 岡山市北区桑田町17番5号 電話番号 086 - 223 - 8811 (代表) 受付時間 9:00～17:00
岡山市保健福祉局事業者指導課	所在地 岡山市北区大供3丁目1-18 KSB会館4階 電話番号 086 - 212 - 1014 受付時間 8:30～17:15
岡山県運営適正化委員会 (福祉サービス苦情解決合議体)	所在地 岡山市北区南方2丁目13-1 電話番号 086 - 226 - 9400 受付時間 9:00～17:00
当施設における苦情処理の手続き	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 (1) 苦情内容の聞き取り、把握 (2) 苦情解決責任者に苦情の内容を伝達 (3) 生じた問題点の整理 (4) 事業所としての意思決定 (謝罪、事実の伝達・説明、 区市町村・県への報告等) (5) 事業所における反省事項・再発防止策の整理 (6) 苦情処理台帳への記載し再発防止に努める

18. 協力医療機関等

- ① 協力医療機関 岡山市久米南町組合立国民健康保険福渡病院  
 住所：岡山市北区建部町福渡 1000 番地  
 電話：086 - 722 - 0525

診療科目 内科 外科 整形外科 形成外科 眼科 循環器科  
 心臓血管外科 抹消血管外科 脳神経外科 心療科 泌尿器科 婦人科

- ② 協力歯科医療機関 小山歯科医院  
 住所：岡山県久米郡久米南町下弓削 1153  
 電話：086 - 728 - 3244

19. 当法人の概要

- ① 名称・法人種別 医療法人社団 葵会  
 ② 代表者役職・氏名 理事長 新谷 幸義  
 ③ 本部所在地・電話番号 千葉県柏市小青田 1-3-12  
 04 - 7136 - 8008 (代表)

[重要事項説明同意書]

介護老人保健施設サービスの提供にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 岡山県岡山市北区建部町福渡字山寺ノ下 408 番 1

名称 医療法人社団 葵会

介護老人保健施設 葵の園・岡山福渡

代表者名 理事長 新谷 幸義

説明者 職名 支援相談員 氏名 芦田 和人 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、当該施設から介護老人保健施設サービスを受けることについて同意いたします。

令和 年 月 日

入所者

住所

氏名

印

本書面について、認知症などの理由で本人による同意が困難な場合は、身元引受人または代理人（成年後見人）による代筆をお願いします。

身元引受人（代理人・後見人）

住所

氏名

印

（入所者との関係）

連帯保証人

住所

氏名

印

（入所者との関係）