

# 重要事項説明書(入 所)

## 1 施設の概要

- (1)施 設 名 倉敷老健(入所定員 150名)  
(2)事業所番号 3 3 5 0 2 8 0 0 8  
(3)所 在 地 岡山県倉敷市老松町4丁目3-38  
(4)開 設 者 社会医療法人 全仁会  
(5)電話番号 0 8 6 - 4 2 7 - 1 1 1 1

## 2 施設の目的及び方針

- (1)入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。  
(2)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介護老人保健施設サービスの提供に努めます。

## 3 従業者の体制

- (1)医師、薬剤師、看護及び介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員を基準に応じて配置します。  
(2)その他の従業者は実情に応じた適当数を配置します。  
(3)職種ごとの勤務時間は下記のとおりです。

| 医師         | 薬剤師        | 看護職員 | 介護職員 | 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士 | 介護支援専門員    | 支援相談員      |
|------------|------------|------|------|--------------------|------------|------------|
| 8:30～17:15 | 8:30～17:15 | 2交代制 | 2交代制 | 8:30～17:15         | 8:30～17:15 | 8:30～17:15 |
| 管理栄養士      | 事務員        |      |      |                    |            |            |
| 8:30～17:15 | 8:30～17:15 |      |      |                    |            |            |

## 4 従業者の職種、員数、職務内容

- (1)施設長 1名  
・施設の業務を把握し、所属従業者を指揮監督する。
- (2)医師 1.5名以上(常勤換算)  
・入所者の病状に応じ、適切な診療、健康管理、保健衛生指導を行う。
- (3)薬剤師 0.5名以上(常勤換算)  
・入所者の薬剤の処方及び品質管理、服薬指導を行う。
- (4)看護職員 15名以上(常勤換算)  
・医師の診察介助、入所者の病状及び身体状況に応じ適切な看護を提供する。
- (5)介護職員 35名以上(常勤換算)  
・入所者の病状及び身体状況に応じ、適切な介護を提供する。
- (6)理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士 3名以上(常勤換算)  
・入所者の機能回復訓練及び日常生活動作能力の改善の指導を行う。
- (7)介護支援専門員 2名以上(常勤)  
・入所者に対して適切な施設サービス計画を作成し、自立に向けて支援する。
- (8)支援相談員 1.5名以上(常勤)  
・入所者又はその家族からの相談に応じ、必要な助言その他の援助を行う。
- (9)管理栄養士 1名以上(常勤)  
・給食業務の指導管理及び入所者の栄養指導を行う。
- (10)事務員 適当数  
・施設運営に必要な事務を行う。

但し、職種別員数については、介護保険法により前年度実績より算出している。

- 5 利用料金(保険給付の自己負担額1割の場合。2割負担、3割負担の方はそれぞれ2倍、3倍になります)

(1) 基本料金(施設利用料／日)

| 介護度  | 多床室 1割 | 個室 1割  |
|------|--------|--------|
| 要介護1 | 1,041円 | 958円   |
| 要介護2 | 1,117円 | 1,033円 |
| 要介護3 | 1,184円 | 1,098円 |
| 要介護4 | 1,242円 | 1,155円 |
| 要介護5 | 1,295円 | 1,210円 |

上記各料金には、夜勤職員配置加算24円、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)22円、在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ51円、科学的介護体制推進加算Ⅰ40円、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算33円が含まれます。

(2) 加算料金(それぞれ実施した場合に基本料金に加算されます。)

(保険給付の自己負担額1割の場合。2割負担、3割負担の方はそれぞれ2倍、3倍になります)

| 項 目                     | 金 額      |
|-------------------------|----------|
|                         | 1割       |
| 初期加算(Ⅰ)                 | 60 円／日   |
| 初期加算(Ⅱ)                 | 30 円／日   |
| 療養食加算                   | 6 円／食    |
| 経口移行加算                  | 28 円／日   |
| 経口維持加算(Ⅰ)               | 400 円／月  |
| 経口維持加算(Ⅱ)               | 100 円／月  |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)    | 258 円／日  |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)    | 200 円／日  |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) | 240 円／日  |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) | 120 円／日  |
| 所定疾患施設療養費(Ⅰ)            | 239 円／日  |
| 所定疾患施設療養費(Ⅱ)            | 480 円／日  |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算        | 200 円／日  |
| 地域連携診療計画情報提供加算          | 300 円／回  |
| 若年性認知症入所者受入加算           | 120 円／日  |
| 外泊時加算                   | 362 円／日  |
| 外泊時加算(在宅サービスを利用する場合)    | 800 円／日  |
| 再入所時栄養連携加算              | 200 円／回  |
| 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)           | 450 円／回  |
| 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)           | 480 円／回  |
| 試行的退所時指導加算              | 400 円／回  |
| 退所時情報提供加算(Ⅰ)            | 500 円／回  |
| 退所時情報提供加算(Ⅱ)            | 250 円／回  |
| 入退所前連携加算(Ⅰ)             | 600 円／回  |
| 入退所前連携加算(Ⅱ)             | 400 円／回  |
| 訪問看護指示加算                | 300 円／回  |
| 協力医療機関連携加算              | 50 円／月   |
| ターミナルケア加算 (31～45日)      | 72 円／日   |
| (4～30日)                 | 160 円／日  |
| (2～3日)                  | 910 円／日  |
| (死亡日)                   | 1900 円／日 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ      | 140 円／回  |

|                    |         |
|--------------------|---------|
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ | 70 円／回  |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)  | 240 円／回 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)  | 100 円／回 |
| 安全対策体制加算           | 20 円／回  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)  | 5 円／月   |
| 生産性向上連携加算(Ⅱ)       | 10 円／月  |
| 栄養マネジメント強化加算       | 11 円／月  |

※別途基本料金と加算料金の合計額に8.6%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

## 6 居住費・食費

### (1) 食費

第4段階の方につきましては、1,680円となります。

施設で提供する食事をおとりいただいた場合にお支払いいただきます。

| 利用者負担段階 | 食費／1日  |
|---------|--------|
| 第1段階    | 300円   |
| 第2段階    | 390円   |
| 第3段階①   | 650円   |
| 第3段階②   | 1,360円 |
| 第4段階    | 1,680円 |

※第1～第3段階の方につきましては、1,445円となります。

(ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。)

### (2) 居住費(療養室の利用費)/1日※

(a) 従来型個室 1,728円

(b) 多床室 437円

(但し、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。)

※上記(1)「食費」及び(2)「居住費」において、国が定める負担限度額段階(第1段階から第3段階まで)の入所者の自己負担額については、別途資料(利用者負担説明書)をご覧ください。

## 7 その他利用料金

### (1) 特別な室料／1日

特別室(670号室) 6,600円

個室B(650,655,656,661,662,667,767,850,858号) 4,400円

個室A(608,610, 651,652,653,657,658,660,663,671,672,673,706,708,709,  
710,750,751,752,753,755,756,757,758,760,761,762,763,770,771,  
772,773,775,851,852,853,855,856,857,870,871,872号) 2,750円

2人室(501,502,503,505,606,607,665,707,765号) 1,870円

個室、2人室のご利用を希望する場合にお支払いいただきます。

なお、外泊時にもいただくことになります。

### (2) 日常生活品費／1日

薬用石鹸、薬用シャンプー、化粧品 等

### (3) 教養娯楽費／1日

趣味・クラブ活動の材料費、館内喫茶利用費、行事会の参加費 等

(4)電気代／1日

テレビ、冷蔵庫、ラジカセ、ラジオ、アンカ、電気毛布、ビデオ・DVDプレイヤー・パソコン  
電気式髭剃り・携帯電話充電器 等

※上記(2)(3)(4)は、別紙に掲げる品目について、必要に応じて入所者から選択いただき、その合計額をお支払いいただきます。

(5)理美容代／1回

実費

委託業務によるサービスになります。老健事務所にてお支払いをお願い致します。

(6)診断書料／各1通

|             |        |
|-------------|--------|
| 通院・入院証明書    | 5,500円 |
| 死亡診断書       |        |
| 身体障害用診断書    | 5,500円 |
| 年金関係診断書     |        |
| 成年後見人申請用診断書 |        |
| 後遺障害診断書     | 1,100円 |
| 領収証明書       |        |

※一部例外があります。その他の証明書・明細書については、入所者又はその家族に説明を行い、同意を得たものを徴収いたします。

(7)その他

実費

日常生活に係る費用等の徴収が必要になる場合は、入所者又はその家族に説明を行い、同意を得たものを徴収いたします。

8 施設の利用に当たっての留意事項

入所者が、介護保健施設サービスの提供を受ける際に留意していただく事項は、別紙「倉敷老健入所利用の皆さまへ」のとおりとする。

9 緊急時の対応

- (1)施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合は、協力医療機関である倉敷平成病院(※1) 等での診療を依頼することがあります。
- (2)入所利用中に入所者の心身の状態が急変した場合は、入所者及び保護者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

※1)協力医療機関

|       |               |
|-------|---------------|
| 医療機関名 | 倉敷平成病院        |
| 所在地   | 倉敷市老松町4丁目3-38 |
| 電話番号  | 086-427-1111  |
| FAX番号 | 086-427-8001  |
| 主な診療科 | 脳外科、神経内科、整形外科 |

10 事故発生時の対応

- (1)入所者に対する介護保健施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに入所者の家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

(2)前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

(3)事故防止のため、委員会等において転倒、転落、誤飲、誤嚥、無断離施設などについて、具体的な事故防止の対策を関係職員に周知徹底すると共に、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

(4)事業者は、サービスの提供にともなって、入所者の身体・財産・信用等を傷つけた場合には、その損害を速やかに賠償するものとします。

但し、サービス提供にともなって、事業者の責に帰すべからざる理由により生じた損害は賠償されません。とりわけ、以下の事項に該当する場合には、事業者は損害賠償義務を負いません。

- ① 入所者もしくは介護者が、サービス提供実施のために必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつばら起因して損害が発生した場合。
- ② 入所者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合。
- ③ 入所者もしくは介護者が、事業者及び従事者の指示・依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合。

(5)入所者に対する介護保健施設サービスの提供により、下記に該当する事故が発生した場合は、速やかに市町村へ連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

- ① 入所者に対する介護サービスの提供により発生した治療行為を伴う事故、又は死亡事故。
- ② 入所者に対する介護サービスの提供により発生、若しくは請求された損害賠償事故。
- ③ 食中毒及び感染症等で、法令により保健所等へ通報が義務付けられている事由事故。

#### 11 相談又は苦情等の申出

入所者又はその家族は、提供された施設サービスに関し、相談又は苦情等について、次の窓口へ申し出ることができます。

|     |                         |
|-----|-------------------------|
| 担当者 | 倉敷老健 介護支援専門員            |
| 連絡先 | 0 8 6 - 4 2 7 - 1 1 1 1 |

岡山県倉敷市保健福祉局健康福祉部介護保険課

窓口所在地 岡山県倉敷市西新田640番地

受付時間 月曜日～金曜日(8時30分～17時15分)(土・日曜日、祝日を除く)

連絡先 086-426-3343

※倉敷市以外の市町村申出窓口は別紙(1)参照

岡山県国民健康保険団体連合会

窓口所在地 岡山県桑田町17番5号 岡山県国保会館3階

受付時間 月曜日～金曜日(8時30分～17時)(土・日曜日、祝日を除く)

連絡先 086-223-8811

12 サービスの第三者評価の実施状況

① 実施の有無 :未実施、② 実施した直近の年月日 : 該当なし

③ 実施した評価機関の名称:該当なし、④ 評価結果の開示状況: 該当なし

※ 別途、ご家族にご協力頂き、提供するサービスの評価アンケートを、定期的に実施致しております。

13 その他

入所者の退所の際、より良い居宅サービス計画(ケアプラン)作成のため、必要な場合には、居宅介護支援事業者に対して、入所者等の情報を提供することができるものとします。

2026.6 倉敷老健