

重要事項説明書

(短期入所療養介護サービス)

令和6年6月1日現在

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、平成11年厚生省令第37号第125条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所

| | |
|---------|------------------|
| 事業所の名称 | 玉島病院介護医療院 |
| 事業所の所在地 | 岡山県倉敷市玉島乙島4030番地 |
| 法人種別 | 公益財団法人 |
| 代表者名 | 瀬崎 宏之 |
| 電話番号 | 086-522-4141 |

2. ご利用施設

| | |
|--------|------------------|
| 施設の名称 | 玉島病院介護医療院 |
| 施設の所在地 | 岡山県倉敷市玉島乙島4030番地 |
| 管理者名 | 瀬崎 宏之 |
| 電話番号 | 086-522-4141 |
| FAX番号 | 086-522-3473 |

3. ご利用施設であわせて実施するサービス事業

| サービス事業の種類 | | 岡山県知事の事業者指定 | | 利用 定員 |
|-----------|--------------|-------------|----------------|----------|
| | | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 入所 | 介護医療院 | 令和2年11月1日 | 倉敷市指第631号 | 106人 |
| 居宅 | 通所リハビリテーション | 平成12年4月1日 | 岡山県指令長寿第5-684号 | 40人 |
| | 訪問看護ステーション | 平成15年7月1日 | 岡山県指令長寿第397号 | |
| | 認知症対応型共同生活介護 | 平成13年7月1日 | 岡山県指令長寿第6-869号 | 26人 |
| | 小規模多機能型居宅介護 | 平成19年4月1日 | 倉敷市指令介第349号 | 25人 |
| 居宅介護支援事業所 | | 平成11年10月1日 | 岡山県指令長寿第1-224号 | |

4. 事業の目的と運営の方針

| | |
|---------|--|
| 事業の目的 | 当該事業所において要支援・要介護状態にある利用者に対し、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各種サービスを提供します。 |
| 施設運営の方針 | 要支援・要介護状態にある利用者に対し、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、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、その他必要な医療を行ないます。 |

5. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

| | | | |
|----|--------|--------------------------|--|
| 敷地 | 9,212㎡ | | |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造4階建及び6階建（耐火建築） | |
| | 延床面積 | 4,397㎡（本館） 2,374.3㎡（8病棟） | |
| | 利用定員 | 空床利用 | |

(2) 居室

| 居室の種類 | | 室数 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|-------|------|-----|---------|----------|
| 医療院 | 2人部屋 | 1室 | 12.97㎡ | 6.48㎡ |
| | 4人部屋 | 26室 | 686.76㎡ | 6.60㎡ |

※指定基準は、居室1人あたり6.4㎡以上です。

(3) その他主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|---------|--------|---------|----------|
| 食堂兼談話室 | 5室 | 213.52㎡ | 1.28㎡ |
| 機能訓練室 | 1室 | 141.0㎡ | |
| 理学療法室 | 1室 | 103.77㎡ | |
| 作業療法室 | 1室 | 110.44㎡ | |
| 言語聴覚療法室 | 1室 | 33.68㎡ | |
| 機械浴室 | 特殊浴槽5台 | | |

※食堂等の施設基準は、1人あたり1.0㎡以上です。

6. 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種 | 員 数 | 区 分 | | | | 常勤換算 後の人員 | 事業所の 指定基準 | 保有資格 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------------|------------|
| | | 常 勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | | | |
| 管理者 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 医師 |
| 看護職員 | 21名以上 | 19名以上 | | 2名以上 | | 20.4名以上 | | 正看護師、准看護師 |
| 介護職員 | 25名以上 | 22名以上 | | 3名以上 | | 24.2名以上 | | 介護福祉士、他 |
| 理学療法士等 | 6名以上 | 5名以上 | | 1名以上 | | 5.4名以上 | | 理学・作業・言語職士 |
| 医師 | 5名以上 | | 4名以上 | | 1名以上 | 2.3名以上 | | 医師 |
| 管理栄養士 | 1名以上 | | 1名以上 | | | 1名以上 | | 管理栄養士 |
| 薬剤師 | 1名以上 | | 1名以上 | | | 1名以上 | | 薬剤師 |

7. 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤 務 体 制 | 勤 務 |
|--------------|---|-------|
| 管理者 | 正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務 | 週40時間 |
| 看護職員 介護職員 | 早出（7：00～16：00） 日勤（8：30～17：30） 遅出（10：30～19：30）の交代勤務 夜勤（16：00～ 0：30） （0：00～ 9：00） | |
| 理学療法士等 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務 | |
| 医師 | 正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務 | |
| 管理栄養士 | 正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務 | |
| 薬剤師 | 正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務 | |

8. 営業日

| | |
|-------|------|
| 営 業 日 | 年中無休 |
|-------|------|

9. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 | 利 用 料 |
|-------|--|--|
| 食事の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。（但し、食材料費・調理費は給付対象外） ・食事はできるだけ離床してとっていただけるよう配慮します。 | 介護報酬の告示上の額 （但し、法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額の1割相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)サービス基準相当額です） |
| 排泄の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。 ・おむつを使用する方については、適切に交換を行ないます。 | |
| 入浴の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴又は清拭を行ないます。 ・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。 | |
| 着替え介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、でき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なうよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。 ・シーツ交換は週1回実施します。 | |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士等による利用者の状況に適合した機能訓練を行ない、生活機能の維持、改善に努めます。 | |
| 相談・援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設は利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。 | |
| 送迎 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、当施設の送迎車で送迎します。 | |

○介護保険給付サービスの利用料

※自己負担1割での利用料（保険給付率は被保険者証によって異なります。）

| | |
|--|--|
| I型介護医療院短期入所療養介護費（I）（ii） （1日につき） | <ul style="list-style-type: none"> ・要介護1 894円 ・要介護2 1,006円 ・要介護3 1,250円 ・要介護4 1,353円 ・要介護5 1,446円 |
| I型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（I）（ii） （1日につき） | <ul style="list-style-type: none"> ・要支援1 666円 ・要支援2 827円 |
| 緊急短期入所受入加算（1日につき） | 90円 |
| 若年性認知症利用者受入加算（1日につき） | 120円 |
| 送迎加算（片道につき） 要支援 | 134円 |
| 送迎加算（片道につき） 要介護 | 184円 |
| 口腔連携強化加算（1月につき） | 50円 |
| 療養食加算（1回につき） | 8円 |
| 認知症ケア加算（I）（1日につき） | 3円 |
| 認知症ケア加算（II）（1日につき） | 4円 |
| サービス提供体制強化加算（I）（1日につき） | 22円 |
| サービス提供体制強化加算（II）（"） | 18円 |
| 生産性向上推進体制加算（I）（1月につき） | 100円 |
| 生産性向上推進体制加算（II）（"） | 10円 |
| 介護職員等処遇改善加算（III） 1ヶ月の介護報酬総単位数×3.6%（サービス別加算率）×10円の1割の額 | |
| 感染対策指導管理（1日につき） | 6円 |
| 褥瘡対策指導管理（1日につき） | 6円 |
| 重症皮膚潰瘍管理指導（1日につき） | 18円 |
| 薬剤管理指導（1回につき） | 350円 |
| 医学情報提供（I） | 220円 |
| 理学療法（I）（1回につき） | 123円 |
| 作業療法（1回につき） | 123円 |
| 言語聴覚療法（1回につき） | 203円 |
| 摂食機能療法（1日につき） | 208円 |
| 重度療養管理（1日につき） | 125円 |

※自己負担2割での利用料（保険給付率は被保険者証によって異なります。）

| | |
|--|--|
| I型介護医療院短期入所療養介護費（I）（ii） （1日につき） | <ul style="list-style-type: none"> ・要介護1 1,788円 ・要介護2 2,012円 ・要介護3 2,500円 ・要介護4 2,706円 ・要介護5 2,892円 |
| I型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（I）（ii） （1日につき） | <ul style="list-style-type: none"> ・要支援1 1,332円 ・要支援2 1,654円 |
| 緊急短期入所受入加算（1日につき） | 180円 |
| 若年性認知症利用者受入加算（1日につき） | 240円 |
| 送迎加算（片道につき） 要支援 | 268円 |
| 送迎加算（片道につき） 要介護 | 368円 |
| 口腔連携強化加算（1月につき） | 100円 |
| 療養食加算（1回につき） | 16円 |
| 認知症ケア加算（I）（1日につき） | 6円 |
| 認知症ケア加算（II）（1日につき） | 8円 |
| サービス提供体制強化加算（I）（1日につき） | 44円 |
| サービス提供体制強化加算（II）（"） | 36円 |
| 生産性向上推進体制加算（I）（1月につき） | 200円 |
| 生産性向上推進体制加算（II）（"） | 20円 |
| 介護職員等処遇改善加算（III） 1ヶ月の介護報酬総単位数×3.6%（サービス別加算率）×10円の2割の額 | |
| 感染対策指導管理（1日につき） | 12円 |
| 褥瘡対策指導管理（1日につき） | 12円 |
| 重症皮膚潰瘍管理指導（1日につき） | 36円 |
| 薬剤管理指導（1回につき） | 700円 |
| 医学情報提供（I） | 440円 |
| 理学療法（I）（1回につき） | 246円 |
| 作業療法（1回につき） | 246円 |
| 言語聴覚療法（1回につき） | 406円 |
| 摂食機能療法（1日につき） | 416円 |
| 重度療養管理（1日につき） | 250円 |

※自己負担3割での利用料（保険給付率は被保険者証によって異なります。）

| | |
|--|--|
| I型介護医療院短期入所療養介護費（I）（ii） （1日につき） | <ul style="list-style-type: none"> ・要介護1 2,682円 ・要介護2 3,018円 ・要介護3 3,750円 ・要介護4 4,059円 ・要介護5 4,338円 |
| I型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（I）（ii） （1日につき） | <ul style="list-style-type: none"> ・要支援1 1,998円 ・要支援2 2,481円 |
| 緊急短期入所受入加算（1日につき） | 270円 |
| 若年性認知症利用者受入加算（1日につき） | 360円 |
| 送迎加算（片道につき） 要支援 | 402円 |
| 送迎加算（片道につき） 要介護 | 552円 |
| 口腔連携強化加算（1月につき） | 150円 |
| 療養食加算（1回につき） | 24円 |
| 認知症ケア加算（I）（1日につき） | 9円 |
| 認知症ケア加算（II）（1日につき） | 12円 |
| サービス提供体制強化加算（I）（1日につき） | 66円 |
| サービス提供体制強化加算（II）（"） | 54円 |
| 生産性向上推進体制加算（I）（1月につき） | 300円 |
| 生産性向上推進体制加算（II）（"） | 30円 |
| 介護職員等処遇改善加算（III） 1ヶ月の介護報酬総単位数×3.6%（サービス別加算率）×10円の3割の額 | |
| 感染対策指導管理（1日につき） | 18円 |
| 褥瘡対策指導管理（1日につき） | 18円 |
| 重症皮膚潰瘍管理指導（1日につき） | 54円 |
| 薬剤管理指導（1回につき） | 1,050円 |
| 医学情報提供（I） | 660円 |
| 理学療法（I）（1回につき） | 369円 |
| 作業療法（1回につき） | 369円 |
| 言語聴覚療法（1回につき） | 609円 |
| 摂食機能療法（1日につき） | 624円 |
| 重度療養管理（1日につき） | 375円 |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種 類 | 内 容 | 利 用 料 | 確認欄 | |
|----------------|----------------------|-----------|--------|-----|
| 特別な送迎 | 実施地域を超えて片道概ね 5 km未満 | 300円 | 必要時 | |
| | 〃 5 km～10km | 500円 | | |
| | 〃 10km以上 | 800円 | | |
| 理美容代 | ・理容師が散髪いたします | バリカン刈 | 1,600円 | 必要時 |
| | | 上記以外 | 1,900円 | |
| 飲物代 | ・午後3時頃に飲物をお出しします。 | 50円／1日 | | |
| 寝巻き使用料 | ・ご希望により寝巻きのご利用ができます | 100円／1日 | 必要時 | |
| テレビ使用料 | ・ご希望によりテレビのご利用ができます。 | 250円／1日 | | |
| 食費 | ・食材料費及び調理の費用 | | | |
| | ① 利用者負担 第1段階の方 | 100円／1食 | | |
| | ② 利用者負担 第2段階の方 | 200円／1食 | | |
| | ③ 利用者負担 第3段階の方 (1) | 300円／朝食 | | |
| | | 350円／昼・夕食 | | |
| (2) | 400円／朝食 | | | |
| | 450円／昼・夕食 | | | |
| ④ 上記以外の方 | 455円／朝食 | | | |
| | 500円／昼・夕食 | | | |
| 居住費 | ・水光熱費に相当する費用 | | | |
| | ① 利用者負担第1段階の方 | 自己負担なし | | |
| | ②・③ 利用者負担第2・3段階の方 | 370円／1日 | | |
| | ④ 上記以外の方 | 377円／1日 | | |
| 居住費 令和6年8月～ | ・水光熱費に相当する費用 | | | |
| | ① 利用者負担第1段階の方 | 自己負担なし | | |
| | ②・③ 利用者負担第2・3段階の方 | 430円／1日 | | |
| | ④ 上記以外の方 | 437円／1日 | | |

※①～③に該当される方は各市町村で発行する認定証を当医療院へ提出する必要があります。

※上記以外に、利用者様の選定に基づく特別な食事については自費相当額をいただきます。

* 確認欄へ契約する場合は○、契約しない場合は×印を記入

10. 苦情等申立先

| | | |
|------|---|--------------|
| 苦情窓口 | 医療相談室・介護医療院スタッフステーション (☎086-522-4141) ※医療相談室職員、介護医療院師長が承ります ご利用時間 月～金 午前9時～午後5時 | |
| 公的機関 | 申立先 | 電話番号 |
| | 国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理 | 086-223-8811 |
| | 倉敷市役所介護保険課 | 086-426-3343 |
| | 他各市町村介護保険課 | |
| ご意見箱 | 介護医療院エレベーター横に設置 | |

11. 事故発生時の対応

利用者に対する介護サービスの提供等により事故が発生した場合には、事故記録簿へ記録し速やかに市町村、利用者家族等に連絡を行なうとともに必要な措置を行ないます。また、事故発生時の状況を確認の上、管理者・従業者まじえて対策を検討し、再発のないよう努めます。賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行ないます。

12. 非常災害時の対策

| | | | | |
|---------|---|-------|-------|-------|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」にのっとり対応を行ないます。 | | | |
| 平常時の訓練等 | 別途定める「消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練・消火訓練を行ないます。 | | | |
| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | 自動火災報知機 | 有 | 屋内消火栓 | 各階1ヶ所 |
| | 非常通報装置 | 有 | 消火器 | 各階に有 |
| | 防火扉 | 各階2ヶ所 | 避難誘導灯 | 各階に有 |
| | 避難すべり台 | 東西2ヶ所 | | |
| | カーテン、寝具類は防煙性能のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画等 | 玉島消防署へ提出 防火管理者：野口隆司 | | | |

13. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|------------|--|
| 来訪・面会 | 来訪者は面会時間を厳守し、必ずその都度ステーションへ届出てください 来訪者の宿泊は、医師の許可が必要です。 |
| 居室・設備 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 |
| 器具の利用 | これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙、飲酒はできません。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| 所持品の管理 | 個人の所有物には必ず名前を記入してください。 |
| 現金等の管理 | 多額の現金はお持ちにならないでください。 施設にてお預かりすることも可能です。但し、管理料が必要です。 |
| 宗教活動及び政治活動 | 施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。 |

私は、本書面に基づいて介護医療院の職員_____から重要事項の説明を受け、同意しました。また、居宅介護支援事業者等へ利用者及び、当該家族の個人情報を提供することについても同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 ⑩

(代筆者_____ 続柄_____)

利用者の家族等 住 所

氏 名 ⑩

続 柄