

老人保健施設尽誠苑 重要事項説明書

(介護老人保健施設)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（厚生省令第40号）第5条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

名称・法人種別	医療法人 積善会
事業者の所在地	愛知県豊橋市二川町字北裏1番地の17
代表者名	理事長 近藤貴久
電話番号	0532-41-0800

2 事業所

施設の名称	老人保健施設 尽誠苑	
施設の所在地	愛知県豊橋市大脇町大脇ノ谷74番54	
施設長名	仁瓶江理子	
電話番号	0532-65-2727	
ファクシミリ番号	0532-65-2777	
東三河広域連合の事業者指定	指定年月日	令和6年1月1日
	事業所番号	2352080077

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		東三河広域連合の事業者指定		利用定員
		指定年月日	事業所番号	
居宅	通所リハビリテーション	6年1月1日	2352080077	120人
	介護予防通所リハビリテーション			
	短期入所療養介護			
	介護予防短期入所療養介護			
	認知症対応型共同生活介護	6年1月1日	2392000846	27人
	介護予防認知症対応型共同生活介護			
	短期入所生活介護	6年1月1日	2372005245	27人
	介護予防短期入所生活介護			
	訪問看護	6年1月1日	2362090546	
	介護予防訪問看護			
	訪問リハビリテーション	6年1月1日	2372005252	
	介護予防訪問リハビリテーション			
居宅介護支援		6年1月1日	2372005260	
介護予防支援		6年1月1日	2302000225	

	豊橋市長の事業者指定		
	指定年月日	事業所番号	
障害者短期入所	6 年 1 月 1 日	2315102331	

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	老人保健施設の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従業者及び計画作成担当者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な老人保健施設を提供することを目的とする。
施設運営の方針	事業所の介護従業者等は、施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能回復訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態等となった場合でも、利用者が事業所において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援助を行う。

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		9 6 5 7 . 8 4 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築）
	延べ床面積	5 9 1 0 . 3 5 m ²
	利用定員	1 0 0 名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積	1 人当りの面積
食堂	2 室	2 0 4 . 0 5 m ²	2 . 0 4 m ²
浴室	2 室	1 3 8 . 9 8 m ²	
居室	3 5 室（4 人部屋 21 室、 2 人部屋 2 室、個室 12 室）	8 7 9 . 0 4 m ²	8 . 7 9 m ²

6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	区 分				業務内容
		常 勤		非 常 勤		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管理者、医師	1		1			サービスの管理、統括及び診療業務
看護師	14	9		5		医師の指示に従い診療補助・看護業務
介護職員	27	16	3	8		利用者に対する介護業務
理学療法士・作業療法士・ 言語聴覚士	21		15		6	医師の指示に従い理学療法・作業療法・言語聴覚療法
介護支援専門員	4		4			施設サービス計画書等の作成

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務	４週８休
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・日勤（８：３０～１７：３０） ・早番（７：００～１６：００） ・遅番（１０：００～１９：００） ・夜勤（１６：３０～９：３０） 	原則 ４週８休

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
食事の介助
排泄の介助
入浴の介助
着替え等の介助
リハビリテーション
健康管理
相談および援助
レクリエーション行事

(2) 介護保険給付外サービス

種 類
食事の提供
理美容

10 苦情の受付について

当事業所におけるサービス、または当事業所で作成した施設サービス計画書に基づいて実施されたサービスについての苦情やご相談は次の窓口で受付致します。遠慮なくお申し出下さい。尚、苦情受付時には速やかに対応を図り、必要に応じ再発防止策を立案します。加えて、当施設に設置する再発防止委員会にて再発防止策の妥当性の確認を行い、再発予防に向け対応策を実施致します。

(1) 当施設における苦情の受付窓口

当施設による 苦情の受付窓口	窓口担当者	朝倉美和子（看護師長）
	ご利用時間	午前８時３０分～午後５時３０分
	ご利用方法	電話 ０５３２－６５－２７２７

(2) 行政機関その他苦情解決機関

東三河広域連合 介護保険課	所在地：440-0806 豊橋市八町通二丁目１６ TEL: 0532-26-8471 FAX: 0532-26-8475 受付時間：毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00
愛知県国民健康 保険団体連合会 介護福祉課内 苦情相談室	所在地：461-8532 名古屋市東区泉一丁目６番５号 TEL: 052-971-4165 FAX: 052-962-8870 受付時間：毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

11 協力医療機関

医療機関の 名称	医療法人 積善会 積善病院	医療法人 積善会 積善クリニック	医療法人 積善会 第二積善病院
院 長 名	橋本眞徳	玉井良樹	近藤貴久
所 在 地	愛知県豊橋市二川町 字北裏1番地の17	愛知県豊橋市大岩町 字北山78番地5	愛知県豊橋市大岩町 字北山6番地110
電話番号	0532-41-0800	0532-65-6565	0532-39-4771
診 療 科	内科、循環器科、呼吸器 科、消化器科、神経内科、 リハビリテーション科 放射線科、皮膚科	整形外科、リハビリテーショ ン科、内科、循環器内科、糖 尿病内科	内科、循環器内科、人工透析 内科、腎臓内科、泌尿器科、 糖尿病内科、呼吸器内科、消 化器内科、リハビリテーショ ン科
入院設備	ベッド数 414床	無	ベッド数 248床
救急指定の 有無	無	無	無

協力歯科医療機関

医療機関の名称	あい訪問歯科クリニック
院長名	一瀬浩隆
所在地	愛知県豊橋市東小田原町1 林ビル2F
電話番号	090-9174-0118
診療科	歯科
入院設備	無
救急指定の有無	無

12 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行ないます。

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「尽誠苑 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	協力医療機関である積善病院と非常災害時の相互の応援体制を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「尽誠苑 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者も参加して実施します。			
防災設備 (老人保健施設と共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	2箇所
	避難階段	3箇所	屋内消火栓	3箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	6箇所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております			
消防計画等	消防署への届出日：平成24年7月30日 防火管理者：三浦信介			

14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

面会	面会者は、面会時間を遵守し、必ずその都度、面会簿に記入して下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員にお申し出ください。
協力医療機関及び 他科受診について	入所中、日常的な医療は老人保健施設が担当します。一部の例外を除き、入所中は他の医療機関での診察や薬の処方を受けることはできません。当施設で対応できない専門的医療が必要な場合は当施設が医療機関に依頼し、受診することとなります。その場合、緊急時を除いて受診には御家族の付き添いをお願いします。
居室・設備・ 器具の利用	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。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ございます。
喫煙・飲酒	敷地内は禁煙となります。 飲酒は原則禁止とさせていただきます。
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。
宗教活動 政治活動	施設内で他の入所者及び職員に対する宗教活動や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および飼育はお断りします。

15 ハラスメントの防止

介護現場で働く職員の安全を確保するため、いかなるハラスメント行為も許容しません。ここでいうハラスメントとは、利用者様やご家族等からの身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント（以下、セクハラ）を総称しています。

ハラスメント事案が発生した場合、速やかに当該者への事実確認、ご家族等への連絡を行うとともに、マニュアルに則り再発防止策の検討など、必要な措置を講じます。また当該者に改善依頼をしたにも関わらず改善が見られない場合は、ご利用を中止させていただく場合があります。

16 介護サービス情報の公表について

介護サービス情報の公表は、介護サービス事業者で行われているサービスの内容等を調査し、客観的情報をインターネット等により公表する制度で、介護保険法の改正に伴い、平成18年4月1日から施行されています。

この制度は、介護サービスの利用者等が公表されたサービス事業者の情報を比較検討することにより、利用者等の主体的な事業者選択を可能にすることを目的としています。

公表する介護サービス情報は厚生労働省令規定されていますが、その内容は概ね以下の通りです。

- ・基本情報：事業所の名称、所在地、連絡先、利用者数、職員配置など
- ・運営情報：サービスの質の確保への取り組み、事業所の運営状況など

※関係ホームページ

（愛知県介護サービス情報公表システム）

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

17 利用料金

(1) 基本料金

①介護保健施設サービス費 (負担割合 1 割の場合)

在宅強化型

<個室>

・要介護 1	7 8 8 単位
・要介護 2	8 6 3 単位
・要介護 3	9 2 8 単位
・要介護 4	9 8 5 単位
・要介護 5	1 0 4 0 単位

<多床室>

・要介護 1	8 7 1 単位
・要介護 2	9 4 7 単位
・要介護 3	1 0 1 4 単位
・要介護 4	1 0 7 2 単位
・要介護 5	1 1 2 5 単位

基本型

<個室>

・要介護 1	7 1 7 単位
・要介護 2	7 6 3 単位
・要介護 3	8 2 8 単位
・要介護 4	8 8 3 単位
・要介護 5	9 3 2 単位

<多床室>

・要介護 1	7 9 3 単位
・要介護 2	8 4 3 単位
・要介護 3	9 0 8 単位
・要介護 4	9 6 1 単位
・要介護 5	1 0 1 2 単位

※上記料金以外に、サービス内容により下記の料金が別途加算されることがあります。

- ・在宅復帰・在宅療養支援機能加算：(Ⅰ)、(Ⅱ)ともに 5 1 単位/日
- ・夜勤職員配置加算：2 4 単位/日
- ・短期集中リハビリテーション加算：(Ⅰ) 2 5 8 単位/日、(Ⅱ) 2 0 0 単位/日
- ・認知症短期集中リハビリテーション加算：(Ⅰ) 2 4 0 単位/日、(Ⅱ) 1 2 0 単位/日
(週 3 日限度)
- ・若年性認知症入所者受入加算：1 2 0 単位/日
- ・外泊時費用：3 6 2 単位/日 (月 6 日限度)
- ・外泊時費用 (在宅サービスを利用する場合)：8 0 0 単位/日算定 (月 6 日限度)
- ・初期加算：(Ⅰ) 6 0 単位/日、(Ⅱ) 3 0 単位/日
- ・再入所時栄養連携加算：2 0 0 単位/回 (1 人につき 1 回限度)
- ・入所前後訪問指導加算：(Ⅰ) 4 5 0 単位/回、(Ⅱ) 4 8 0 単位/回
- ・経口移行加算：2 8 単位/日
- ・経口維持加算：(Ⅰ) 4 0 0 単位/月、(Ⅱ) 1 0 0 単位/月
- ・口腔衛生管理加算：(Ⅰ) 9 0 単位/月、(Ⅱ) 1 1 0 単位/月
- ・栄養マネジメント強化加算：1 1 単位/日
- ・療養食加算：6 単位/回 (1 日に 3 回を限度)
- ・かかりつけ医連携薬剤調整加算：(Ⅰ) イ 1 4 0 単位/回、(Ⅰ) ロ 7 0 単位/回、
(Ⅱ) 2 4 0 単位/回、(Ⅲ) 1 0 0 単位/回 (1 人につき 1 回を限度)
- ・緊急時治療管理：5 1 8 単位/日 (1 月に 1 回 3 日を限度)
- ・所定疾患施設療養費：(Ⅰ) 2 3 9 単位/日 (月 1 回、連続する 7 日を限度)、
(Ⅱ) 4 8 0 単位/日 (月 1 回、連続する 1 0 日を限度)
- ・認知症行動 心理症状緊急対応加算：2 0 0 単位/日 (入所後 7 日に限り)
- ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算：(Ⅰ) 5 3 単位/月、(Ⅱ) 3 3 単位/月
- ・褥瘡マネジメント加算：(Ⅰ) 3 単位/月、(Ⅱ) 1 3 単位/月

- ・排せつ支援加算：（Ⅰ）１０単位／月、（Ⅱ）１５単位／月、（Ⅲ）２０単位／月
- ・科学的介護推進体制加算：（Ⅰ）４０単位／月、（Ⅱ）６０単位／月
- ・安全対策体制加算：２０単位（１回限り）
- ・協力医療機関連携加算：（１）１００単位／月（令和６年度）、５０単位／月（令和７年度以降）
（２）５単位／月
- ・高齢者施設等感染対策向上加算：（Ⅰ）１０単位／月、（Ⅱ）５単位／月
- ・新興感染症等施設療養費：２４０単位／月（１月に１回連続する５日を限度）

※退所時指導を行った場合は、下記の料金が加算されます。

- ・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、（Ⅱ）２５０単位／回
- ・入退所前連携加算：（Ⅰ）６００単位／回、（Ⅱ）４００単位／回
- ・訪問看護指示加算：３００単位（１人につき１回を限度）
- ・退所時栄養情報連携加算：７０単位／回

※介護職員等の配置状況に応じ、下記の料金が加算されます。

- ・サービス提供体制強化加算：（Ⅰ）２２単位／日、（Ⅱ）１８単位／日、（Ⅲ）６単位／日

※介護保険分の単位数に、下記のいずれかが加算されます。

- ・介護職員等処遇改善加算：（Ⅰ）７．５％、（Ⅱ）７．１％、（Ⅲ）５．４％、（Ⅳ）４．４％

※（１）①の利用者負担額は、下記計算式にて算出します。

（介護保険分の単位数に地域区分加算として１単位あたり１０．１４円を乗じた計算が必要になります。）

介護報酬（Ａ）＝報酬単位数×地域区分加算（１円未満切り捨て）

給付額（Ｂ）＝介護報酬（Ａ）× ０．９（１円未満切り捨て）

利用者負担額＝介護報酬（Ａ）－ 給付額（Ｂ）

注）介護保険自己負担額（単位表記の部分）は、介護保険負担割合証に表記された割合により変化します。（自己負担１割の場合、× ０．９）

②食費

１日あたり１，４４５円

③居住費

〔個室〕 １日あたり１，７２８円 〔多床室〕 １日あたり４３７円

※介護保健施設利用にあたり、介護保険負担限度額認定証をご持参の方は入所時にご提示下さい。

介護保険負担限度額認定証とは、市民税非課税世帯の方に発行されるもので、食事及び居住費が減免される認定証です。減免制度の適用を受けるには、市に申請し交付を受ける必要があります。

（２）その他の料金

①理容代 実費

（顔剃４００円、洗髪８００円、カット１，８００円、セット２，５００円、毛染め２，５００円）

②電気代 １１０円／日

③洗濯代 300円/kg

④日用品費 150円/日

⑤レクリエーション費1（生け花） 1,000円/回

レクリエーション費2（習字、絵画、季節行事ほか） 200円/回

レクリエーション費3（笑いヨガ、輪投げほか） 50円/回

⑥特別な室料

・特別室 2,200円/日

・個室A 1,650円/日

・個室B 1,100円/日

・2人部屋 165円/日

（3）支払い方法

請求方法	利用料は毎月月末締めとし、翌月の中旬頃に請求書を所定の住所地に郵送します。
お支払い方法	<p>※請求書が届きましたら、決められた期限までにお支払いください。 下記のいずれかの方法でお願い致します。</p> <p>①現金払い…請求書兼領収書をご持参の上、当事業所（老人保健施設尽誠苑1F受付）において、現金にて直接お支払いいただく方法。 【受付時間】 平日 13:30～18:30 土・日・祝日 13:00～17:00</p> <p>②銀行振込み…当事業所指定の口座（豊川信用金庫）へ銀行振込みしていただく方法。 ※振込手数料は、ご利用者様のご負担となります。</p> <p>③口座振替…①当事業所指定の銀行（豊川信用金庫）から引き落とししていただく方法。 ②信用金庫、銀行、農業協同組合から引き落とししていただく方法。 ※①または②を選択して下さい。口座引き落とし手数料は、ご利用者様のご負担となります。一部取り扱いできない金融機関もあります。</p>

令和____年____月____日

事業所は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所	所在地	豊橋市大脇町大脇ノ谷74番54
	事業所名	老人保健施設尽誠苑
	電話番号	(0532) 65-2727
	管理者名	仁 瓶 江 理 子
	説明者名	

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文章が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住 所	_____
	氏 名	_____
	電話番号	_____
身元引受人	住 所	_____
	氏 名	_____
	続 柄	_____
	電話番号	_____