

重要事項説明書

(介護老人保健施設サービス利用契約書)

(令和8年10月1日現在)

あなたに対するケアサービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第119条、第155条、及び第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

事業者の名称	医療法人羊蹄会		
法人所在地	愛知県岩倉市曾野町郷前17番地		
代表者氏名	理事長 中川 拓		
法人種別	医療法人	電話番号	0587-66-5133

2 ご利用施設

施設の名称	医療法人羊蹄会 介護老人保健施設るどの泉北名古屋		
施設の所在地	愛知県北名古屋市熊之庄宮地97番地		
施設長名	岡田 暁典		
電話番号	0568-80-7130	FAX 番号	0568-80-7125

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		愛知県県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	平成17年6月1日	2355280021	109人
居宅	短期入所療養介護	平成17年6月1日	2355280021	—
	通所リハビリ	平成17年6月1日	2355280021	1単位目 56人 2単位目 10人

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、長期にわたる療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、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にするとともに、その者のその居宅における生活への復帰を目的とする。
施設運営の方針	当施設にあつては、利用者の意思及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努める。また、明るく家庭的な雰囲気をもたせ、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。

5 施設の概要

介護老人保健施設

敷地		2640.0 m ²
建物	構造	鉄骨造4階建(耐火建築)
	延べ床面積	3981.58 m ²
	利用定員	109 名

(1)居 室

居室の種類	室 数	面 積	1人あたり面積
1人部屋	26 室	15 m ² ～45 m ²	15 m ² ～45 m ²
3人部屋	1室	32 m ²	10.6 m ²
4人部屋	20 室	32 m ²	8 m ²

(注)指定基準は、居室1人当たり 8 m²

(2)主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
診察室	1室	6.8 m ²	
機能訓練室	3室	117.63 m ²	1.0 m ²
食堂・談話室	3室	373.76 m ²	2.0 m ²
浴室	3室	158 m ²	

6 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	員数	区分		保有資格・備考
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		医師と兼務
医師	6	1	5	
看護職員	16	13	3	
介護職員	35	29	6	
支援相談員	3	3		
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	9	8	1	
管理栄養士	1	1		
介護支援専門員	2	2		
薬剤師	1		1	
事務職員	1	1		

(注)上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

管理者は施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

医師は利用者に対する適切な医療管理にあたる。

看護職員は利用者に対しての看護にあたる。

介護職員は利用者に対しての介護・日常生活のお世話にあたる。

支援相談員は利用者および家族からの介護・入所相談・その他の相談業務にあたる。
 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は利用者の機能訓練にあたる。
 管理栄養士は利用者の栄養管理および栄養指導にあたる。
 介護支援専門員は利用者の介護計画の作成・管理にあたる。
 薬剤師は利用者の投薬および薬剤管理にあたる。
 事務職員は必要な事務を行う。
 多職種が協調して施設サービスにあたります。

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	
介護職員	・日勤(8:30～17:30) ・夜勤(17:00～10:00) ・早出(7:00～16:00) ・遅出(11:30～20:30)	原則として、 4週8休
看護職員	・日勤(8:30～17:30) ・夜勤(17:00～10:00)	原則として、 4週8休
リハビリ職員	日勤(8:30～17:30)週5日間	
支援相談員	日勤(8:30～17:30)週5日間	
介護支援専門員	正規の勤務時間帯(8:30～17:30)常勤で勤務	
管理栄養士	正規の勤務時間帯(8:30～17:30)常勤で勤務	

8 施設サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

種 類	内 容
介護サービス計画の立案	・施設入所サービスに係る介護サービス計画を、利用者本人及びそのご家族の希望、その利用者について把握された解決すべき課題並びに医師の治療方針、その他利用者に関わる専門職の協議を踏まえた上で介護サービス計画の原案を作成します。
施設サービス計画の変更	・施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行います。
食 事	・管理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。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食7:30～8:30 昼食12:00～13:00 夕食18:00～19:00
口腔ケア	・口腔機能改善のためにブラッシングなどの口腔清掃や咀嚼、嚥下の訓練などを行うことにより、口腔の疾病予防、健康の保持、増進、口腔リハビリテーションにより、QOLの向上を目指したケアを行います。
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	・年間を通じて週2回の入浴または清拭を行います。 ・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。
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。 ・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。 ・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。 ・シーツ交換は、週1回実施します。

機能訓練	・機能訓練指導員（所有資格 作業療法士）による利用者の状況に適合した機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・当施設の保有するリハビリ器具 車椅子 65 訓練マット 2 ADL訓練具
相談及び援助	・当施設は、利用者およ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うよう努めます。 （相談窓口）支援相談員、介護支援専門員
社会生活上の便宜	・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事やクラブを企画・実施します。 ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
理髪・美容	・毎月1回理髪店の出張による理髪サービスを利用いただけます。希望される場合は、事前の申込が必要です。

9 利用料

- (1) 指定介護老人保健施設サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、指定介護老人保健施設サービスが法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

なお、当施設が所在する北名古屋市は地域区分6級地であり、1単位を 10.27 円として利用料を算出する。

(2) 介護保険施設サービス費（介護保険適用）

（日：単位数）

	多床室	従来型個室
要介護1	793単位	717単位
要介護2	843単位	763単位
要介護3	908単位	828単位
要介護4	961単位	883単位
要介護5	1012単位	932単位

(3) 加算料（介護保険適用）

（日：単位数）

	単位
初期加算（Ⅱ）（入所日から 30 日まで）	30単位
試行的退所時指導加算（1 回）	400単位
退所時情報提供加算（Ⅰ）（1 回）	500単位
退所時情報提供加算（Ⅱ）（1 回）	250単位
退所時栄養情報連携加算（1 回）	70単位
再入所時栄養連携加算（1 回）	200単位

入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	(1 回)	450単位
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	(1 回)	480単位
入退所前連携加算(Ⅰ)	(1 回)	600単位
入退所前連携加算(Ⅱ)	(1 回)	400単位
安全対策体制加算	(入所時)	20単位
栄養マネジメント強化加算		11単位
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)	(1か月)	53単位
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	(1 か月)	33単位
協力医療機関連携加算	(1か月)	50単位
新興感染症等施設療養費		240単位
外泊時費用		362単位
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	(1 か月)	10単位
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	(1 か月)	5単位
緊急時治療管理		518単位
所定疾患施設療養費(Ⅰ)		239単位
所定疾患施設療養費(Ⅱ)		480単位
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		51単位
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		51単位
夜勤職員配置加算		24単位
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		258単位
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240単位
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		120単位
経口維持加算(Ⅰ)	(1 か月)	400単位
経口維持加算(Ⅱ)	(1 か月)	100単位
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	(1 か月)	90単位
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	(1 か月)	110単位
療養食加算	(1 回)	6単位
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	(1 か月)	3単位
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	(1 か月)	13単位
排せつ支援加算(Ⅰ)	(1 か月)	10単位
排せつ支援加算(Ⅱ)	(1 か月)	15単位
排せつ支援加算(Ⅲ)	(1 か月)	20単位

科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	(1 か月)	40単位
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	(1 か月)	60単位
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	(1 か月)	100単位
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(1 か月)	10単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22単位
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		18単位
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		6単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰイ)	(1 か月)	総単位数の9.0%の単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)	(1 か月)	総単位数の9.7%の単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅱイ)	(1 か月)	総単位数の8.6%の単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅱロ)	(1 か月)	総単位数の9.3%の単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(1 か月)	総単位数の6.9%の単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	(1 か月)	総単位数の5.9%の単位

※入退所前連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)は、1人につき1回のみ条件を満たしたいずれかを算定します。

※入所前後訪問指導加算(Ⅰ)(Ⅱ)は、1人につき1回のみ条件を満たしたいずれかを算定します。

※褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)は、条件を満たしたいずれかを算定します。

※排せつ支援加算(Ⅰ)～(Ⅲ)は、条件を満たしたいずれかを算定します。

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)～(Ⅲ)は、条件を満たしたいずれかを算定します。

※介護職員等処遇改善加算(Ⅰイ)～(Ⅳ)は、条件を満たしたいずれかを算定します。

(4) 居住費(滞在費)・特別な部屋料金(第4段階の方)(日額)

	居住費	特別な部屋料金※
多床室(4人部屋)	817円	0円
従来型多床室(3人部屋)	817円	990円
従来型個室	1,927円	1,131円
従来型個室	1,927円	1,100円
従来型個室特別室A	1,927円	3,619円
従来型個室特別室B	1,927円	2,781円
従来型個室特別室C	1,927円	1,241円

※特別な部屋料金には消費税が含まれます。

(5) 食費(第4段階の方)(日額)

	金額
第4段階	1,995円

(6) 居住費・食費の軽減負担(住民税非課税などによる)(日額)

利用者 負担段階	居 住 費		食費
	3人、4人部屋	従来型個室	
第1段階	0円	550円	300円
第2段階	430円	550円	390円
第3段階①	430円	1,370円	680円
第3段階②	430円	1,470円	1,420円

(7) 利用料(介護保険適用外 自己負担分)(日額)

	金 額
日用品費	230円
教養娯楽費	250円

※「日用品費・教養娯楽費」は、ケアサービス提供に係る利用者の日常生活において通常必要となる物品(例:おしぼり、ペーパータオル、シャンプー、石鹸、ハンドソープ、ハンドクリーム、フェイスタオル、バスタオル等)や教養娯楽として、クラブ活動、施設行事等のレクリエーションにおける材料、絵画、BGM、カラオケ機器の購入を目的とした費用の支出に充てられます。

(8) 選択利用料金(介護保険適用外 自己負担分)(1回および日額)

	金 額
理美容	1,000円～6,000円／1回
健康管理費 (インフルエンザ予防接種・タミフル予防投与)※	実費
テレビ使用料*	110円／日
テレビ使用料(個室対象)*	43円／日
冷蔵庫使用料*	110円／日
施設衣料(エプロン)・靴貸出*	110円／日(1点あたり)
電気代(1コンセントにつき)*	43円／日
業者洗濯*	900円／1ネット
コイン洗濯機	300円／1回
コイン乾燥機	100円／1回

* 印については消費税が含まれます。

※インフルエンザ予防接種は施設内感染の拡大を防ぐため、全員の方に接種していただきます。施設内でインフルエンザが発生した場合は、感染拡大防止および重症化を避けるために、医師の判断のもと、インフルエンザ予防薬タミフルを投与することがあります。

※コイン洗濯機、コイン乾燥機は3階東北角にあります。

10 苦情等申立先

当施設ご利用 相談室	窓口担当者 支援相談員 午前8時30分～午後5時30分 ご利用時間 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 0568-80-7130 担当 松原 美由紀、石間伏 彩、武藤 ひとみ また、文書で1階に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、 管理者に直接お申し出いただくこともできます。
その他の 相談窓口	① 愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室 052-971-4165 ② 介護保険担当課 北名古屋市役所高齢福祉課介護保険担当 0568-23-6111 岩倉市役所長寿介護課 0587-38-5811 小牧市役所健康福祉部介護保険課 0568-72-2101 清須市高齢福祉課介護保険係 052-400-2911 豊山町高齢者・介護係 0568-28-0100 名古屋市高齢福祉部介護保険課指導係 052-972-2592 お住まいの相談窓口() TEL()

11 事故発生時の対応

施設利用者に対する介護保険施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12 非常災害時の対策

設備名称	個数	設備名称	個数
避難器具(すべり台)	あり	消火器	19
自動火災報知機	あり	非常警報設備	あり
火災通報設備	あり	誘導灯設備	49
スプリンクラー設備	あり		
カーテン、クロスは防煙性能のあるものを使用しております。			

13 協力医療機関

医療機関の名称	済衆館病院
院長名	渡辺 修
所在地	北名古屋市鹿田西村前 111
電話番号	0568-21-0811
契約の概要	当施設利用者が病気治療の必要がある場合、当施設の要請により治療を行えるよう受入れ体制を整える。当施設利用者の健康管理のために常に連携を密にするよう努める。

14 協力歯科医院

医療機関の名称	西春日井歯科医師会 加盟協力歯科医院62歯科医院
別紙医院名	別紙会員名
その他	希望により出張診療を受けることができます。

15 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、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。ご家族の方は週に1度は面会に来てください。例外として感染症が蔓延した場合はビデオ面会にてご対応いただきます。
外出・外泊	施設内での生活が長くなると、利用者の社会や家族とのつながりが希薄になります。出来る限り、外出や外泊の機会をおつくりください。 外泊・外出時は届出を必ず職員に提出してください。
差し入れ	利用者に差し入れをしていただく時は、必ず職員の許可を得てからお願いします。利用者の栄養状態や摂取状態によって遠慮していただくことがあります。特に餅や大福など咽喉に詰まりやすいものの差し入れは遠慮していただきます。また、他の利用者には渡さないようにしてください。
緊急時対応	緊急時の医療対応や医療機関への移動、インフルエンザ時の予防薬の投与などは、医師の判断のもと、適切に行わせていただきます。その場合、ご家族への連絡が事後になる場合があります。
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したがってご利用下さい。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。
ご家族への連絡事項	ご家族への連絡は、利用者毎に一人(第一保証人様または普段から連絡をさせていただいている方)にさせていただきます。身内の方へのご連絡は、ご家族様でお願いいたします。
禁煙	施設内は禁煙となっています。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
記録の開示	利用者、またはご家族の申立てによりサービス提供の記録や計画書の内容を開示いたします。
所持品の管理	生活に必要とするものに限ってお持ち下さい。他の利用者のものと間違わないように必ず名前を書いてください。
現金等の管理	現金、貴重品等は持ち込まないようにしてください。紛失・破損について、施設側に著しい過失がある場合を除いて、当法人は責任を負いません。
成年後見制度・地域福祉権利擁護事業について	成年後見制度および地域福祉権利擁護事業の利用を検討されてみえる場合に、その申立ての援助をさせていただきます。施設で申立てをすることはできませんが、本人・ご家族・親族などがされる場合の申立先や制度選択のお手伝いをさせていただきます。
居室の変更	入所中、状況により、居室の変更をお願いする場合があります。
宗教活動	施設内で他の利用者に対する宗教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。

私は、本書面に基づいて医療法人羊蹄会介護老人保健施設るどの泉北名古屋職員から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和____年____月____日

利用者 住所_____

氏名_____印

利用者署名代理人 氏名_____印

代理する理由

利用者の家族等 住所_____

氏名_____印

電話番号_____

携帯電話番号_____