

重要事項説明書

介護老人保健施設

介護老人保健施設 はっ田

(令和7年4月1日)

介護老人保健施設重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

1. ご利用施設

(1) 施設の名称

- ・施設名 介護老人保健施設 はっ田
- ・開設年月日 平成17年6月1日
- ・所在地 名古屋市中村区並木二丁目354番地
- ・電話番号 052-412-3158
- ・ファックス番号 052-412-3150

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

(3) 介護老人保健施設 はっ田 の運営方針

- ・単なる収容施設ではなく、明るく家庭的な雰囲気のもとで利用者の自立を支援し、家庭への復帰を目指す施設とする。
- ・利用者の日常生活能力を可能な限り維持・回復させることを目指し、機能訓練（作業療法含む）などのサービスの提供と共に、施設構造においても動きやすさを確保できるものとする。
- ・家庭療養の後方支援として、利用者が安心して家庭で療養できるように、また、家族等が家庭での療養を受け入れることができるように、短期入所療養介護事業、通所リハビリテーション事業、訪問リハビリテーション事業を運営し、家族等に対する緊密な相談・指導を行う。
- ・市町村・関連事業者と密に連携し、退所者が各種保健・福祉サービスを受けられるようにし、在宅でのケアが適切に対処されるよう配慮し、近隣住民から親近感を持たれる施設を目指す。

(4) 施設の概要

構 造 R C 造 7階建て（1部地下1階）
延べ床面積 3,310.6㎡

主な設備の種類	数	備 考	主な設備の種類	数	備 考
食 堂	6	1～5階、7階	一般浴室	2	6階、7階
機能訓練室	1	6階	特殊浴室	1	2階
談 話 室	5	2～5階、7階	診 察 室	1	1階
理 美 容 室	1	1階			

入所定員

- ・定員 96名（短期入所療養介護16名含む）
- ・療養室 個室 12室・4人室 21室

通所定員

- ・定員 4名

※ ご希望の居室種類をお申し出下さい。（ただし、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります）

※ 居室の変更：利用者若しくは家族等から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には利用者や家族等との協議の上、決定するものとします。

（5）施設の職員体制（施設サービス・通所サービス計）

職種	常勤		業務内容
医師	1人以上		利用者の症状や心身の状態の把握に努め、的確な診断と適切な処置を行うとともに、利用者の機能訓練等が計画的、かつ効果的に行えるように指導にあたる。
看護職員 (看護師) (准看護師)	10人以上	常勤換算	医師の指示により利用者の看護、及び健康管理の業務を行う。
介護職員	23人以上	常勤換算	利用者の日常生活の介護業務を行う。
介護支援専門員 (兼務)	3人以上	常勤換算	利用者の介護サービス計画を立て、ケアをマネジメントするほか、市町村の委託を受けて要介護認定の調査に従事する。
支援相談員	3人以上	常勤換算	入退所の事務手続、利用者及びその家族等の処遇上の相談、利用者に対する生活指導、ボランティアの指導並びに地域関連機関との連携の業務を行う。
リハビリ職員 (作業療法士) (理学療法士) (言語聴覚士)	4.8人以上	常勤換算	医師の指示により利用者の運動機能、及び日常生活活動動作能力の改善又は維持を図るため、目標を設定し、定期的の評価を行うなど効果的な機能訓練を行う。
管理栄養士	2人以上	常勤換算	医師の指示により利用者の身体状態、病状及び嗜好を考慮し、栄養面に配慮した食事を提供するための献立の作成、並びに利用者又はその家族に対して栄養指導を行う。
薬剤師	0.3人以上	常勤換算	医師の指示により利用者の服薬指導、薬歴管理等薬剤に関する業務を行う。
事務職員	1人以上	常勤換算	請求業務、入退所の事務補助、その他必要な事務を行う。

2. 介護保健施設サービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば利用者が家庭復帰していただけるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、利用者・家族等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただきます。

◇医療：

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

◇機能訓練：

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

◇生活サービス：

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

3. サービス内容

① 施設サービス計画の立案

② 栄養ケア計画の立案

食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）

朝食 8時00分 ～

昼食 12時00分 ～

夕食 18時00分 ～

*利用者の状態に応じ、食事を食べやすい形状にし、また食事介助が必要な場合は、介助を行います。

③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特殊浴槽で対応します。入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）

④ 医学的管理・看護

*医師・看護師等により医学的管理のもと、健康管理に努めます

⑤ 介護（生活全般の介助）（退所時の支援）

⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）

⑦ 相談援助サービス

⑧ 行政手続代行

⑨ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、詳細は支援相談員等にご相談ください。

4. 介護保険証などの確認

利用のお申込みに当たり、利用希望者の介護保険証、負担限度額認定証などを確認させていただきます。

5. 利用料金

(1) 基本料金

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度、ご利用になる部屋の形態によって利用料が異なります。）

基本型	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	717単位	763単位	828単位	883単位	932単位
多床室	788単位	863単位	928単位	985単位	1,040単位

<加算項目>

* 初期加算Ⅰ 60単位/日

* 初期加算Ⅱ 30単位/日

* 退所時指導等を行った場合は、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
- ・ 訪問看護指示加算 300単位

* 介護職員処遇改善加算Ⅲ：介護報酬総単位数×7.1%が加算されます。

* その他、介護保険制度による加算があります

- ・ サービス提供体制強化加算Ⅲ 6単位/日
- ・ 栄養マネジメント強化加算 11単位/日
- ・ 療養食加算 6単位/回
- ・ 短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ 258単位/日
- ・ 緊急時治療管理 518単位/日（1月に3日を限度）
- ・ 所定疾患施設療養費Ⅱ 480単位/日（1月に10日を限度）
- ・ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ 33単位/月
- ・ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）、（Ⅱ） 3単位/月、13単位/月
- ・ 自立支援促進加算 300単位/月
- ・ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ） 40単位/月、60単位/月
- ・ 安全対策体制加算 20単位/回（入所時に1回を限度）
- ・ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） 51単位/日
- ・ 新興感染症等施設療養費 240単位/日（1月に5日を限度）
- ・ 退所時情報提供加算Ⅰ 500単位/回（1回を限度）※居宅
- ・ 退所時情報提供加算Ⅱ 250単位/回（1回を限度）※医療機関
- ・ 協力医療機関連携加算Ⅰ 100単位/月
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ 5単位/月
- ・ 生産性向上推進体制加算Ⅱ 10単位/月

上記の利用料の月単位合計に10.68円/単位の円換算後、負担割合証の割合分（毎月、負担割合証を確認）が、負担額となります。

② 居住費

個室	1,840円/日	「室料+光熱水費」相当額
多床室	446円/日	「光熱水費」相当額

③ 食費

食費 1,675円/日 「食材料費+調理費」相当額

*負担限度額認定証をお持ちの方は、その段階に応じて下記の料金が適用されます。

	負担限度額			
【居住費】	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
個室	550円/日	550円/日	1,370円/日	1,370円/日
多床室	0円/日	430円/日	430円/日	430円/日
【食費】	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
	300円/日	390円/日	650円/日	1,360円/日

(2) その他の料金

日用品費・教養娯楽費等は、別途資料をご覧ください。

(3) 支払い方法

- 毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行します。
- お支払い方法は、下記のいずれかの方法でお支払いください。
 - 現金の場合：当施設の受付窓口にてお支払いください（支払受付時間：9時から17時まで）。
 - 振込の場合：当施設の振込口座を受付窓口にてご案内します。
 - 振替の場合：振替手続きを受付窓口にてご案内します。

6. 施設利用に当たっての留意事項

・面会

面会者は、面会時間を遵守し、必ずその都度、面会者シートに記帳してください。

面会時間 月曜から金曜（午後1時～7時） 土曜、日曜、祝日（午前10時～午後6時）

※感染対策等による変更時は、別途ご案内いたします。

・外出・外泊

外出・外泊の際には必ず外出先、帰着時間及び用件を所定の用紙にて届出てください。

・喫煙・飲酒

喫煙、飲酒はできません。

・設備・備品の利用

施設内の療養室や設備、備品は本来の用法にしたが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。

・所持品・備品の持ち込み

所持品は日常生活を営む上で必要と思われるもの。備品については、持ち込みをお断りします。

・金銭・貴重品の管理

現金及び預貯金、貴重品の管理は行いません。また、財産の管理運用についてもこれを行いません。

・外泊時等の施設外での受診

外泊・外出中に医療機関へ受診される場合は、必ず事前に当施設にご連絡ください。また、その際は、医療機関に外出・外泊許可証を提示し、介護老人保健施設に入所中であることをお伝え

ください。

- ・宗教・政治活動

施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

- ・ペットの持ち込み

施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

- ・職員に対するハラスメント行為

職員に対する身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメントを禁止します。

7. 協力医療機関及び緊急時の対応

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関

病 院

- ・名 称 医療法人 福友会 八田なみき病院

- ・住 所 名古屋市中村区並木二丁目3 6 6 番地

歯 科

- ・名 称 かじかわ歯科クリニック

- ・住 所 名古屋市緑区浦里 3-333

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

※ 利用期間中に、医療機関の受診が必要となった場合、家族等にご協力をお願い致します。

8. 非常災害時の対応

別途定める「介護老人保健施設はっ田消防計画」にのっとり対応を行います。

- ・防災設備

- ・スプリンクラー設備 (スプリンクラーヘッド 450 個)、消火槽 12.8m³、補助散水栓 10ヶ所

- ・自動火災報知設備 感知器 138ヶ所

- ・非常放送設備 スピーカー 120ヶ所

- ・通路誘導灯 大型 15ヶ所 小型 2ヶ所

- ・避難口誘導灯 階段誘導灯 7ヶ所

- ・非常用照明 電池内蔵型 83ヶ所

- ・避雷針設備 屋上に 1ヶ所設置

- ・ナースコール 療養室各ベッド、便所に設置

- ・発電設備 1台 出力 82KVA 屋上設置

- ・防災訓練 年2回

9. 入所の手続

入所手続きは、利用者及び家族等の方へ当施設の説明をさせていただいた後、別紙「介護老人保健施設利用契約書」にて手続き（契約）を行います。

10. 契約の解除及び終了

別途定める「介護老人保健施設利用契約」第4条、第5条、にのっとり対応致します。

1.1. 秘密の保守義務

別途定める「介護老人保健施設利用契約」第9条及び、個人情報保護法案の原則にのっとり秘密の保守を行います。

1.2. 身体拘束の適正化

介護保健施設サービスの提供にあたり、利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、緊急やむを得ない身体拘束を行う場合は以下の内容にのっとり行います。

- ① 施設長（医師）により、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載する
- ② 利用者の家族等への十分な説明・同意
- ③ 身体拘束廃止へ向けた取り組み

1.3. 虐待の防止のための措置に関する事項

当施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じております。

- ① 施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図ること。
- ② 施設における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ③ 施設において、介護職員その他の職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年2回以上）実施すること。
- ④ 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

1.4. 事故発生時の対応及び賠償責任

別途定める「介護老人保健施設利用契約」第12条にのっとり迅速に誠意をもって対応致します。

1.5. 禁止事項

(1) 利用者や扶養者等の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動の禁止

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者及び家族等の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

(2) 施設内での写真や動画撮影・録音の禁止

当施設では、利用者・職員のプライバシーの保護、施設管理を適切に行う観点から、施設長または法人の許可なく施設及び敷地内での写真や動画撮影・録音することを禁止します。許可を得て撮影・録画したデータについては、インターネットでの公開、ブログ等の SNS への無断掲載を禁止します。職員が職務範囲内で撮影した写真は、写真販売プラットフォームを利用して閲覧・購入いただけますが、閲覧・購入には月毎に発行される展示室コードが必要です。この展示室コードを家族・親戚等関係者以外に知らせることを禁止します。施設退所後においても展示室コードや購入した写真の漏洩を禁止します。

(3) 利用者や家族等からのあらゆるハラスメント行為の禁止

当施設では、誰もが、病気になっても、介護が必要になっても、自分らしく、住み慣れた地域で暮らし続けたいという願いをかなえる地域包括ケアサービス提供体制を構築するため、介護現場の職員の身の安全を確保し、やりがいや働く意欲を損なう職場環境とならないようハラスメント発生予防への取り組みを行っております。

①職員に対する身体的暴力（人の身体に向けられた有形力の行使だけではなく、物に向けられた有形力の行使や投げつけられた物が当たらなかった場合等、物理的接触を欠く場合も含まれます）

【具体例】殴る／蹴る／噛む／つねる／引っ掻く／唾を吐く／職員に向かってコップなどの物を投げる／刃物を職員に向ける／服を引きちぎる など。

②職員に対する精神的暴力（言葉や態度によって個人の尊厳や人格を傷つけたり、おとしめたりする行為をいい、無視したり、第三者に対して事実ではないことを言う等も含まれます）

【具体例】暴言／大声／サービス状況をのぞき見する／批判的な言動／威圧的な態度／刃物をちらつかせる／理不尽なサービスを要求／特定の職員のサービス提供を理由なく拒む／謝罪して正座するよう強く求める／利用料金の支払い等でお金を床に並べてそれを拾って受け取るように求める など。

③職員に対するセクシャルハラスメント（性的な内容の発言や性的な行動により、就業環境を害することをいいます。性的な言動には、性的な事実関係を尋ねること、性的な内容の情報を意図的に流布することが含まれ、性的な行動には、性的な関係を強要すること、必要なく身体に触ること、わいせつな図画等を表示すること等が含まれます）

【具体例】職員の身体を必要もなくさわる又は抱きしめる／女性のヌード写真を見せる／あからさまに性的な話をする／卑猥な言動を繰り返す／介護に不必要な場面で下半身を露出／容姿に対して不快な発言をする／アダルトビデオを見ようと勧める など。

16. サービスについての相談（要望）及び苦情窓口

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

（電話 052-412-3158）

要望や苦情等は、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

第三者苦情相談窓口として下記の苦情・相談窓口へ申し出ることができます。

愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談室

電話 052-971-4165

FAX 052-962-8870

名古屋市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課指導担当

電話 052-959-2592

FAX 052-959-4155

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

当施設は、愛知県の定める第三者評価は受けておりません。

18. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

私は、本書面に基づいて職員から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設入所利用について、同意いたします。

令和 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

印

代理人

私は本人の意思を確認、同意し代理にて署名いたします。
(本人の署名がある場合は署名不要)

住 所

氏 名

印

続 柄 ()