

重 要 事 項 説 明 書

(施 設 入 所 介 護 サ ー ビ ス)

1. 事業者

事業者の名称	医療法人 光慈会
法人所在地	愛知県知立市新林町北林 44 番地
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 六鹿 直視
電話番号	0566-81-1110

2. ご利用施設

施設の名称	医療法人 光慈会 介護老人保健施設 かりや
施設の所在地	愛知県刈谷市小垣江町新庄 33 番地
施設長	大林 利博
電話番号	0566-63-5100
F A X 番号	0566-21-1715

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業者指定		利用 定数
		指 定 年 月 日	指 定 番 号	
施設 居 宅	介護老人保健施設	平成 17 年 4 月 1 日	2352980011	100 人
	通所リハビリテーション	平成 17 年 4 月 1 日	2352980011	50 人
	短時間通所リハビリテーション	平成 24 年 9 月 1 日	2352980011	5 人
	短期入所療養介護	平成 17 年 4 月 1 日	2352980011	
	訪問リハビリテーション	平成 17 年 4 月 1 日	2372900650	

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、地域に密着した中間施設として、自立支援・在宅復帰につなげるべく要介護状態にある高齢者に対し適正な介護保険施設サービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	当施設にあたっては、要介護者の特性を踏まえて医師の管理の下、要介護者と家族の希望を聴取した上で、個別の介護計画・リハビリテーション計画に基づきサービスを提供し、要介護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出来るようにするとともに、在宅生活復帰を支援する。

5. 施設の概要

介護老人保健施設

敷 地		2850.00 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 3階建て
	延べ床面積	4292.38 m ²
	利用定員	100名

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人当たりの面積
1人部屋	12室	123.50 m ²	10.29 m ²
2人部屋	2室	32.63 m ²	8.16 m ²
4人部屋	21室	700.79 m ²	8.34 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人当たりの面積
食 堂	3室	287.74 m ²	2.87 m ²
機能訓練室	1室	105.02 m ²	1.05 m ²
一 般 浴 室	1階 1室	38.13 m ²	
	2階 1室	6.15 m ²	
	3階 1室	15.28 m ²	
器 械 浴 室	1室	41.81 m ²	
診 察 室	1室	13.24 m ²	
デイルーム	1箇所	111.17 m ²	

私は、本書面にもとづいて

職員（職名_____氏名_____）

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

身元引受人 住所_____

氏名_____印

（注）施設利用計画における、施設使用の際の留意時事項を含む。

15. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設かりや消防計画」に則り対応を行ないます。
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「介護老人保健施設かりや消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を実施しています。
消防計画等	消防署への届け日：令和3年 6月 2日 防火管理者：都築 正之

16. 当施設の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守り、必ずその都度職員に申し出てください。 また、事務所窓口にある面会記録に記載をお願いします。
外出・外泊	外泊・外出の際は必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
居室・設備 器具の利用	施設内の居室や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反し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	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は出来ません。
迷惑行為	騒音等他の利用者の迷惑になる行為は御遠慮願います。 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。
宗教活動 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。
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。

令和2年4月1日改訂

令和2年7月1日改訂

令和3年4月1日改訂

令和4年3月1日改訂

令和1年5月1日改訂

令和1年7月1日改訂

令和1年10月1日改訂

令和2年3月1日改訂

令和4年2月1日改訂

令和4年10月1日改訂

令和5年6月1日改訂

令和6年4月1日改訂

令和7年3月1日改訂

6. 職員体制(主たる職員)

職種	配置人員
医師	1名以上
薬剤師	1名以上
看護職員	10名以上
介護職員	25名以上
支援相談員	2名以上
作業療法士	1名以上
理学療法士	3名以上
言語聴覚士	1名以上
管理栄養士	1名以上

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長(医師)	月～金曜日(9:00～18:00)	土曜、日曜
支援相談員	正規の勤務時間帯(8:45～17:15常勤で勤務)	4週8休
介護職員	・早番(7:00～15:30) ・日勤(8:45～17:15) ・遅番(11:30～20:00) ・夜勤(16:15～9:15)	原則として 4週8休
看護職員	・早番(7:00～15:30) ・日勤(8:45～17:15) ・遅番(11:30～20:00) ・夜勤(16:15～9:15) 1名勤務	原則として 4週8休
リハビリ職員	週6日(月～土曜日)、8:45～17:15まで勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯(8:45～17:15常勤で勤務)	4週8休
管理栄養士	正規の勤務時間帯(8:45～17:15常勤で勤務)	4週8休

(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。

8. 施設サービスの種類

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	・管理栄養士の立てる献立により、栄養、嗜好、身体状況に配慮したバラエティにとんだ食事を提供します。 (ランチバイキング、種々の行事食、おやつバイキング) ・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が、希望により選択することもできます。又、体調にあわせて時間の選択もできます。 ・毎食後、職員により口腔ケアを実施します。
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄助助を行なうとともに、排泄の自立についても介護計画に基づき取り組みます。
入 浴	・年間を通じて週 2 回の入浴、又は清拭を行います。 ・寝たきりで座位のとれない方は、器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。 ・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をします。 ・シーツ交換は、週 1 回、寝具の消毒は、月 1 回実施します。
機 能 訓 練	・機能訓練指導員(所有資格、理学療法士・作業療法士)による利用者の評価をもとに適合した機能訓練を行ない、心身の機能低下を防止するよう努めます。 また、訓練内容・目標についてはリハビリテーション実施計画書を作成し本人・家族に説明します。 ・当施設の保有するリハビリ器具 昇降式平行棒、姿勢矯正用鏡、歩行訓練階段、交互牽引滑車、ホットパック プラットホーム、昇降テーブル、メドマー、高齢者向けトレーニングマシン（4 種類）、マイクロウェーブ、エアロバイク、サンディング台、
健 康 管 理	・常勤医師により、定期的な回診を設けて健康管理に努めます。 ・また、緊急時必要な場合は主治医あるいは協力医療機関に責任を持って引き継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来るだけ配慮します。
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。
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を企画します。 ・クラブ活動（茶華道クラブ、料理クラブ等） ・主なレクリエーション行事 (誕生会、納涼祭、運動会、クリスマス会、ひな祭り会、敬老会、餅つき等)

1 2. サービスについての相談窓口、及び苦情申し立て先

当 施 設 の 利 用 相 談 室	窓口担当 小林、馬場、小田 御利用時間 月曜～土曜、午前 9 時～午後 5 時 (日曜・祝祭日、年末年始は休み) 御利用方法 電 話 0566-63-5100 面 接 電話連絡にて、時間設定した後に相談室で行う 苦情箱 1 F 受付カウンターに設置...「意見箱」
	行政窓口 ・刈谷市役所長寿課 0566-62-1013 ・知立市長寿介護係 0566-83-1111 ・高浜市長寿課 0566-52-9871 ・安城市高齢福祉課 0566-76-1111 ・東浦町、大府市（知多北部広域連合） 052-689-2262 ・国民健康保険連合会 052-971-4165

1 3. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 豊田会 刈谷豊田総合病院
院 長 名	吉田 憲生
所 在 地	刈谷市住吉町 5 丁目 15 番地
電 話 番 号	(0566)21-2450
診 療 科	内科 / 精神神経科 / 神経内科 / 循環器センター(循環器科)/ 皮膚科 / 泌尿器科 / 産婦人科 / 小児科 / 外科 / 整形外科 / 脳神経外科 / 眼科 / 耳鼻咽喉科 / 歯科・口腔外科 / リハビリテーション科 / 放射線科 / 救急・集中治療部 / 麻酔科 / 病理科
入 院 設 備	704 床
救急指定の有無	有
契 約 の 概 要	協力病院

1 4. 協力歯科医療機関

名 称	長 沢 歯 科
院 長 名	長 澤 恒 保
所 在 地	刈谷市小垣江町池上 22 番地
電 話 番 号	(0566)24-3838

- 緊急時治療加算・・・・1回 553 円（ご利用者様の容態が急変した場合、緊急時に所定の処置等を行った場合算定）
- 協力医療機関連携加算
 - 1 ヶ月 107 円（令和 7 年 3 月 31 日まで）
 - 1 ヶ月 53 円（令和 7 年 4 月 1 日以降）
 - 1 ヶ月 5 円（上記以外）
- かかりつけ医連携薬剤調整加算
 - （Ⅰ）イ 1 回 150 円
 - （Ⅰ）ロ 1 回 75 円
 - （Ⅱ）1 回 256 円
 - （Ⅲ）1 回 107 円
- ターミナルケア加算
 - （死亡日以前 31 日から 45 日）・・・ 1 日 77 円×日数
 - （死亡日以前 4 日から 30 日）・・・ 1 日 171 円×日数
 - （死亡日以前 2 日から 3 日まで）・・・ 1 日 972 円×日数
 - （死亡日）・・・ 2,029 円

（ターミナルケア加算が退所後翌月に至った場合、加算に係る一部負担金の請求を行う場合があります）

- 所定疾患施設療養費(Ⅰ)（肺炎、尿路感染、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪）255 円×日数(1 ヶ月 7 日限度)
所定疾患施設療養費(Ⅱ)（肺炎、尿路感染、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪）512 円×日数(1 ヶ月 10 日限度)
- 認知症行動・心理症状緊急対応加算・・・・214 円×日数
- 生産性向上推進体制加算・・・（Ⅰ）1 ヶ月 107 円、（Ⅱ）1 ヶ月 11 円
- 褥瘡マネジメント加算・・・・1 ヶ月 （Ⅰ）3 円、（Ⅱ）14 円
- 排せつ支援加算・・・・1 ヶ月 （Ⅰ）11 円、（Ⅱ）16 円、（Ⅲ）21 円
- 安全対策体制加算・・・・1 回 21 円（入所時のみ）
- 科学的介護推進体制加算・・・1 ヶ月 （Ⅰ）43 円、（Ⅱ）64 円
- 自立支援促進加算・・・・1 ヶ月 320 円
- 高齢者施設等感染対策向上加算・・・（Ⅰ）1 ヶ月 11 円、（Ⅱ）1 ヶ月 5 円
- 新興感染症等施設療養費・・・・256 円×日数

（1 ヶ月に 1 回、連続する 5 日を限度。当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に算定）

※施設サービス費の利用料は介護保険法規定に基づき、その 1 割を徴収しております。

（４）利用料の徴収方法

前事項の費用の支払いは利用者又は家族に対して事前に文書で説明して支払いの同意を得た上で徴収致します。

１０．個人の情報について

施設利用によって職員が知りうる利用者・その家族の個人的情報の守秘義務を厳守致します。

１１．事故発生時の損害賠償

「介護老人保健施設総合保障制度」の規定により保障致します。

９．利用料

（１）法定給付

区 分	利 用 料
法 定 代 理 受 領 の 場 合	介護報酬の告示上の額 ※施設介護サービス費の 1 割
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 ※施設介護サービスの基準額に同じ

（２）法定給付外

区 分	利 用 料
日常生活に要する費用で本人に負担して頂くことが適当であるもの	・日用品費:253 円 ・教養娯楽費:120 円

（３）利用者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
食 費	1,949 円/日
居 住 費	・多床室 700 円/日 (認知証専門棟個室含む) ・従来型個室 2,000 円/日
特 別 な 室 料	・従来型個室 1,100 円/日 ・2 人室 550 円/日

食費及び居住費について、それぞれ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食費及び居住費負担限度額が 1 日にお支払いいただく費用の上限となります。

4 人室

要介護	※ 1 割負担額 (自己負担額)	居住費	食費	日用品費	教養娯楽費	1 日 あたり	月額 (30 日)
1	979 円	700 円/日	1,949 円/日	253 円	120 円	4,001 円	120,030 円
2	1,061 円			(大判タオル、フェイスタオル、コップ、ストロー、保湿剤、BOX ティッシュ、歯ブラシ、歯磨き粉、歯間ブラシ、入歯洗浄剤、入歯ケース等)	各種催物の材料費（誕生日会、クラブ活動費、各レクリエーション、フロア CD 購入費等）	4,083 円	122,490 円
3	1,132 円					4,154 円	124,620 円
4	1,194 円					4,216 円	126,480 円
5	1,251 円					4,273 円	128,190 円

2 人室								
要介護	※ 1 割負担額 (自己負担額)	居住費	特別室料	食費	日用品費	教養娯楽費	1 日あたり	月額 (30 日)
1	979 円	700 円/日	550 円/日	1,949 円/日	(大判タオル、フェイスタオル、コップ、ストロー、保湿剤、BOXティッシュ、歯ブラシ、歯磨き粉、歯間ブラシ、入歯洗浄剤、入歯ケース等)	各種催物の材料費 (誕生日会、クラブ活動費、各レクリエーション、フロア CD 購入費等)	4,551 円	136,530 円
2	1,061 円						4,633 円	138,990 円
3	1,132 円						4,704 円	141,120 円
4	1,194 円						4,766 円	142,980 円
5	1,251 円						4,823 円	144,690 円

個室								
要介護	※ 1 割負担額 (自己負担額)	居住費	特別室料	食費	日用品費	教養娯楽費	1 日あたり	月額 (30 日)
1	891 円	2,000 円/日	1,100 円/日	1,949 円/日	(大判タオル、フェイスタオル、コップ、ストロー、保湿剤、BOXティッシュ、歯ブラシ、歯磨き粉、歯間ブラシ、入歯洗浄剤、入歯ケース等)	各種催物の材料費 (誕生日会、クラブ活動費、各レクリエーション、フロア CD 購入費等)	6,313 円	189,390 円
2	971 円						6,393 円	191,790 円
3	1,040 円						6,462 円	193,860 円
4	1,101 円						6,523 円	195,690 円
5	1,160 円						6,582 円	197,460 円

1 割負担額に含まれている費用

- 夜勤職員配置加算 1 日 26 円×日数
- サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) . . . 1 日 23 円×日数

その他の加算料金 (税込価格)

	電 気 代	TV レンタル代	洗 濯 代
日 額	50 円／1 品	70 円	110 円

※療養生活において、個人の使用された施設の備品につきまして破損、汚染があった場合には、実費をお支払い頂く場合があります。

その他の介護保険給付費用

- 地域区分ごとの上乗せ割合 1 ヶ月のサービス料×10.68
- 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) 1 ヶ月のサービス料×7.5% (令和 6 年 6 月より)
- 短期集中リハビリテーション加算 (Ⅰ) 1 日 276 円×日数 (Ⅱ) 1 日 214 円×日数 (入所後 3 ヶ月以内)
- 認知症短期集中リハビリテーション加算 . . (Ⅰ) 1 日 256 円×日数 (Ⅱ) 1 日 128 円×日数 (入所後 3 ヶ月以内・週 3 回限度)
- リハビリマネジメント計画書情報加算 (Ⅰ) 1 ヶ月 57 円 (Ⅱ) 1 ヶ月 35 円
- 初期加算 (Ⅰ) 1 日 64 円×日数 (Ⅱ) 32 円×日数 (入所した日から 30 日以内の期間算定)
- 認知症ケア加算 1 日 81 円×日数
- 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) 3 円×日数、(Ⅱ) 4 円×日数
- 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) 1 ヶ月 160 円、(Ⅱ) 1 ヶ月 128 円
- 経口以降加算 1 日 30×日数 (原則として 180 日まで)
- 経口維持加算

Ⅰ. 著しい誤嚥が認められる者対象 1 ヶ月 427 円

Ⅱ. 誤嚥が認められる者対象 1 ヶ月 107 円
- 口腔衛生管理加算 (Ⅰ) 1 ヶ月 96 円、(Ⅱ) 1 ヶ月 117 円
- 療養食加算 1 回 6 円×回数(1 日 3 回を限度)×日数
- 栄養マネジメント強化加算 12 円×日数
- 再入所時栄養連携加算 1 回 214 円
- 外泊・入院時費用 1 日 387 円×外泊・入院日数
1 日 854 円×外泊日数 (施設が在宅サービスを提供した場合)
- (月 6 回を限度。尚外泊・入院初日と最終日は外泊扱いにはなりません)
- 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (Ⅰ) 54 円×日数、(Ⅱ) 54 円×日数
- 入所前後訪問指導加算 (Ⅰ) 481 円 (Ⅱ) 513 円
- 試行的退所時指導加算 1 回 427 円
(入所者が試行的に退所する場合において、入所者及びその家族に対して退所後の療養上の指導を行った場合算定)
- 退所時情報提供加算 (Ⅰ) 1 回 534 円、(Ⅱ) 1 回 267 円
(退所後の主治医に対して、診療状況を示す文章を添えてご利用者様の紹介を行った場合算定)
- 退所時栄養情報連携加算 1 回 75 円
- 入退所前連携加算 (Ⅰ) 1 回 641 円、(Ⅱ) 1 回 427 円
(退所後ご利用される居宅介護支援事業所に対して、診療状況等の情報提供した場合算定)