

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 知立老人保健施設
施設の所在地	愛知県知立市新林町北林44番地
施設長	浅野 良夫
電話番号	0566-81-1110
FAX番号	0566-81-5501

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	知 立 市 基 準該当サー ビス
		指定年月日	指定番号		
施 設	介護老人保健施設	平成 24 年 4 月 1 日	2354480010	100人	該当
居 宅	通所リハビリテーション	平成 24 年 4 月 1 日	2354480010	90 人	該当
	短時間通所リハビリテーショ ン	平成 26 年 4 月 1 日	2354480010	5 人	該当
	短期入所療養介護	平成 24 年 4 月 1 日	2354480010		該当
	訪問リハビリテーション	平成 15 年 5 月 1 日	2374400337		該当

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	6142.82 m ²
建物	構 造	鉄筋コンクリート造 3階建て
	延 べ 床 面 積	5152.71 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	10室	13.8 m ² ～18.2 m ²	13.8 m ² ～18.2 m ²
2人部屋	1 室	26.8 m ²	13.4 m ²
4人部屋	22室	34.6 m ² ～38.75 m ²	8.1 m ² ～9.68 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人当たりの面積
食 堂	4室	224.11 m ²	2.24 m ²
機 能 訓 練 室	2室	130.41 m ²	1.30 m ²
一 般 浴 室	3階 1室	73.8 m ²	
機 械 浴 室	特殊浴槽	2台	
デイルーム	2室	84.38 m ²	
レクリエーションルーム	1 室	26.03 m ²	

(注) 食堂の指定基準は、1人当たり 2 m²

6. 職員体制(主たる職員)

(1) 管理者 1 名 (常勤兼務職員・医師との兼務) …施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う

(2) 従業者

医師	1 名以上	作業療法士	3 名以上
薬剤師	1 名以上	言語聴覚士	1 名以上
看護職員	10 名以上	管理栄養士	1 名以上
介護職員	25 名以上	介護支援専門員	1 名以上
支援相談員	1 名以上	事務員	1 名以上
理学療法士	2 名以上	給食	委託

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(8:45～17:15) 土 曜 日(8:45～17:15)	祭日、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(7:00～16:30) ・日勤(8:45～17:15) ・遅番(10:30～20:00) ・夜勤(16:15～ 9:15)	原則として 4週8休
看 護 職 員	・早番(7:00～16:30) ・日勤(8:45～17:15) ・遅番(10:30～20:00) ・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・おやつバイキング、種々の行事食) ・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出来ます。
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、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、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。 ・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。 ・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。 ・毎食後、職員により口腔ケアを実施します。 ・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・言語聴覚士)による利用者の評価をもとに適合した機能訓練を行い、心身の機能低下を防止するようつとめます。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、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、メドマー、マイクロウェーブ、エアロバイク、手指機能訓練器具、サンディング、ペグボード 高齢者向け筋力向上トレーニングマシン(3 種)
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、緊急時必要な場合に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)

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定める額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額
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	・教養娯楽費：100円

■利用料のご案内

□ 施設入所 / 一般棟・多床室 ※費用については、目安となります。各種加算については表内以外の加算も含まれて利用料の算出を行います。

基本単位	認知症ケア加算	在宅復帰療養支援機能加算Ⅱ	処遇改善金	各種加算(新規入所時・代表的な加算/単位)		居住費	特別室料	食事代(円)		教養娯楽費(円)	日額
要介護1	871	—	51	106	初期加算(Ⅰ)・夜勤職員配置加算・安全対策体制加算	700	—	1日あたり	1,949	100	4,320
要介護2	947			112	短期集中リハビリテーション加算(or認知症短期集中)						4,406
要介護3	1,014			117	口腔衛生管理加算(Ⅱ)						4,481
要介護4	1,072			122	排せつ支援加算(Ⅰ)・栄養マネジメント強化加算						4,547
要介護5	1,125			125	加算小計						4,605

□ 施設入所 / 認知症専門棟・多床室 ※費用については、目安となります。各種加算については表内以外の加算も含まれて利用料の算出を行います。

基本単位	認知症ケア加算	在宅復帰療養支援機能加算Ⅱ	処遇改善金	各種加算(新規入所時・代表的な加算/単位)		居住費	特別室料	食事代(円)		教養娯楽費(円)	日額
要介護1	871	78	51	112	初期加算(Ⅰ)・夜勤職員配置加算・安全対策体制加算	700	—	1日あたり	1,949	100	4,408
要介護2	947			118	短期集中リハビリテーション加算(or認知症短期集中)						4,494
要介護3	1,014			123	口腔衛生管理加算(Ⅱ)						4,569
要介護4	1,072			127	排せつ支援加算(Ⅰ)・栄養マネジメント強化加算						4,634
要介護5	1,125			131	加算小計						4,693

□ 施設入所 / 一般床・2人床 ※費用については、目安となります。各種加算については表内以外の加算も含まれて利用料の算出を行います。

基本単位	認知症ケア加算	在宅復帰療養支援機能加算Ⅱ	処遇改善金	各種加算(新規入所時・代表的な加算/単位)		居住費	特別室料	食事代(円)		教養娯楽費(円)	日額
要介護1	871	—	51	106	初期加算(Ⅰ)・夜勤職員配置加算・安全対策体制加算	700	550	1日あたり	1,949	100	4,870
要介護2	947			112	短期集中リハビリテーション加算(or認知症短期集中)						4,956
要介護3	1,014			117	口腔衛生管理加算(Ⅱ)						5,031
要介護4	1,072			122	排せつ支援加算(Ⅰ)・栄養マネジメント強化加算						5,097
要介護5	1,125			125	加算小計						5,155

□ 施設入所 / 一般床・従来型個室 ※費用については、目安となります。各種加算については表内以外の加算も含まれて利用料の算出を行います。

基本単位	認知症ケア加算	在宅復帰療養支援機能加算Ⅱ	処遇改善金	各種加算(新規入所時・代表的な加算/単位)		居住費	特別室料	食事代(円)		教養娯楽費(円)	日額
要介護1	788	—	51	100	初期加算(Ⅰ)・夜勤職員配置加算・安全対策体制加算	2,000	1,100	1日あたり	1,949	100	6,627
要介護2	863			106	短期集中リハビリテーション加算(or認知症短期集中)						6,712
要介護3	928			111	口腔衛生管理加算(Ⅱ)						6,785
要介護4	985			115	排せつ支援加算(Ⅰ)・栄養マネジメント強化加算						6,849
要介護5	1,040			119	加算小計						6,910

改定:2024.6.1

■各種加算等のご案内【超強化型／級地】		(単位)
●在宅復帰・在宅復帰療養支援機能加算Ⅱ	51	
○サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	
○安全対策体制加算 ※入所中1回のみ	20	
○高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) ※1月につき	10	
○高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) ※1月につき	5	
○新興感染症等施設療養費(※1月に1回5日を限度)	240	
○生産性向上推進体制5加算(Ⅰ) ※1月につき	100	
○生産性向上推進体制5加算(Ⅱ) ※1月につき	10	
○協力医療機関連係加算(Ⅰ) ※R6年度まで	100	
○協力医療機関連係加算(Ⅰ) ※R7年度	50	
○協力医療機関連係加算(Ⅱ) ※R7年度	5	
○認知症ケア加算 (認知症専門棟のみ)	76	
○認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	
○認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	
○認知症チームケア推進加算(Ⅰ)／月		3
○認知症チームケア推進加算(Ⅱ)／月		4
○認知症行動・心理症状緊急対応加算 ※対象者のみ		200
○地域区分ごとの上乗せ割合【5級地】 入所・SS	基本サービス料×10.45(円)	
○介護職員等ベースアップ等支度加算※R6.5.31まで	所定単位×8/1000	
○介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ※R6.5.31まで	所定単位×39／1000	
○介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)※R6.5.31まで	所定単位×21／1000	
○介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)※R6.6月から	所定単位×75/1000	
○初期加算(Ⅰ)		60
○初期加算(Ⅱ)		30
○自立支援推進加算 ※1月につき		300
○科科学的介護推進体制加算(Ⅰ) ※1月につき		40
○科科学的介護推進体制加算(Ⅱ) ※1月につき		60
○短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)／回 ※3月以内		258
○短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)／回 ※3月以内		200
○認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240
○認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		120
○リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ) ※1月につき		53
○リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) ※1月につき		33
○栄養マネジメント強化加算／日		11
○療養食加算(1食) ※対象者のみ		6
○経口移行加算／180日以内		28
○経口維持加算 ※対象者のみ	経口維持加算(Ⅰ) 1月につき	400
	経口維持加算(Ⅱ) 1月につき	100
○口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算(Ⅰ) 1月につき	90
	口腔衛生管理加算(Ⅱ) 1月につき	110

○緊急時治療管理		518
○所定疾患施設療養費	所定疾患施設療養費(Ⅰ) 1回/月・7日限度	239
	所定疾患施設療養費(Ⅱ) 1回/月・10日限度	480
○かかりつけ医連携薬剤調整加算(退所時)	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	140
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	70
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	240
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	100
○褥瘡マネジメント加算	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3
	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13
○入所前後訪問指導加算	入所前後訪問指導加算Ⅰ	450
	入所前後訪問指導加算Ⅱ	480
○試行的退所時指導加算		400
○退所時情報提供加算(Ⅰ) ※居宅へ退所された場合		500
○退所時情報提供加算(Ⅱ) ※医療機関へ退所された場合		250
○退所時栄養情報連係加算		70
○入退所前連係加算(Ⅰ)		600
○入退所前連係加算(Ⅱ)		400
○訪問看護指示加算／回		300
○外泊時費用		362
○外泊時費用(在宅サービスを利用する場合) ※対象者のみ		800
○栄養マネジメント強化加算		11
○ターミナルケア加算 ※対象者のみ	ターミナルケア加算 (死亡日)	1,900
	ターミナルケア加算 (2～3日)	910
	ターミナルケア加算 (4～30日)	160
	ターミナルケア加算 (31～45日)	72
○排せつ支援加算	排せつ支援加算(Ⅰ)	10
	排せつ支援加算(Ⅱ)	15
	排せつ支援加算(Ⅲ)	20
	排せつ支援加算(Ⅳ)	100

(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（認知症専門棟 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)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する。

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いたします。

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

12. サービスについての相談窓口、及び苦情申し立て先

相談窓口	○窓口担当 近藤・佐藤・加藤
	○ご利用時間 月曜～土曜、午前 9 時～午後 5 時（日曜・祝祭日、年末年始は休み）
	○ご利用方法 電 話 0566－81-1110 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 1F 南側エレベーター前に設置…「意見箱」
	○行政窓口
	知立市介護保険課 0566-50122
	刈谷市介護保険課 0566-62-1013
	安城市介護保険課 0566-71-2257
	国民健康保険連合会 052-971-4165

13. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 秋田病院
院長名	加藤 孝之
所在地	愛知県知立市宝 2 丁目 6 番地12
電話番号	(0566)81-2763
診療科	整形外科 / 外科 / 脳神経外科 / リハビリテーション科 / 内科 / 小児科 / 胃腸科 / 放射線科 等
入院設備	150 床
救急指定の有無	有
契約の概要	協力病院

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	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 等
入院設備	704 床
救急指定の有無	有
契約の概要	協力病院

14. 協力歯科医療機関

名称	竹内歯科医院
院長名	南川 友紀
所在地	知立市八橋町の場129
電話番号	(0566)81-0773

15. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「知立老人保健施設 消防計画」に則り対応を行います。
平常時の訓練 等防災設備	別途定める「知立老人保健施設 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:平成16年3月29日 防 火 管 理 者:太田 雄士

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下さい。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職員に申し出て下さい。
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下さい。
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下さい。
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。
そ の 他	反社会的行為によって他の利用者の迷惑にならないようにして下さい。 気分が悪くなったときは速やかに申し出て下さい。

令和 6 年 2 月 1 日:料金表変更
令和 6 年 4 月 1 日:介護保険改定

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。

_____年_____月_____日

利 用 者 住所_____

氏名_____印

利用者の家族 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