

愛知県知事指定 介護老人保健施設 高須ケアガーデン

重要事項説明（入所）

1. 当施設は、愛知県知事指定介護老人保健施設です。

名称	介護老人保健施設 高須ケアガーデン
住所	愛知県西尾市一色町赤羽上郷中120番地
指定番号	2355980000
管理者	笠井保志

2. 介護老人保健施設の目的及び運営方針

- ①当施設では、利用者の有する能力に応じて自立した日常生活が営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要な医療並びに日常生活上の世話をを行い、自宅での生活に復帰できるように目指します。
- ②当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等の緊急やむを得ない場合以外は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。
- ③当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において総合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- ④当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- ⑤サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について理解しやすいように指導又は説明を行うとともに、利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- ⑥健康相談、介護相談については、いつでも相談に応ずるよう努めます。

3. 施設職員の職種、員数

当施設の従業者の職種、員数は次のとおりです。

- ①医師 1人以上
- ②看護職員 7人以上（常勤換算）
- ③介護職員 16人以上（常勤換算）
- ④薬剤師 1人以上
- ⑤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 0.7人以上（常勤換算）
- ⑥歯科衛生士 1人以上
- ⑦栄養士
管理栄養士 1人以上
- ⑧支援相談員 1人以上
- ⑨介護支援専門員 1人以上
- ⑩事務職員・技能労務員 1人以上

4. 従業者の職務内容

- ①管理者は、介護老人保健施設に携わる重傷者の管理、指導を行う。
- ②医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
- ③看護職員は、医師の指示に基づき、投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の施設サービス計画に基づく看護を行います。
- ④介護職員は、利用者の施設サービス計画に基づく介護を行います。
- ⑤薬剤師は、医師の指示に基づき調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に対して服薬指導を行います。
- ⑥理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、リハビリテーション・プログラムを作成するとともに、機能訓練の実施に際して指導を行います。
- ⑦歯科衛生士は、歯科疾患予防・口腔衛生向上のための処置及び指導を行います。
- ⑧栄養士は、献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等の利用者の食事管理を行います。
- ⑨支援相談員は、利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーションの計画、指導を行い、市町村との連携をはかるほか、ボランティアの指導を行います。
- ⑩介護支援専門員は、利用者の施設サービス計画の原案をたてるとともに、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行います。
- ⑪事務職員は、事務の処理を行います。
- ⑫技能労務員は、施設の点検整備及び環境整備を行います。

5. サービスの内容

①ケアサービス

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家庭に帰っていただける状態にな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、ご本人・扶養者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くようになります。

〈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・看護師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。

〈介護〉

施設サービス計画に基づいて実施します。

〈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。

②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。

〈療養室〉

個室、2人部屋、4人部屋

〈食 事〉

朝食： 7時30分～ 8時30分

昼食： 11時30分～12時30分

夕食： 18時00分～19時00分

〈入 浴〉

週に最低2回。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。

〈理美容〉

月1回、理美容サービスを実施します。

6. 入所者の定員

当施設の定員は67人です。定員を超えて入所をお受けすることはできませんのでご了承下さい。

また、短期入所療養介護（ショート・ステイ）も希望があればお受けしております。お気軽にご相談ください。

7. 利用料金

①保険給付の自己負担額を、以下のとおりお支払いいただきます。

【従来型個室利用の方】

要介護1 809円（1日）

要介護2 886円（＃）

要介護3 953円（＃）

要介護4 1,012円（＃）

要介護5 1,068円（＃）

※2割負担の方

要介護1 1,619円（1日）

要介護2 1,773円（＃）

要介護3 1,906円（＃）

要介護4 2,023円（＃）

要介護5 2,136円（＃）

※3割負担の方

要介護1 2,428円（1日）

要介護2 2,659円（＃）

要介護3 2,859円（＃）

要介護4 3,035円（＃）

要介護5 3,204円（＃）

【多床室利用の方】

要介護1 895円（1日）

要介護2 973円（＃）

要介護3 1,041円（＃）

要介護4 1, 101円(＃)

要介護5 1, 155円(＃)

※2割負担の方

要介護1 1, 789円(1日)

要介護2 1, 945円(＃)

要介護3 2, 083円(＃)

要介護4 2, 202円(＃)

要介護5 2, 311円(＃)

※3割負担の方

要介護1 2, 684円(1日)

要介護2 2, 918円(＃)

要介護3 3, 124円(＃)

要介護4 3, 303円(＃)

要介護5 3, 466円(＃)

上記の基本料金に、下記が加算されます。

(1単位あたり10,277円で計算されます。自己負担額は1割～3割です)

サービス提供体制強化加算 18単位
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ 46単位
夜勤職員配置加算 24単位
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ 10単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ 5単位/月
協力医療機関連携加算1 50単位/月
介護職員処遇改善加算 ×1.075倍

※西尾市は地域区分6級地に該当するため、介護報酬1単位の単価が10,277円で計算されます。

※自己負担額は概算額です。加算等により増減しますのでご了承ください。

利用者の身体状況やご希望に応じてかかる主な費用として、下記のものがあります。

項 目	1割負担	2割負担	3割負担
療養食加算(1食)	6円	12円	18円
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	265円	530円	795円
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	205円	411円	616円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	246円	493円	739円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	123円	246円	370円
初期加算Ⅰ	62円	123円	185円
初期加算Ⅱ	31円	62円	92円
経口移行加算	29円	58円	86円
経口維持加算Ⅰ	411円	822円	1,232円
経口維持加算Ⅱ	103円	205円	308円
口腔衛生管理加算Ⅰ	92円	185円	277円
口腔衛生管理加算Ⅱ	113円	226円	339円
排せつ支援加算Ⅰ	10円	21円	31円

排せつ支援加算Ⅱ	15円	31円	46円
排せつ支援加算Ⅲ	21円	41円	62円
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	34円	68円	102円
自立支援促進加算	308円	616円	924円
安全対策体制加算	21円	41円	62円
入所前後訪問指導加算Ⅰ	462円	924円	1,386円
入所前後訪問指導加算Ⅱ	493円	986円	1,479円
入退所前連携加算Ⅰ	616円	945円	1,849円
入退所前連携加算Ⅱ	411円	1,232円	1,232円
退所時情報提供加算Ⅰ	514円	822円	1,541円
退所時情報提供加算Ⅱ	257円	514円	770円
退所前連携加算	514円	1,027円	1,541円
老人訪問看護指示加算	308円	616円	924円
認知症情報提供加算	359円	719円	1,078円
地域連携診療計画情報提供加算	308円	616円	924円
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3円	6円	9円
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13円	27円	40円
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰ	103円	205円	308円
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ	246円	493円	739円
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ	103円	205円	308円
科学的介護推進体制加算Ⅰ	41円	82円	123円
科学的介護推進体制加算Ⅱ	62円	123円	185円
ターミナルケア加算 死亡日以前31日以上45日以下	74円	148円	222円
ターミナルケア加算 死亡日以前4日以上30日以下	164円	328円	493円
ターミナルケア加算 死亡日以前2日又は3日	935円	1,869円	2,804円
ターミナルケア加算 死亡日	1,951円	3,903円	5,854円
退院時栄養情報連携加算	72円	144円	216円

※自己負担額は概算額です。加算等により増減しますのでご了承ください。

②食費 1日当たり 2,180円

(朝食600円、昼食・おやつ830円、夕食750円)

③居住費 ・従来型個室 1日当たり 1,640円
・多床室(相部屋) 1日当たり 450円

④日用品費 150円(1日)
教養娯楽費 100円(1日)
委託洗濯代 2kgまで 660円
理美容料金 実費
エンゼルケア 11,000円

⑤支払方法

締切日(毎月末日)から翌月10日(日曜日の場合は翌日)に請求書を発行しますので、請求書をお受取になった日から10日以内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いたします。

お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。入所契約時にお選びください。

8. 施設の利用に当たっての留意事項

- ①面会は午前8時30分から午後7時まで（日曜・祝日は午後5時30分まで）とします。
- ②消灯時間は、午後9時です。
- ③外出、外泊しようとするときは、所定の手続きをとって施設長に届出てください。
- ④飲酒は禁止します。喫煙は指定された場所をお願いします。
- ⑤火気の取扱は禁止します。
- ⑥共有の設備、備品は他の迷惑とならないよう大切に利用してください。
- ⑦所持品、備品等の持ちこみは施設内で規定されたもの以外は禁止します。
- ⑧金銭、貴重品の持ちこみは最小限とし、自己の責任で管理していただきます。
- ⑨宗教活動は禁止します。
- ⑩ペットの持ちこみは禁止します。
- ⑪利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。
- ⑫他の利用者の迷惑となる行為は禁止します。
- ⑬職員に金品を与えたり、金品に関する頼み事をするを禁止します。

9. 非常災害対策

- ①当施設の防災設備として、スプリンクラー、消火器、消火栓、非常通報装置、避難階段等を備えています。
- ②防火管理者は事務長とし、各部署に火元管理者を選任します。
- ③防災訓練を年2回以上実施します。職員の防災教育を、雇入れ時と、年1回以上行います。

10. 利用の解除、終了

〈利用者からの解除〉

利用者及び扶養者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより入所利用を解除、終了することができます。

〈当施設からの解除〉

当施設は、次に掲げる場合には入所利用を解除、終了することができます。

- ①利用者が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合。
- ②当施設において定期的実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活ができると判断された場合。
- ③利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超えると判断された場合。
- ④利用者及び扶養者が、利用料金を1ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合。
- ⑤利用者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。
- ⑥天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。

11. 緊急時の対応

- ①当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又

は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

- ②利用者が、当施設での介護保健医療サービスでの対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、他の医療機関を紹介します。
- ③入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、利用者及び扶養者が指定する連絡先へ緊急に連絡します。

12. 相談窓口

利用者、扶養者は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情について、支援相談員へ申し出ることができます。

担当：川上 TEL 0563-72-1985

受付時間 月～金 8:00～17:00

【その他の相談窓口】

西尾市役所 健康福祉部 長寿課 0563-65-2119

安城市役所 保健福祉部 介護保険課 介護審査係 0566-71-2257

碧南市役所 健康推進部 高齢介護課 介護係 0566-41-3311

岡崎市役所 福祉部 長寿課 介護サービス室介護給付班 0564-23-6682

蒲郡市役所 市民福祉部 長寿課 介護保険係 0533-66-1176

愛知県国保連合会 介護保険課内 苦情相談室

052-971-4165

[]

13. サービス提供の記録

- ①当施設では、施設サービスの提供日、施設サービスの内容、利用者によって支払を受ける施設サービスの額、その他必要な事項を記録し、これを5年間保存します。
- ②利用者からの申し出があった場合には、上記のサービス提供の記録を文書の交付、その他適切な方法によりその情報を提供します。

14. 個人情報の利用

当施設で得た個人情報は、下記の目的に限って使用します。

- ①医療、看護、介護サービスの提供
- ②介護給付費の請求事務
- ③運営管理のうち、利用開始・終了等の管理、会計・経理、事故等の報告、医療・看護・介護サービスの向上にかかる業務、業務改善・サービス維持のための基礎資料
- ④施設内で行う検討等
- ⑤施設案内等の送付
- ⑥医療法人社団福祉会内部での情報共有
- ⑦審査支払機関への診療報酬明細書等の提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑧他の保健医療関連業種との連携
- ⑨家族等への利用者の状況説明
- ⑩賠償責任保険などに係る専門団体、保険会社等への相談、届出

なお、生命の危機等重大な危険が迫っている場合等はこの限りではありません。また、利用目的が変更される場合には、事前に変更事由を説明し、同意を得た上で利用変更します。

15. 賠償責任

- ①介護保健施設サービスの提供に伴って、当施設の責に帰すべき事由によって利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。
- ②利用者の責に帰すべき事由によって当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は連帯して当施設に対してその損害を賠償するものとします。

16. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

17. 虐待の防止について

当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止に関する担当者を選定しています。
担当者：岩崎明美
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

18. 業務継続計画の策定について

- ①感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するため、及び早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ②従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

19. ハラスメント対策について

当施設は、職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント防止に向けて取り組みます。

- ①施設内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

(2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該事業所の職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

- ②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。
- ③従業員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

20. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

(令和7年10月1日現在)

令和 年 月 日

施設サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

西尾市一色町赤羽上郷中120番地
介護老人保健施設 高須ケアガーデン

説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面により事業者から施設サービスについて、重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄) _____

(代書した理由) _____