

「指定介護医療院」重要事項説明書

当院は介護保険の指定を受けています。
(愛知県指定：第 23B7300014)

当施設は、ご契約者に対して指定介護医療院サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 真清会
- (2) 法人所在地 愛知県清須市土器野 267 番地
- (3) 電話番号 052-400-2711
- (4) 代表者 理事長 恒川 武久
- (5) 設立年月日 昭和 46 年 4 月 1 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護医療院：令和 2 年 4 月 1 日指定
愛知県第 23B7300014
- (2) 施設の目的 介護保険法令に従い、長期にわたり療養が必要なご契約者（ご利用者）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および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話をを行うことにより、ご契約者（ご利用者）の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、要介護状態にあるご契約者（ご利用者）に対し、適正な介護医療院サービスを提供することを目的とする。
- (3) 施設名称 新川病院介護医療院
- (4) 施設の所在地 愛知県清須市土器野 237 番地
- (5) 電話番号 052-400-2711
- (6) 施設長名 恒川 武久
- (7) 施設の運営方針 ①ご契約者（ご利用者）の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活上の世話および機能訓練の援助を行う。
②ご契約者（ご利用者）の意志および人格を尊重し、常にご契約者（ご利用者）の立場に立って介護医療院サービスの提供に努める。

③家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、介護保険者、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービスを提供する事業者との密接な連携に努める。

(8) 開設年月日 令和 2 年 4 月 1 日

(9) 入所定員 100 人

3.施設の概要

(1) 建物の構造 S 造 3 階建

(2) 建物の延べ床面積 3616.138 m²

4.居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しております。入居される居室は、原則としてご契約者（ご利用者）の身体状況・精神状況等を配慮し、当施設で選定させていただきます。

（短期入所生活介護と併設）

居室・設備の種類	部 屋 数	備 考
個室（1 人部屋）	2 4 室	
2 人部屋	2 室	
4 人部屋	1 8 室	
合 計	4 4 室	
食 堂	3 室	2 階・3 階談話室と兼用
機能訓練室	1 室	1 階
浴 室	1 室 2 槽	3 階
談話室	2 室	2 階・3 階食堂と兼用

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護医療院に設置が義務づけられている施設・設備です。

※犯罪の予防及び事故の防止を目的として、各階廊下に防犯カメラを設置しております。

画像データは目的以外の利用及び第三者への提供は致しません。

*居室の変更：ご契約者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、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

5.職員の配置状況

[配置職員の職種]

- ・医師：ご契約者に対して健康管理および療養上の指導を行います。
- ・薬剤師：調剤および服薬指導を行います。
- ・看護師：主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護介助等も行います。
- ・介護職員：ご契約者の日常生活上の介護ならびに健康保持のための相談・助言等を行います。

- ・介護支援専門員：ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
- ・機能訓練員：ご契約者の機能訓練を担当します。

[主な職員の配置状況] ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	必 要 員 数
管理者	1名
医 師	3以上（常勤換算）
薬剤師	0.7以上（常勤換算）
栄養士（管理栄養士）	1名以上
介護支援専門員	1名以上（常勤職員）
看護職員	16.7以上（常勤換算）
介護職員	25以上（常勤換算）
機能訓練指導員	1名以上
調理員	1名以上
事務職員	2名以上

6.当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスのうち、利用料金が介護保険から給付されるものと、全額をご負担いただくものがあります。

なお、通常9割から7割が介護保険から給付され、利用者負担額は介護保険負担割合証自己負担の割合となります。

※介護保険適用時の1日あたりの自己負担金額

基本施設サービス費（1日あたり）			
サービス項目	個 室	多床室（3人室・4人室）	初 期 加 算
要介護度 I	721単位	833単位	30単位
要介護度 II	832単位	943単位	30単位
要介護度 III	1,070単位	1,182単位	30単位
要介護度 IV	1,172単位	1,283単位	30単位
要介護度 V	1,263単位	1,375単位	30単位
上記以外の給付費	各加算単位数の負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合		
特定診療費	各特定療養単位数の負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合		

※ 給付費単位（6級地）・・・1単位の単価/10.27円

（詳細/別紙I参照）

【サービスの概要】

- *健康管理：医師や看護職員が、健康管理を行います。
- *栄養管理：当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体
の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- *入浴：入浴または清拭を週2回行います。
寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- *排泄：排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- *機能訓練：機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機
能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。
- *その他自立への支援：寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
清潔で快適な生活が送れるよう、口腔ケアおよび適切な整容が行われるよう援
助します。

【介護保険の給付対象とならないサービス】

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 居住費・食事自己負担金額

居室区分	金額（利用日数）		介護保険負担限度額認定証をお持ちの方
	居住費	食費	
個室	1,900 円/日	1,950 円/日	介護保険負担限度額認定証に記載された金額
多床室	600 円/日	1,950 円/日	

- * ご契約者の希望による特別な室料、日常生活の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で
ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。（別紙Ⅰ）
おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。
- * 上記に定める利用料のほか、厚生労働省が定める基準に基づき、介護医療院サービス利用料は別
紙Ⅰに掲げる利用料とする。
- * 前項に定める利用料については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相
当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更
を行う1ヶ月前までにご説明します。

7.利用料金のお支払い方法

前記6項の料金・費用は、毎月1回（月末）に計算しご請求します。

会計窓口でのお支払い方法については、翌月20日までにお支払い下さい。（請求書はご契約者のお手
元にはお渡ししておりません。請求金額のご確認は、電話等でお問い合わせ下さい。）

また、振り込み・自動引き落としをご希望のご契約者は、入院時に受付窓口にてご相談下さい。

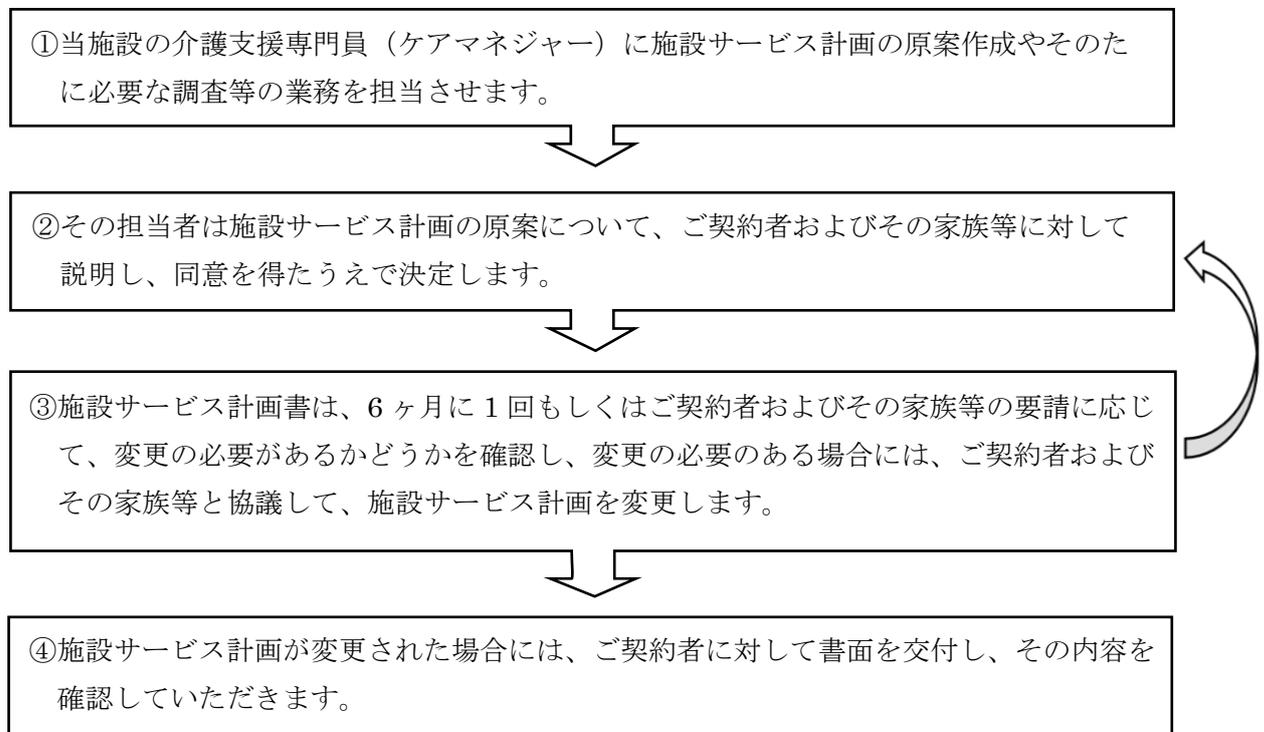
8.協力医療機関

医療機関の名称	名鉄病院
所在地	〒451-8511 名古屋市西区栄生 2-26-11 ☎ 052-551-6121
診療科	総合内科・腎臓内科・脳神経内科・循環器内科・呼吸器内科・消化器内科 血液内科・リウマチ膠原病内科・内分泌代謝内科・外科・整形外科・婦人科 脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・眼科

8.契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成およびその変更は次の通り行います。



9.サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

<p>①ご契約者の生命、身体の安全確保に配慮します。</p> <p>②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取確認します。</p> <p>③ご契約者が受けている要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。</p> <p>④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、その完結の日から5年間保管します。</p> <p>また、サービス提供に関する記録の閲覧・謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。</p>
--

但し、ご契約者家族またはその他の者（ご契約者の代理人を含む）に対しては、ご契約者の承諾がある場合またはその他必要と認められる場合に限り応じます。

- ⑤事業者およびサービス事業者または従業員は、サービスを提供するうえで知り得た契約者またはその家族等に関する事項を正当な理由がなく第三者に漏洩しません。その守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の医療情報等を提供します。また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめご契約者の同意を得ます。

10.施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり貴重品・日常生活必需品以外の私物・食料品等の持ち込みは原則持ち込むことができません。

(2) 面会

面会時間 9:00 ~ 20:00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出て下さい。

(3) 外出・外出

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

(4) 施設・設備の使用上の注意

○居室および共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復して頂くか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施および安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。

(5) 喫煙

○施設内は禁煙となっております。

11.施設を退所していただく場合（契約の終了について）

下記のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

- ①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立または要支援 1・2 と判定された場合
- ②事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑤ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの退所の申し出（途中解約・契約解除）

以下の場合には、契約を解除し施設を退所することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が医療機関に入院された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護医療院サービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の場合には、契約を解除し施設を退所していただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその身体の状態および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 2 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 残置物引取人について

退所時、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて「残置物引取人」を身元引受人にお願いしております。また、引き渡しにかかる費用については、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。

12.苦情の受付について

(1) 苦情解決の体制および手順

苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ面接を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。

相談担当者は、把握した状況を管理者と共に検討を行い、以下の対応を決定します。

対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要するものであってもその旨を翌日までに連絡します。)

(2) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者

職名：看護部長 横井 サチ子

○苦情解決責任者

職名：施設長 恒川 武久

○受付時間： 毎週月曜日～土曜日（祭日・12月31日～1月3日を除く）

午前9時から午後5時まで

(3) 行政機関その他苦情受付期間

市町村窓口	連絡先・住所
清須市役所高齢福祉課	〒452-8569 清須市須ヶ口1238番地 ☎052-400-2911
名古屋市役所介護保険課	〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 ☎052-972-1111
あま市役所高齢福祉課	〒409-1292 あま市甚目寺二半田76番地 ☎052-444-3141
北名古屋市役所高齢福祉課	〒481-8531 北名古屋市西之保清水田15番地 ☎0568-22-1111
稲沢市役所高齢福祉課	〒492-8269 稲沢市稲府町1番地 ☎0587-32-1286
大治町役場福祉医療係	〒490-1192 海部郡大治町馬島字大門西1-1 ☎052-444-2711
津島市役所高齢福祉課	〒496-8686 津島市立込町2丁目21番地 ☎0567-24-1111
小牧市役所介護保険課	〒485-8650 小牧市堀の内3丁目1番地 ☎0568-76-1153
岩倉市役所長寿介護課	〒482-8686 岩倉市栄町1丁目66番地 ☎0587-38-5811
愛知県国保連合会	〒461-8532 名古屋市東区泉1丁目6番5号 ☎052-962-1307
愛知県高齢福祉課	〒460-8501 名古屋市中区三の丸3丁目1番2号 ☎052-954-6287

※上記以外の市町村介護保険担当窓口

行政機関名： _____ TEL _____ - _____ - _____

行政期間住所： 〒 _____

13.高齢者虐待防止について

当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

(2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

(3) 従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

14.身体拘束について

ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

但し、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

15.損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意または過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償の額を減じる場合があります。

16.事故発生時の対応について

利用者に対しサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに保険者・利用者の家族に連絡を行い必要な措置を講じます。

17.非常災害について

非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難救出、夜間想定を含めその他必要な訓練を行います。

令和 年 月 日

指定介護医療院施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

新川病院介護医療院

説明者職名： _____ 氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護医療院サービスの提供開始に同意しました。

なお、本書を利用者および事業者の双方が記名押印の上それぞれ1通ずつ保管します。

利用者住所： _____

氏 名 _____

身元引受人住所： _____

氏 名 _____ (契約者との続柄： _____)

※この重要事項説明書は、指定介護医療院の人員・設備および運営に関する基準に基づき、入所申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

本説明書は、令和6年4月1日から施行する。

緊急時の連絡先

① 連絡先（身元引受人兼支払履行者）

氏名	
住所	〒
電話番号	
続柄	

② 連絡先

氏名	
住所	〒
電話番号	
続柄	

③ 連絡先

氏名	
住所	〒
電話番号	
続柄	

④ 連絡先

氏名	
住所	〒
電話番号	
続柄	