

介護老人保健施設重要事項説明書

< 2024年12月1日現在 >

1. 事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	一般財団法人 杏仁会
代 表 者 名	伊津野 良治
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本市中央区渡鹿5丁目1-37 (電話) 096-363-0101 (FAX) 096-363-3363

2. 事業所（ご利用施設）

施 設 の 名 称	介護老人保健施設 フォレスト熊本
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区渡鹿5丁目1-37 (電話) 096-363-0101 (FAX) 096-363-3363
事 業 所 番 号	4350180172
施設長の氏名	上妻 和夫

3. 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的・開設理念

私たちは高齢者が充実した人生を継続していただけるように全力を尽くします。

(2) 運営方針

- ①入所者がその有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るよう、施設サービス計画に基づいて、看護・医学的管理の下における介護、その他必要な医療並びに日常生活の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。
- ②入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保険施設サービスの提供に努めます。
- ③明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携により、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) その他

事 項	内 容
施設サービス計画の作成及び事後評価	担当の介護支援専門員及びスタッフが、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
職員研修	年12回、職員教育の研修を行っています。 学会研修（各種学会発表及び研修参加）

4. 施設の概要

(1) 構造等

敷 地		1, 9 8 3 m ²
建 物	構 造	鉄骨造5階建
	述 べ 床 面 積	6, 1 4 8. 1 m ²
	利 用 定 員	8 0 名

(2) 療養室

療養室の種類	室 数
一 人 部 屋	2 0
四 人 部 屋	1 5

(3) 主な設備

設 備	室 数
食 堂	2
機能訓練室	1
浴 室	3
診 察 室	1
談 話 室	4
レクリエーション・ルーム	2
洗 面 所	4 0
便 所	5

5. 施設の職員体制

従 業 者 の 職 種	人数
施 設 長	1 名
医 師	1 名
薬 剤 師	1 名
看 護 職 員	8 名以上
介 護 職 員	2 5 名以上
支援相談員	2. 4 名以上
理学療法士	1 名以上
作業療法士	1 名以上
言語聴覚士	1 名
管理栄養士	1 名
介護支援専門員	2 名
事務員等 その他の従業者	4 名

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	備考
施設長	正規の勤務時間帯（ 8：30～17：30）専任	
医師	正規の勤務時間帯（ 8：30～17：30）専任	
薬剤師	正規の勤務時間帯（ 8：30～17：30）兼任	
看護職員	日勤（ 8：30～17：30） 夜勤（17：00～ 9：00）	
介護職員	日勤（ 8：30～17：30） 夜勤（17：00～ 9：00）	
支援相談員	正規の勤務時間帯（ 8：30～17：30） 常勤で勤務	
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	正規の勤務時間帯（ 8：30～17：30） 常勤で勤務	

7. 施設サービスの内容と費用

（1）介護保険給付対象サービス

①サービス内容

種類	内 容
食 事	（食事時間） 朝食 8：00～ 9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00 栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。 利用者一人ひとりの健康、栄養状態を血液検査などによりチェック（低栄養状態になっていないか、嚥下機能（＝飲み込む力）はどうか、など）し、その健康、栄養状態に基づいて、個別の計画を作成します。 また、できる限り「自分の口で食べる」ことができるようにしていくとともに、糖尿病食などの療養食にも対応しています。
医療・看護	医師により、7日に1回定期診察を行います。それ以外でも必要がある場合にはいつでも診察を致します。 ただし、当施設では行えない処置（透析等）や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となる場合もあります。
リハビリテーション	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種が協同してリハビリテーション実施計画書を作成します。それを基に利用者の状況に適したリハビリテーションを行い、身体認知機能及び日常生活活動能力の維持回復に努めます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具・環境＞ 各種測定機具、血圧計、心理機能検査、各種歩行補助具、各種歩行器、各種日常生活活動訓練用器具、家事用設備、和室、一般浴槽、パワーリハビリテーション、自転車エルゴメーター、ニューステップ、屋外歩行ルート 運動療法器具(足関節矯正起立訓練板、壁面用肋木、プーリー各種マット訓練台、平行棒、姿勢矯正用鏡、歩行訓練用階段重錘バンド、バランスマット等) 物理療法機器（低周波、ホットパック、マイクロウェーブ、メドマー）

入浴	利用者に必要な回数（最低週に２回）の入浴または清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
アクティビティケア	利用者に嗜好調査等を行い、月間スケジュールのもと趣味活動を通して生きがい、役割づくりを図る目的で行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
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。 シーツ交換は必要に応じて（最低週１回）行います。
転倒について	別紙をご参照下さい。
感染症対策	感染症及び食中毒蔓延防止のための対策を立てる為に、毎月１回委員会を開催するとともに、職員に通知し定期的に研修会を行います。また、感染症及び食中毒が発生した場合には、厚生労働大臣が定める手順書に応じた規定を基に緊急に対応します。
相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。

②費用

介護保険の負担割合に応じた額が利用者負担となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、介護保険の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

○施設サービス費（１日につき）

※介護保険１割負担の場合	１人部屋	４人部屋
要介護１	７８８円	８７１円
要介護２	８６３円	９４７円
要介護３	９２８円	１，０１４円
要介護４	９８５円	１，０７２円
要介護５	１，０４０円	１，１２５円

○外泊時の費用

一時的に自宅等に外泊された場合は、要介護状態区分にかかわらず、１日につき３６２円（１割負担の場合）。ただし、１月につき７泊（６日分）を限度とします。月をまたがる場合は最大で連続１３泊（１２日分）を上限とします。

また外泊時に施設の在宅サービスを利用される場合、１月に６日を限度として１日につき８００円（１割負担の場合）。

○加算

種類		介護保険 1 割負担額の場合
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ（施設サービス費に加算）		51円／日
夜勤体制加算		24円／日
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）		258円／日
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）		200円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）		240円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）		120円／日
認知症ケア加算		76円／日
若年性認知症利用者受入加算		120円／日
ターミナルケア加算	死亡日	1,900円／日
	2～3日	910円／日
	4～30日	160円／日
	31～45日	72円／日
初期加算（Ⅰ）（入所後30日まで）		60円／日
初期加算（Ⅱ）（入所後30日まで）		30円／日
再入所時栄養連携加算（1回限度）		200円／回
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）		450円／回
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）		480円／回
退所時指導等加算	試行的退所時指導加算	400円／回
	退所時情報提供加算（Ⅰ）	500円／回
	退所時情報提供加算（Ⅱ）	250円／回
	入退所前連携加算（Ⅰ）	600円／回
	入退所前連携加算（Ⅱ）	400円／回
	訪問看護指示加算	300円／回
協力医療機関連携加算（1）（R6年度まで）		100円／月
協力医療機関連携加算（1）（R7年度から）		50円／月
協力医療機関連携加算（2）（R7年度から）		5円／月
栄養マネジメント強化加算		11円／日
経口移行加算		28円／日
経口維持加算	経口維持加算（Ⅰ）	400円／月
	経口維持加算（Ⅱ）	100円／月
口腔衛生管理加算（Ⅰ）		90円／月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）		110円／月

療養食加算	6 円／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ	1 4 0 円／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ	7 0 円／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	2 4 0 円／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	1 0 0 円／回
緊急時治療管理加算	5 1 8 円／日
所定疾患施設療養費（Ⅰ）（1 月に 1 回 7 日を限度）	2 3 9 円／日
所定疾患施設療養費（Ⅱ）（1 月に 1 回 1 0 日を限度）	4 8 0 円／日
認知症専門ケア加算Ⅰ	3 円／日
認知症専門ケア加算Ⅱ	4 円／日
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	1 5 0 円／月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	1 2 0 円／月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	2 0 0 円／日
認知症情報提供加算	3 5 0 円／回
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）	5 3 円／月
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）	3 3 円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	1 3 円／月
排せつ支援加算（Ⅰ）	1 0 円／月
排せつ支援加算（Ⅱ）	1 5 円／月
排せつ支援加算（Ⅲ）	2 0 円／月
自立支援推進加算	3 0 0 円／月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	4 0 円／月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	6 0 円／月
安全対策体制加算（入所中 1 回）	2 0 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	1 0 円／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 円／月
新興感染症等施設療養費（1 月に 1 回 5 日を限度）	2 4 0 円／日
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	1 0 0 円／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	1 0 円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 2 円／日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（R 6 年 5 月まで）	合計金額の 3.9 %
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）（R 6 年 5 月まで）	合計金額の 2.1 %
介護職員等ベースアップ等支援加算（R 6 年 5 月まで）	合計金額の 0.8 %
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（R 6 年 6 月から）	合計金額の 7.5 %

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

○居住費（1日につき）

保険料段階		1人部屋	4人部屋
第4段階以上の方		1,728円	500円
負担限度額	第3段階の方	市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は、認定証に記載された居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。	
	第2段階の方		
	第1段階の方		

※保険料段階第1段階～第3段階に該当する場合は「介護保険負担限度額認定証」が必要となりますので、住民票のある市区町村に申請が必要です。

○食費（1日につき）

保険料段階		金額
第4段階以上の方		2,200円
負担限度額	第3段階の方	市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は、認定証に記載された食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。
	第2段階の方	
	第1段階の方	

※保険料段階第1段階～第3段階に該当する場合は「介護保険負担限度額認定証」が必要となりますので、住民票のある市区町村に申請が必要です。

○施設利用料（1日につき）

種 類	内 容	利 用 料
日用消耗品費	おしぼり、タオル、石鹸、シャンプー、トiletペーパー、ペーパータオル等の日用品	250円
教育娯楽費	新聞、雑誌、デイルーム設置テレビ、通信型ヘルスケア支援機器レクリエーションに使用する備品等	200円
特別室料	ベット、大型テレビ、冷蔵庫、椅子、洗面台、シャワー・ルーム トイレ完備 20.59㎡	5,500円
個室料 (2階トイレ付き)	ベット、テレビ、冷蔵庫、椅子、洗面台 約13㎡	3,300円
個室料 (2階トイレなし)	ベット、テレビ、冷蔵庫、椅子、洗面台 13～15㎡	2,750円
個室料(3階)	約13㎡	2,200円
電話代	個室に設置してある電話を利用する場合	実費
各種サークル活動	材料費のかかるサークル活動に参加された場合	実費
理美容代	カット・ブロー、パーマ、毛染め	実費

8. 利用料等のお支払方法

毎月15日以降に前月分の請求明細書を発行いたします。支払い方法は、原則として銀行自動振替となっております。それ以外の方法をご希望される場合には1階受付までご相談下さい。なお、領収書は再発行いたしませんので、大切に保管してください。また、再発行の際には、手数料を頂きます。

9. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 石田 一成 利用時間 8:30～17:30 利用方法 電話（363-0101） 面接（当事業所1階相談室） 苦情箱（フォレスト熊本1階）
円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理手順	①苦情処理台帳を作成いたします。 ②苦情についての事実確認を行います。 ③苦情処理方法を記載し、管理者によって決議いたします。 ④処遇処理について関係者と連携、調整を行います。 ⑤苦情処理方法及び改善内容について利用者にご説明・確認を行います。 ⑥苦情処理は原則として一日以内に行います ⑦苦情処理についての成果等を台帳に記録し保管致します。
その他	①当事業所に対する利用者等からの苦情について、市町村または国民健康保険団体連合会が行う調査等に協力し、改善等の指示を受けた場合は速やかに改善します。 ②当事業所が行うサービスの提供により、利用者に賠償すべき事故が発生した時には、速やかに賠償します。 ③利用者苦情相談窓口 熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談係 〒862-0911 熊本市東区健軍1丁目18番7号 TEL:096-214-1101 FAX:096-214-1105

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「老人保健施設防災消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「老人保健施設防災消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	7箇所
	避難階段	2箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	あり	自動通報装置	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	熊本市中央消防署への届出日：平成10年2月25日 防火管理者：柳澤 明洋			

※災害、感染症等の発生に備え、利用者へのサービスの提供の継続、早期に再開する為の計画（BCP：業務継続計画）を策定し、必要な措置を講じます。建物の被災、職員の勤務状況により、サービスを休止または縮小することがあります。

1 1. 協力医療機関等

医療機関	病 院 名 所 在 地	江南病院 熊本市中央区渡鹿5丁目1-37
	電 話 番 号	096-375-1112
	診 療 科	内科・外科・整形外科・呼吸器科・循環器科 リハビリテーション科他
	入 院 設 備	あり（200床）
歯 科	病 院 名 所 在 地	伊東歯科口腔病院 熊本市中央区子飼本町3-14
	電 話 番 号	096-343-0377
	入 院 設 備	あり

1 2. 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9:00～20:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 ※事情により制限することがあります。
外出・外泊	外出先・外泊先、戻られる日時を職員に申し出てください。 (届出書を提出してください)
居室・設備・器具 の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従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、弁償していただく場合があります。
喫 煙	敷地内は禁煙です。
迷惑行為 ハラスメント等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください。 利用者及びご家族、職員への著しい迷惑行為、ハラスメント等は固くお断りします。 サービスの契約を解除いたします。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください (事務室にてお預かりする事もできます。) 全てに名前をご記入下さい。
宗教活動 政治活動	施設内での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。

1 3. 個人情報保護

当施設は、当施設が保有している当施設の利用者、その他関係者の個人情報について、個人情報保護に関する法令およびその他の規範を遵守します。また、当施設が取得する個人情報の利用目的を定め、特定された利用目的達成に必要な範囲を越えた個人情報の取扱いを行いません。

別記「個人情報の使用について」に同意をお願いします。

1 4. 身体拘束適正化に向けた取り組み

利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束廃止に向けた強い意志を持ち、拘束を安易に正当化することなく、拘束・虐待を行わないケアの実践に努めています。身体拘束適正化委員会の設置・開催、職員研修の開催、ガイドラインの作成を行い、必要時には適正な取り扱いを行います。

1 5. その他お願い

- 被爆者手帳をお持ちの方は、サービス利用の際にはご提示下さい。
- 介護保険証の更新時には、1 月前に通知のハガキがきますので、各自申請しその旨を申し出てください。なお、新しい介護保険証が届いた時には必ず提出下さい。
- 介護保険負担限度額の認定証をお持ちの方は、更新月に申請しその旨を申し出てください。なお、新しい介護保険負担限度額の認定証が届いた時は必ず提出してください。

以上

個人情報の使用について

フォレスト熊本でサービスを利用するにあたり、以下の内容で個人情報を使用することに同意します。

【個人情報の使用目的】

◆ 居室や食札等での名前の表示 ◆ サービス利用に関する会議やケアプランでの情報提供 ◆ 退所や緊急時に伴う情報提供
--

フォレスト熊本での行事・サークル活動時の写真使用について

私の肖像などを撮影した写真を使用することを

☐ 同意しません

☐ 以下の内容で同意します。
この同意により、本人または第三者からの異議申し立てはしません。

【肖像権の使用目的】

利用者本人	ご家族
☐ 施設内ホームページ・SNS ☐ 広報誌 ☐ 苑内の掲示	☐ 施設内ホームページ・SNS ☐ 広報誌 ☐ 苑内の掲示 ☐ 同意しません

※当施設で撮影したものは、提供致しません。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者乙
住 所 熊本市中央区渡鹿5丁目1番37号
事業者（法人）名 一般財団法人 杏仁会
事業所名 介護老人保健施設 フォレスト熊本
(事業所番号) 4350180172
代表者名 施設長 上妻 和夫

説明者
職 名 支援相談員
氏 名

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

年 月 日

利用者甲
住 所
氏 名

代理人（選任した場合）
住 所
氏 名

署名代行者
私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所
氏 名
続 柄
署名を代行した理由