社会医療法人財団新和会 介護老人保健施設ユニットさとまち
（介護保険施設入所）重要事項説明書

１．事業者

法人名	社会医療法人財団新和会
所在地	安城市住吉町２丁目２番７号
電話番号	０５６６－９７－８１１１
ＦＡＸ番号	０５６６－９８－６１９１
代表者	理事長　弥政 晋輔

２．事業所

事業所名	社会医療法人財団新和会　介護老人保健施設 ユニットさとまち
所在地	安城市里町畑下 62 番地
電話番号	０５６６－９６－３５１１
ＦＡＸ番号	０５６６－９６－３５２２
管理者	八田　誠
開設年月日	平成 30 年４月１日
指定事業所番号	２３５３１８００５８

３．事業の目的

要介護状態にある高齢者に対し、適正かつ高次な施設サービスを提供することを目的とします。

４．事業の運営方針

（１）要介護者の心身の特性を踏まえて、サービス計画に基づき、看護・医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上のケアを行うことにより、利用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できるようにし、在宅復帰することを目指します。

（２）利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った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、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

（４）非常災害対策を定め、地域の協力を得られるよう連携に務めた上、災害や感染症が発生した場合も必要な介護サービスが継続できる体制を構築します。

５．職員の種類、員数

施設には次の職員を配置します。

（１）管理者　　１名
（２）医　師　　１名以上
（３）薬剤師　　１名以上
（４）看護師　　２名以上（常勤換算）
（５）介護職員　　５名以上（常勤換算）
（６）介護支援専門員　１名以上
（７）支援相談員　　１名以上
（８）理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士　１名以上（常勤換算）
（９）管理栄養士　　１名以上
(10) 事務職員　　１名以上
(11) その他　　若干名

※なお、日中については、ユニットごとに常時 1 人以上の介護職員または看護職員を配置します。夜間及び深夜においては、2 ユニットに１人以上の介護職員または看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置します。また、2 ユニットに１名の常勤ユニットリーダーを配置します。

６．サービス内容

（１）医療

利用者に対し、必要に応じて医師による診断・治療を行います。また、入院治療が必要となった利用者は、八千代病院又は他の病院・診療所で入院・治療を受けていただきます。

（２）機能訓練

利用者に対する機能訓練は、医師、理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士の指導のもと、心身の改善又は維持に資するよう実施します。

（３）看護・介護

利用者に対する看護・介護は、その病状・心身の状態に応じて適切な実施のもと、ＱＯＬ向上に資するように行います。

（４）食事

利用者に対する食事は、心身の状態・病状及び嗜好を考慮し、栄養面を配慮した食品・調理方法で予め作成された献立に従って提供します。

（５）衛生管理

利用者の清潔を保つため、寝具又は被服は常に清潔保持に努め、入浴又は清拭は週２回以上行い、シーツ交換は週１回行います。

（６）健康管理

利用者の健康管理には常に注意し、必要に応じて利用者の健康保持のため適切な措置をとります。

（７）支援相談等

支援相談員は、関連部署及び関連機関と協業、協議し、利用者の在宅復帰に向けて種々の角度から支援します。

７．利用料金

介護保険施設サービスの利用料金は、介護報酬の告示上の額とし、それが法定代理受領サービスの場合は、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

※ 介護職員処遇改善加算：所定単位数に７.５％を乗じた単位数を加算
地　　域　　区　　分：６等級 介護報酬単位あたり１０．２７円にて計算

（１）介護保険施設サービス費（非課税）

	介護度	１割	２割	３割
ユニット型個室 自己負担額	要介護度１	806 円／日	1,611 円／日	2,416 円／日
	要介護度２	855 円／日	1,709 円／日	2,564 円／日
	要介護度３	919 円／日	1,837 円／日	2,755 円／日
	要介護度４	974 円／日	1,948 円／日	2,921 円／日
	要介護度５	1,024 円／日	2,048 円／日	3,072 円／日

（２）加算料金（非課税）

種　類	１割	２割	３割
初期加算（Ⅰ） 空床情報を定期的に地域医療機関へ共有している老健が、医療機関へ入院後 30 日以内に退院した利用者を受け入れる場合。 入所した日から起算して 30 日間	62 円／日	124 円／日	186 円／日
初期加算（Ⅱ） 入所した日から起算して 30 日間	31 円／日	62 円／日	93 円／日
期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 入所後 3 か月以内に医師指示の下でリハビリを集中的に行い、入所時と 1 か月ごとに ADL などの評価を行い、結果を提出し、必要に応じて計画を見直している場合。	265 円／日	530 円／日	795 円／日
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 医師等が入所日から起算して３月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っている場合。	206 円／日	412 円／日	618 円／日
認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ） リハビリ専門スタッフを適切に配置し、退所後の生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成している場合。 入所後 3 か月以内　1 週に 3 日を限度とする	246 円／日	492 円／日	738 円／日
認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ） リハビリ専門スタッフを適切に配置し、利用者とリハビリ職員との割合も適切である場合。 入所後 3 か月以内　1 週に 3 日を限度とする	123 円／日	246 円／日	369 円／日

種　類	１割	２割	３割
認知症ケア加算 日常生活自立度がランクⅢ、ⅣまたはＭに該当し、認知棟において適した処遇を受けることが適当であると医師が判断した場合。	78 円／日	156 円／日	234 円／日
若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症利用者ごとに個別の担当を定め、当該利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供している場合。 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定の場合は不可	123 円／日	246 円／日	369 円／日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） 厚生労働省の定める在宅復帰・在宅療養支援等指標において 40 ポイント以上を維持し、且つ、地域に貢献する活動を行っている場合。	52 円／日	104 円／日	156 円／日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） 厚生労働省の定める在宅復帰・在宅療養支援等指標において 70 ポイント以上を維持し、且つ、地域に貢献する活動を行っている場合。	52 円／日	104 円／日	156 円／日
ターミナルケア加算 医学的知見に基づき回復の見込みが無いと診断を受けた者、及びその家族が、ターミナルケア計画について医師等による共同での説明を受け、同意を得た上で、本人の意志を尊重したターミナルケアに努めた場合。			
ターミナルケア加算（死亡日）	1,952 円／日	3,904 円／日	5,856 円／日
ターミナルケア加算（２～３日）	934 円／日	1,868 円／日	2,802 円／日
ターミナルケア加算（４～３０日）	165 円／日	330 円／日	495 円／日
ターミナルケア加算（３１～４５日）	74 円／日	148 円／日	222 円／日
退所時栄養情報連携加算 医師が特別食を必要とする状態であると判断し、治療目的の栄養食を提供、管理栄養士が退所先医療機関等に利用者の栄養情報を提供する場合。 ※　１月に１回を限度とする	71 円／回	142 円／回	213 円／回
再入所時栄養連携加算 医師の食事箋に基づいて提供される特定の栄養食を提供した場合。	206 円／回	412 円／回	618 円／回
入所前後訪問指導加算 入所期間が１ヶ月を超えると見込まれる利用者に対して入所予定日前 30 日以内又は入所後 7 日以内に退所後生活する居宅を訪問し、施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合。（１回を限度として算定） （Ⅰ）退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合。	462 円／回	924 円／回	1,386 円／回

種　類	１割	２割	３割
（Ⅱ）退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合。	493 円／回	986 円／回	1,479 円／回
試行的退所時指導加算 退所が見込まれる入所期間が１ヶ月を超える利用者を、その居宅に試行的に退所させる場合において利用者・家族に対して退所後の療養上の指導を行った場合。	411 円／回	822 円／回	1,233 円／回
退所時情報提供加算（Ⅰ） 利用者が居宅に退所する際、退所後の主治医に利用者の同意を得て診療情報や生活歴などを提供する場合。 ※　１人につき１回を限度	514 円／回	1,028 円／回	1,542 円／回
退所時情報提供加算（Ⅱ） 医療機関への退所時、利用者の同意を得て心身の状況や生活歴などの情報を提供する場合。 ※　１人につき１回を限度	257 円／回	514 円／回	771 円／回
入退所前連携加算（Ⅰ） 入所予定日前 30 日以内又は入所後 30 日以内に、利用者の同意を得て、希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後居宅サービスの利用方針を定めた場合。また、入所期間が１ヶ月を超える利用者が、退所後居宅サービスを利用する場合において、退所に先立って利用者の同意を得て、利用者が利用を希望する指定居宅介護支援事業所に診療状況を示す文書、その他必要な情報を添えて連携してサービス利用に関する調整を行った場合。	617 円／回	1,234 円／回	1,851 円／回
入退所前連携加算（Ⅱ） （Ⅰ）における後者を実施した場合。	411 円／回	822 円／回	1,233 円／回
訪問看護指示加算 退所時に施設の医師が訪問看護の必要性を認め、利用者の同意を得て、利用者の選定する指定訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付した場合。	309 円／日	618 円／日	927 円／日
協力医療機関連携加算（1）（R6 年度中） 協力医療機関との間で、利用者等の同意を得て当該利用者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催しており、協力医療機関が下記の①～③の要件を満たす場合。 ①　急変時の相談体制 ②　診療要求時の対応体制 入院が必要な場合の受け入れ体制の確保	103 円／月	206 円／月	309 円／月
協力医療機関連携加算（1）（R7 年度から）	51 円／月	102 円／月	153 円／月
協力医療機関連携加算（2）（R7 年度から） 上記以外の協力医療機関と連携している場合。	5 円／月	10 円／月	15 円／月

種　類	１割	２割	３割
栄養マネジメント強化加算 利用者 50 人に対し 1 人の管理栄養士を配置し、低栄養状態の利用者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同で作成した栄養ケア計画に従い週 3 回のミールラウンドを実施、また、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省へ提出の上、当該情報を適切に活用している場合。	11 円／日	22 円／日	33 円／日
経口移行加算 経口移行計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援を行った場合。 ※計画作成から 180 日以内の期間算定	29 円／日	58 円／日	87 円／日
経口維持加算（Ⅰ） 摂食機能障害や誤嚥がある利用者へ、医師・歯科医師・管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して食事の観察及び会議等を行い、利用者ごとに経口維持計画を作成し、管理栄養士が栄養管理を行った場合。	411 円／月	822 円／月	1,233 円／月
経口維持加算（Ⅱ） 協力歯科医療機関を定めており、（Ⅰ）において行う食事の観察及び会議等に、医師・歯科医師・歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合。	103 円／月	206 円／月	309 円／月
口腔衛生管理加算（Ⅰ） 歯科医師に指示を受けた歯科衛生士が、利用者に対して口腔ケアを月２回以上行い、当該利用者に係る口腔ケアについて介護職員に対し年２回以上指導し、必要に応じて相談等に対応している場合。	93 円／月	186 円／月	279 円／月
口腔衛生管理加算（Ⅱ） （Ⅰ）の内容に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報を適切に活用している場合。	113 円／月	226 円／月	339 円／月
療養食加算 疾病治療の手段として、医師の発行する食事箋に基づき適切な栄養量及び内容の療養食を提供した場合。	6 円／食	12 円／食	18 円／食
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ 入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合。	143 円／回	286 円／回	429 円／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ 施設において薬剤を評価・調整した場合。	71 円／回	142 円／回	213 円／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） （Ⅰ）イ、ロを算定しており、服薬情報を LIFE に提出した場合。	246 円／回	492 円／回	738 円／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） （Ⅱ）を算定しており、退所時に、入所時と比べて１種類以上減薬となった場合。	103 円／回	206 円／回	309 円／回

種　類	１割	２割	３割
所定疾患施設療養費（Ⅰ） 肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪により治療を必要とする状態になった利用者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行い、内容を診療録に記録の上、前年度の実施状況を公表している場合。 ※ １日／月７日を限度とする	245 円／日	490 円／日	735 円／日
所定疾患施設療養費（Ⅱ） （Ⅰ）の内容に加え、診療録に根拠を記載し、医師が感染症対策に関する研修を受講している場合。 ※ １日／月７日を限度とする	493 円／日	986 円／日	1,479 円／日
認知症専門ケア加算（Ⅰ） 施設の利用者のうち、認知症利用者が半数以上であり、認知症介護の専門的な研修を修了したスタッフを利用者 20 人未満は１人以上、20 人以上は１人につき 19 人を超えるごとに１人を追加配置し、定期的な認知症ケアに関する従業者会議を実施している場合。	3 円／日	6 円／日	9 円／日
認知症専門ケア加算（Ⅱ） 加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合しており、専門的な研修を修了したスタッフを配置し、全体的な認知症ケアを指導し、介護職員や看護職員ごとの認知症ケアの研修計画を作成し、実施又は予定している場合。	5 円／日	10 円／日	15 円／日
認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 利用者の半数以上が認知症者であり、特定の専門研修修了者１名以上がチームを構築し、評価とケアの計画的実施が行われており、カンファレンスや定期的な評価を含むケアプランの管理を行っている場合。	154 円／月	308 円／月	462 円／月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 利用者の半数以上が認知症者であり、専門研修修了者１名以上がチームを構築し、評価とケアの計画的実施が行われており、カンファレンスや定期的な評価を含むケアプランの管理を行っている場合。	123 円／月	246 円／月	369 円／月
認知症行動・心理症状緊急対応加算 医師が、在宅での生活が困難であり緊急に入所することが適当であると判断した場合。 ※入所した日から起算して７ 日を限度とする	206 円／日	412 円／日	618 円／日
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ） 厚労省へのリハビリ計画提出と情報活用、口腔衛生及び栄養管理の加算、医師や他職種との情報共有を行い、利用者の口腔健康や栄養状態に関する情報を共有。必要に応じてリハビリ計画を見直し、その内容を関係職種で共有することで、利用者の総合的なケアを提供した場合。	55 円／月	110 円／月	165 円／月

種　類	１割	２割	３割
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ） 厚労省へ利用者のリハビリ計画を提出し、情報を活用してリハビリを実施している場合。	33 円／月	66 円／月	99 円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 入所時及び3か月に1度、褥瘡の有無とリスクを評価し、結果を厚労省に提出。褥瘡又はそのリスクがある場合、医師や看護師が共同で褥瘡ケア計画を作成・実施して記録し、3か月に1度計画を見直している場合。	3 円／月	6 円／月	9 円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） Ⅰ）の算定要件を満たしている場合において、褥瘡の治癒又は褥瘡発生リスク保持者においてその発生のない場合。	13 円／月	26 円／月	39 円／月
排せつ支援加算（Ⅰ） 排せつ介護が必要な利用者ごとに医師等が少なくとも 3 か月に1回、要介護状態を評価し、結果を厚労省に提出。評価に基づき、要介護状態の軽減を見込む利用者には医師等が共同で支援計画を作成・実施し、3か月ごとに支援計画を見直している場合。	10 円／月	20 円／月	30 円／月
排せつ支援加算（Ⅱ） （Ⅰ）の算定要件を満たしており、排尿・排便の少なくとも一方が改善し、何れも悪化しないか、又はオムツの使用が無くなる。又は尿道カテーテルが留置されていた利用者においてカテーテルが抜去された場合。	16 円／月	32 円／月	48 円／月
排せつ支援加算（Ⅲ） （Ⅰ）の算定要件を満たしており、排尿・排便の少なくとも一方が改善し、何れも悪化しないか、且つオムツの使用が無くなる。又は尿道カテーテルが留置されていた利用者においてカテーテルが抜去された場合。	21 円／月	42 円／月	63 円／月
自立支援促進加算 医師が、自立支援のために必要な医学的評価を入所時、以降3月に1回実施の上、結果を厚生労働省に提出し、当該情報を適切に活用しており、支援計画を少なくとも３月に１回見直している場合。 また、評価の結果、特に自立支援のために対応を要する利用者の支援計画を、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種が共同して策定し、ケアを実施している場合。	309 円／月	618 円／月	927 円／月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 厚生労働省に少なくとも３月に１回利用者の基本情報を提出し、サービス計画を見直すなど、適切かつ有効なサービス提供のための情報を活用している場合。	41 円／月	82 円／月	123 円／月

種　類	１割	２割	３割
科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 厚生労働省に少なくとも３月に１回利用者の基本情報及び疾病の状況を提出し、サービス計画を見直すなど、適切かつ有効なサービス提供のための情報を活用している場合。	62 円／月	124 円／月	186 円／月
安全対策体制加算 外部の研修を受けた担当者を配置し、安全対策部門の設置の上、組織的に安全対策体制が整備されている場合。 ※　入所時に１回を限度として算定	21 円／月	42 円／月	63 円／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症発生時の対応体制を確保していること。協力医療機関との間で、一般的な感染症発生時の連携体制が整備されており、医療機関もしくは医師会の実施する院内感染に関する研修または訓練に年１回以上参加している場合。	10 円／月	20 円／月	30 円／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 協力医療機関から、3 年に 1 回以上、施設内で感染症が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合。	5 円／月	10 円／月	15 円／月
新興感染症等施設療養費 指定感染症に感染した利用者に対し、相談や入院調整を行う医療機関を確保した上で、当該利用者に対して、適切な感染対策を講じた上で介護サービスを提供した場合。 ※　1 月に 5 日を限度とする	246 円／日	492 円／日	738 円／日
生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 介護サービスの質の向上および職員の負担軽減に資する検討を行う委員会を設け、安全対策を講じた上でガイドラインに基づいて、見守り機器等を導入の上、業務改善を継続的に行い、その取り組みを年１回オンラインで報告している場合。	10 円／月	20 円／月	30 円／月
生産性向上推進体制加算（Ⅰ） （Ⅱ）の要件を満たし、成果が確認されていること。また、テクノロジーを複数導入し、適切な役割分担の取り組みを実施している場合。	103 円／月	206 円／月	309 円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 以下のいずれかに該当する場合。 ①介護福祉士 80%以上 ②勤続 10 年以上介護福祉士 35%以上	22 円／日	44 円／日	66 円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 以下のいずれかに該当する場合。 介護福祉士 60%以上	18 円／日	36 円／日	54 円／日

種　類	１割	２割	３割
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 以下のいずれかに該当する場合。 ① 介護福祉士 50%以上 ② 常勤職員 75%以上 ③ 勤続 7 年以上 30%以上	6 円／日	12 円／日	18 円／日
夜勤職員配置加算 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして、都道府県知事に届け出た場合。	25 円／日	50 円／日	75 円／日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数	7.5%		
身体拘束廃止未実施減算 身体拘束廃止委員会を３月に１回開催しており、その内容を従業者に周知していること。廃止適正化のための指針を整備していること。廃止適正化の研修を定期的に開催していること。拘束を行う場合は適正な対応を取り、その様態、時間等の記録をしていること。以上の対策が取られていない場合。	全単位の △ 10%／日		
安全管理体制未実施減算 運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合。	5 単位/日		
栄養ケアマネジメント未実施減算 栄養管理の基準を満たさない場合。	14 単位/日		
夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合の減算	所定単位数の 97%を算定		
定員超過の場合の減算 利用者の数が定員を超える場合。	所定単位数の 70%を算定		
業務継続計画未実施減算 業務継続計画を策定していない場合	所定単位数の 70%を算定		
高齢者虐待防止措置未実施減算 虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合。	所定単位数の 1%を減算		
ユニットリーダー配置等体制未整備減算	所定単位数の 97%を算定		

（3）緊急時施設療養費（非課税）

種　類	1割	2割	3割
緊急時治療管理 救命救急医療が必要となる場合において、緊急的な治療管理としての投薬、注射等を行った場合。 ※1回に連続する3日を限度とし、月1回に限る	532円／日	1,064円／日	1,596円／日
特定治療 保健医療機関等が行った場合において点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合。	当該診療に係る老人医科診療報酬点数表に定める料金		

（4）外泊時費用

種　類	1割	2割	3割
外泊時費用 一時的に自宅等に外泊された場合。 ※　月6日を限度 但し、外泊初日、帰所日は通常の介護保険施設サービス費となります。	372円／日	744円／日	1,116円／日
在宅サービス利用時の費用 外泊時に施設の提供する在宅サービスを利用した場合において外泊時費用を算定していない場合。	822円／日	1,644円／日	2,466円／日

（５）介護保険給付外サービス費

※お支払いは１日単位となります。

※持ち込みの電化製品にかかる電気代及び、特別室料以外は非課税となります。

食費内訳：朝食４７０円　昼食６５０円（おやつ代４０円含）　夕食６８０円

種　類	内　容		利用料
食　費	基準額		1,800 円／日
	第１段階		300 円／日
	第２段階		390 円／日
	第３段階 ①		650 円／日
	第３段階 ②		1,360 円／日
居室料金	基準額	ユニット個室	1,970 円／日
	第１段階	ユニット個室	820 円／日
	第２段階	ユニット個室	820 円／日
	第３段階	ユニット個室	1,310 円／日
特別室料	ユニット型個室		1,050 円／日
教養娯楽費	レクリエーション材料費等の費用		154 円／日
理髪代	理髪サービス費用		実費
その他費用	各人の嗜好品等の費用		実費
	持ち込みの電化製品（課税）		１日 31 円／品目
	電圧の高い持込みの家電製品（課税）		１日 52 円／品目

８．勤務体制

早１	６：４５ から １５：４５	遅１	１１：００ から ２０：００
早２	８：００ から １７：００	遅２	１１：３０ から ２０：３０
日勤	８：４５ から １７：３０	遅３	１２：００ から ２１：００
夜勤	１６：３０ から ９：３０		

９．入所定員（短期入所療養介護を含む）

20 人（10 人×２ユニット）

10．協力医療機関など

当施設では次の医療機関にご協力をいただき、利用者の容態の急変に速やかに対応いたします。

協力医療機関		協力歯科医療機関	
名称	八千代病院	名称	東栄歯科医院
住所	愛知県安城市住吉町ニ丁目２番７号	住所	愛知県安城市東栄町５丁目３０番地６
TEL	0566－97－8111	TEL	0566－96－4343

11．施設利用の際の留意事項

（１）面会時間は、午前８時４５分から午後８時までです。

（２）外出・外泊を希望される場合は、事前に当施設スタッフへご連絡ください。

また、外出・外泊時の医療機関への受診の際は、事前に当施設スタッフにご相談ください。

（３）所持品には全て記名をお願いします。

（４）金銭など貴重品の管理については、ご相談ください。
（５）火気の使用は禁止します。
（６）洗濯については原則としてご家族の方に持ち帰っていただくようお願いします。
（７）利用料については、利用月の翌月２０日までにお手元に届くよう請求書を郵送いたします。口座振替の方は２７日、各銀行より引き落とされます。また、やむを得ず窓口支払いとなる方は利用月の翌月２５日までにお支払いください。
（８） 専門医師の診察が必要な時は他科受診を行いますが、原則としてご家族の方の付き添いが必要になりますので、ご協力願います。
（９）営利行為、宗教の勧誘、政治活動は禁止します。
(10) 利用者様の過失による寝具類の紛失･破損時は以下の金額を徴収させていただきますのでご了承下さい。

品　　名	紛　　失	破　　損
羽毛タッチ掛布団	9,720 円	9,720 円
ベットパット	4,860 円	4,860 円
肌掛布団	6,048 円	6,048 円
枕	1,620 円	1,620 円
掛布団包布	3,780 円	3,780 円
シーツ	2,700 円	2,700 円
枕カバー	432 円	432 円

12. 当施設は消防法第３条及び大規模地震対策特別措置法に基づいて必要な設備を整えるとともに、災害対策を実施しています。

13. 事故発生時の対応
当施設は事故が発生又は再発することを防止するため、次の措置を講じます。
（１）事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備します。
（２）事故が発生した時、又はそれに至る危険性がある事態が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。
（３）事故発生の防止のための委員会及び介護職員その他従業者に対する研修を定期的に行います。

14. 要望及び苦情の受付

ご要望あるいは苦情がありましたらお気軽にお申出ください。

また、施設に備え付けられた『ご意見箱』をご利用下さい。

【苦情申立窓口】

ご相談窓口	電話　０５６６－９６－３５１１ 利用時間　午前８時４５分から午後５時３０分 （日曜・年末年始を除く） 担当　副施設長　福部敦史
安城市役所高齢福祉課	電話　０５６６－７６－１１１１
豊田市役所介護保険課	電話　０５６５－３４－６６３４
岡崎市役所長寿課	電話　０５６４－２３－６１４９
知立市役所長寿介護課	電話　０５６６－８３－１１１１
愛知県国民健康保険団体連合会	電話　０５２－９７１－４１６５
愛知県介護保険審査会	電話　０５２－９５４－６２８８

15. 個人情報の保護および利用について

別紙「個人情報利用同意書」に定める通り、個人情報の保護および管理に努めます。

改訂履歴

平成 30 年 4 月 1 日		初版作成
平成 30 年 11 月 1 日	7	料金表を変更
平成 31 年 2 月 1 日	7（1）～（5）	料金表を全面改訂
	14	別紙対応とした
令和元年 7 月 1 日	5	員数変更
令和元年 10 月 1 日	7	料金表を改訂
	13	苦情申立窓口を見直し
令和２年　７月　１日	5	員数変更
令和３年　４月　１日	7	介護保険法改正に伴う変更
令和４年　４月　１日	7（5）	食費の改定
令和５年　１月　１日	13	事故発生時の対応を追記
令和６年　４月　１日	7	料金表を改訂
	8	勤務体制を変更

介護老人保健施設の入所サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日　令和　　年　　月　　日

社会医療法人財団新和会　理事長　弥政 晋輔

説明者　　（自署）

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設の入所サービスの開始に同意するとともに、個人情報に関する事項に同意しました。

利用者　住所

氏名

（自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び利用者との続柄を記載）

代筆者　住所

氏名　　続柄（　　）

保証人　住所

氏名　　続柄（　　）

ご利用申込書（兼誓約書）

《入所　短期入所　介護予防短期入所》

令和　　年　　月　　日

社会医療法人財団新和会
理事長　弥政　晋輔　殿

このたび、介護老人保健施設ユニットさとまちを利用するにつきまして、下記事項を守りますことを、保証人と連帯で誓約します。

記

1．施設利用の注意事項を守ります。
2．諸費用は、所定の期日までに支払います。
3．施設内では、利用者本人が、貴重品や多額の現金を所持しないようにします。
4．療養上の不慮の事故（転倒等による骨折・創傷、誤嚥、窒息、利用者間のトラブル等）
　に関しては双方話し合いのもと対応し、また第三者機関へ報告されることを了承いたします。
5．所持品の紛失・破損については双方話し合いのもと対応いたします。
6．緊急時及び入院を要するとき、家族連絡が後になることを了承いたします。

以上

フリガナ	明治 ・ 大正 ・ 昭和
療養者氏名　（ 男 ・ 女 ）	年　月　日 歳
フリガナ	
現住所　〒 電話（　　）　－	
フリガナ	続柄（　　）
保証人氏名　（ 男 ・ 女 ）	年齢（　　歳）
フリガナ	
現住所　〒 電話（　　）　－	

別紙１

個人情報利用同意書

＜個人情報保護の趣旨＞

当事業所が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

＜個人情報保護方針＞

個人情報の保護に関する法令及び行政機関等が定めた個人情報保護に関する条例･ガイドライン等を遵守し、個人情報が分散した形で蓄積利用される可能性を排除して、適切に収集、利用、提供が行われる体制整備の向上を図るとともに、個人情報への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏えいの予防に努め、万一の問題発生時には速やかな是正対策を実施します。また、自主的に的確な個人情報の保護措置が講じられるよう、個人情報の取扱いに関する内部規定を定期的に見直し、これを遵守するとともに、職員の教育・研修を徹底し推進します。加えて、取引先等に対しても適切に個人情報を取り扱うよう要請します。

＜個人情報の利用範囲＞

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらせていただきます。

① 適切なサービスを円滑に行うために、関係機関との連携が必要な場合の情報共有のため
② サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
③ サービス利用にかかわる管理運営のため
④ 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
⑤ ご家族及び後見人様などへの報告のため
⑥ 介護サービスの、維持・改善にかかる資料のため
⑦ 職員、実習生等への研修および研究などにおける資料のため
⑧ 法令上義務付けられている、関係機関（医療・警察・消防等）からの依頼があった場合
⑨ 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
⑩ 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

令和　　年　　月　　日

【説明者】　事業者名　社会医療法人財団新和会 介護老人保健施設ユニットさとまち

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【ご利用者】　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【ご家族】　住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個別の確認項目について

入所中の利用者様の個人情報保護に関し、以下の項目についてご希望をお伺いいたします。
尚、以下項目について、サービス利用中にご希望の変更がございましたら、申し出によりいつでも変更が可能です。

可	否	項目	備　　考
		療養室入口への利用者名掲示	
		見舞者の問い合わせに対する療養室のお知らせ	
		電話問い合わせに対する入所中か否かのお知らせ	
		利用者の製作作品の名前掲示	書や絵画等
		ホームページ・機関紙への写真の掲載	

上記を希望いたします。

有料室利用同意書

社会医療法人財団新和会
介護老人保健施設ユニットさとまち
施　　設　　長　　殿

貴施設入所にあたり、運営規定及び重要事項説明書の詳細な説明を受けた上で、下記有料室の利用を希望します。

記

利用希望室	ユニット型個室	1 日につき　1,050 円

以上

令和　　年　　月　　日

利用者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保証人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【入所時リスク説明書】

（介護老人保健施設さとまち・ユニットさとまち）

利用者：　　様　　年齢　　歳　　性別

説明担当者

当施設では利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》（ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。）

□　歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。

□　老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。

□　インフルエンザ等の感染症については、対応マニュアルに従って感染予防、拡大防止に努めますが、感染する恐れがあります。

□　高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。

□　高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。

□　高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。

□　加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

□　高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。

□　本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

このことは、ご自宅でも起こりうることですので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、介護老人保健施設さとまちの説明担当者より、利用者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

令和　　年　　月　　日

御家族　　（続柄　　）