

社会医療法人財団新和会 介護老人保健施設さとまち
(指定通所リハビリテーション 指定介護予防通所リハビリテーション)
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 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 | 2353180041 |

3. 事業の目的

要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある高齢者等に対し、適正かつ高次なリハビリテーションを提供することを目的とします。

4. 事業の運営方針

- (1) 事業所の職員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができよう、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。
- (2) 事業の運営に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス等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。
- (3) 事業の基本方針として、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービスを行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。
- (4) 事業の実施手順に関する具体的方針として、サービス提供の開始に当たり、利用者の心身状況を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成するとともに、その実施状況をモニタリングし、結果を指定居宅介護支援事業者、又は指定居宅介護予防支援事業者へ報告します。
- (5) 事業の実施に当たっては、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮した上で、利用者のできることは利用者が行うことを基本としたサービス提供に努めます。

5. 職員の種類、員数

次の職員を配置します。

- (1) 管理者 1名
管理者は、事業所の職員及びその業務を統括し、管理・監督・指導を行います。
- (2) 医師 1名以上
医師は、利用者等の病状や心身の状態の把握に努め、的確な診断と適切な処置を行うとともに機能訓練等が計画的かつ効果的に行えるよう指導します。
- (3) 看護職員 1名以上（常勤換算）
看護師は、利用者等の看護及び健康管理の業務を行います。
- (4) 介護職員 6名以上（常勤換算）
介護職員は、利用者等の日常生活全般を介護し、支援相談員等と協力して生活指導の業務を行います。
- (5) 理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士 1名以上
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、利用者等の機能訓練及び日常生活動作能力の改善又は維持を図るため、個別計画の作成、目標の設定、計画的な評価等を行い、効果的な機能訓練を行います。
- (6) 管理栄養士 1名
栄養職員は、低栄養状態等の改善を目的として、栄養食事相談等の栄養管理を行います。
- (7) 事務職員 1名以上
事務職員は、介護保険請求その他必要な事務を行います。
- (8) 運転手 1名以上
運転手は、利用者の送迎業務を行います
また、介護予防通所リハビリテーションにおけるサービスに関しては人員を兼務とし、設備を共用するものとします。

6. サービス内容

- (1) 医療
医師は、利用者等の病状や心身の状態の把握に努め、的確な診断と適切な処置を行うとともに機能訓練等が計画的かつ効果的に行えるよう指導します。
- (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に実施します。
- (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、適切に行うとともに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。
また心身の状況に合わせて栄養マネジメントを行います。
- (5) 衛生管理
通所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、利用者の体調に合わせて対応させていただきます。
- (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、利用者がサービスを円滑に利用できるような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を提供した場合の利用料金は、介護報酬の告示上の額とし、その介護保険施設サービスが法定代理受領サービスであるときは、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。

※ 通所リハ処遇改善加算Ⅰ： 所定単位数に 8.6%を乗じた単位数を加算

地 域 区 分： 6 等級 介護報酬 1 単位あたり 10.33 円にて計算

(1) 介護老人保健施設通所リハビリテーション費（非課税）

| | | 4 時間以上～5 時間未満 | | |
|-------|-------|---------------|-----------|-----------|
| | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 自己負担額 | 要介護 1 | 543 円/日 | 1,085 円/日 | 1,627 円/日 |
| | 要介護 2 | 632 円/日 | 1,263 円/日 | 1,894 円/日 |
| | 要介護 3 | 719 円/日 | 1,438 円/日 | 2,157 円/日 |
| | 要介護 4 | 832 円/日 | 1,664 円/日 | 2,495 円/日 |
| | 要介護 5 | 943 円/日 | 1,885 円/日 | 2,827 円/日 |
| | | 6 時間以上～7 時間未満 | | |
| | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 自己負担額 | 要介護 1 | 698 円/日 | 1,395 円/日 | 2,092 円/日 |
| | 要介護 2 | 829 円/日 | 1,657 円/日 | 2,486 円/日 |
| | 要介護 3 | 957 円/日 | 1,914 円/日 | 2,870 円/日 |
| | 要介護 4 | 1,113 円/日 | 2,226 円/日 | 3,338 円/日 |
| | 要介護 5 | 1,265 円/日 | 2,529 円/日 | 3,794 円/日 |

(2) 加算料金（非課税）

| 種 類 | (1 割) | (2 割) | (3 割) |
|--|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 入浴介助加算 (Ⅰ) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有している場合。 (Ⅱ) (Ⅰ)に加え、医師等が利用者宅を訪問、又は医師等の指示を受けた介護職員の訪問による情報通信機器の活用により、浴室での動作や浴室環境を評価し、利用者自身や家族の介助により入浴実施が難しい場合は、当該医師が介護支援専門員等と連携して福祉用具の貸与・購入・住宅改修等に係る助言を行う場合。また、事業所の療法士等が医師と連携の下、利用者の身体の状況や浴室の環境を踏まえて作成した入浴計画に基づき、利用者の居宅状況に近い環境で入浴介助を行った場合。 | (Ⅰ)42 円/日 (Ⅱ)62 円/日 | (Ⅰ)83 円/日 (Ⅱ)124 円/日 | (Ⅰ)124 円/日 (Ⅱ)186 円/日 |

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| リハビリテーションマネジメント加算（イ） 開始月から6ヶ月以内で1月に1回以上（6ヶ月超は3月に1回以上）リハ会議の開催や、各事業者・ご家族に対し、介護の助言・指導を行う場合。 | (~6か月) 578円/月 (6か月~) 248円/月 | (~6か月) 1,157円/月 (6か月~) 496円/月 | (~6か月) 1,735円/月 (6か月~) 744円/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算（ロ） （イ）の要件に加え、利用者ごとの計画書等の内容を厚労省に提出し、リハビリテーションの提供に当たり、その情報を適切かつ有効に活用している場合。 | (~6か月) 612円/月 (6か月~) 282円/月 | (~6か月) 1,225円/月 (6か月~) 564円/月 | (~6か月) 1,838円/月 (6か月~) 846円/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算（ハ） 上記（ロ）の要件に加え、管理栄養士を1名以上配置し、多職種が協働して口腔の健康状態や栄養状態における課題の把握と情報提供を実施したうえで計画を見直している場合。 | (~6か月) 819円/月 (6か月~) 489円/月 | (~6か月) 1,638円/月 (6か月~) 978円/月 | (~6か月) 2,457円/月 (6か月~) 1,466円/月 |
| 事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合 | 279円/月 | 558円/月 | 837円/月 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 退院・退所または要介護認定から起算して3月以内に個別リハビリテーションを集中して実施する場合。 | 114円/日 | 227円/日 | 341円/日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 （Ⅰ）退院・退所日または通所開始日から起算して3月以内に、週に2日を限度として個別リハビリテーションを実施する場合。 （Ⅱ）（Ⅰ）の内容について月に4回以上個別リハビリテーションを実施する場合。 | （Ⅰ）248円/日 （Ⅱ）1,983円/月 | （Ⅰ）496円/日 （Ⅱ）3,967円/月 | （Ⅰ）744円/日 （Ⅱ）5,950円/月 |
| 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 | 62円/日 | 124円/日 | 186円/日 |
| サービス提供体制強化加算 （Ⅰ）介護福祉士70%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上の場合。 （Ⅱ）介護福祉士50%以上の場合。 （Ⅲ）介護福祉士40%以上又は勤続7年以上職員30%以上の場合。 | （Ⅰ）23円/回 （Ⅱ）18円/回 （Ⅲ）6円/回 | （Ⅰ）46円/回 （Ⅱ）37円/回 （Ⅲ）12円/回 | （Ⅰ）68円/回 （Ⅱ）55円/回 （Ⅲ）18円/回 |
| リハビリテーション提供体制加算 常時配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である場合。 | 4~5時間 17円/回 6~7時間 24円/回 | 4~5時間 33円/回 6~7時間 49円/回 | 4~5時間 50円/回 6~7時間 74円/回 |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <p>延長加算</p> <p>7 時間以上 8 時間未満の通所リハビリテーションサービスに加えて、前後に日常生活上の世話をを行い、その通算した時間が 8 時間以上となった場合。</p> <p>(1 時間追加ごとに 50 単位増/回)</p> | <p>8～9 時間</p> <p>52 円/回</p> | <p>8～9 時間</p> <p>103 円/回</p> | <p>8～9 時間</p> <p>155 円/回</p> |
| <p>移行支援加算</p> <p>評価対象期間に通所リハの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に、終了者へ電話等で指定通所介護等の実施状況を確認し、記録した場合。また、終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者の計画書を移行先の事業所へ提供した場合。及び 12÷(利用者の平均利用延月数) が 27%以上である場合。</p> | <p>12 円/日</p> | <p>24 円/日</p> | <p>37 円/日</p> |
| <p>生活行為向上リハビリテーション実施加算</p> <p>専門的な研修を修了した療法士等を配置し、目標を踏まえたリハ計画書を定めてリハビリを提供の上、リハビリ期間中及び終了前 1 月以内にリハ会議を行い目標の達成状況を報告し、リハビリテーションマネジメント加算 A 又 B を算定している場合。更に、医師又は医師の指示を受けた療法士等が利用者の居宅を訪問し、生活行為の評価を 1 月に 1 回以上実施している場合。</p> <p>(利用開始日の属する月から 6 月以内)</p> | <p>1, 291 円/月</p> | <p>2, 582 円/月</p> | <p>3, 874 円/月</p> |
| <p>中重度者ケア体制加算</p> <p>要介護 3 以上の利用者が 30%以上で、基準に準じた員数の職員配置がある場合。</p> | <p>21 円/日</p> | <p>41 円/日</p> | <p>62 円/日</p> |
| <p>重度療養管理加算</p> <p>※要介護 3・要介護 4・要介護 5 であり医学的管理を行った場合。</p> | <p>104 円/日</p> | <p>207 円/日</p> | <p>310 円/日</p> |
| <p>口腔・栄養スクリーニング加算</p> <p>(I) 利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認し、担当の介護支援専門員に情報提供する場合。</p> <p>(II) 栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定しており、口腔の健康状態又は栄養状態の確認を行い、担当の介護支援専門員に情報提供する場合。</p> <p>※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており、加算 (I) を算定できない場合のみ</p> <p>※6 月に 1 回を限度</p> | <p>(I) 21 円/回</p> <p>(II) 5 円/回</p> | <p>(I) 41 円/回</p> <p>(II) 10 円/回</p> | <p>(I) 62 円/回</p> <p>(II) 15 円/回</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>口腔機能向上加算</p> <p>(I) 言語療法士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、利用者の利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種が共同して利用者ごとの計画を作成し、定期的に記録、評価している場合。</p> <p>(II) イ 上記(I)の内容に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚労省へ提出し、口腔機能向上サービスの実施において当該情報を適切かつ有効に活用している場合で、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定している場合。</p> <p>(II) ロ 上記(II)イと同様の条件のもと、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していない場合。</p> | <p>(I) 155 円/回 (II)イ 160 円/回 (II)ロ 165 円/回</p> | <p>(I) 310 円/回 (II)イ 321 円/回 (II)ロ 330 円/回</p> | <p>(I) 465 円/回 (II)イ 481 円/回 (II)ロ 496 円/回</p> |
| <p>栄養アセスメント加算</p> <p>管理栄養士を常勤で1名以上配置し、利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種が共同して栄養アセスメントを実施の上、家族にその結果を説明して相談に応じており、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚労省へ提出し、栄養管理の実施において当該情報を適切かつ有効に活用している場合。</p> <p>※口腔・栄養スクリーニング加算(I)及び栄養改善加算との併算定は不可。</p> | <p>52 円/月</p> | <p>103 円/月</p> | <p>155 円/月</p> |
| <p>栄養改善加算</p> <p>管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとに摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した計画を作成の上、改善サービスを実施し、定期的な記録、評価している場合。及び、必要に応じて居宅を訪問した場合</p> <p>※但し、3ヶ月以内の期間に限り1月2回を限度とする。</p> | <p>207 円/回</p> | <p>414 円/回</p> | <p>620 円/回</p> |
| <p>科学的介護推進体制加算</p> <p>利用者のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、心身の状況にかかる基本的な情報を厚生労働省に提出し、通所リハビリサービス提供に当たり、当該情報を適切に活用している場合。</p> | <p>42 円/月</p> | <p>83 円/月</p> | <p>124 円/月</p> |
| <p>退院時共同指導加算</p> <p>病院等に入院中の利用者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又はリハ職員が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の通所リハビリテーションを行った場合。</p> | <p>620 円/回</p> | <p>1,240 円/回</p> | <p>1,860 円/回</p> |

| | |
|---|---------------------|
| 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。 | 8.6% |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が前年同月平均の利用者数よりも5%以上減少している場合。 ※ 原則として、利用者数減少の翌々月から3月以内に限り算定可能 | 所定単位数の3%を加算 |
| 利用者の数が利用定員を超える場合 | 所定単位数の70%を算定 |
| 医師、理学療養士、作業療法士、言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 | 所定単位数の70%を算定 |
| 事業所が送迎を行わない場合 | 所定単位数から片道につき47単位を減産 |
| 業務継続計画未実施減産 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産 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 |

(3) 介護予防通所リハビリテーション費（非課税）

| | 要支援度 | (1割) | (2割) | (3割) |
|-------|------|----------|----------|-----------|
| 自己負担額 | 要支援1 | 2,343円/月 | 4,686円/月 | 7,029円/月 |
| | 要支援2 | 4,368円/月 | 8,736円/月 | 13,103円/月 |

(4) 加算料金（非課税）

| 種 類 | (1割) | (2割) | (3割) |
|---|--|--|---|
| 栄養アセスメント加算(※) 要介護の要件と同じ。 | 52円/月 | 103円/月 | 155円/月 |
| 栄養改善加算(※) 要介護の要件と同じ。 | 207円/回 | 414円/回 | 620円/回 |
| 口腔機能向上加算(※) 要介護の要件と同じ。 | (I) 155円/回 (II) 160円/回 (II) 165円/回 | (I) 310円/回 (II) 321円/回 (II) 330円/回 | (I) 465円/回 (II) 481円/回 (II) 496円/回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(※) 要介護の要件と同じ。 | (I) 21円/回 (II) 5円/回 | (I) 41円/回 (II) 10円/回 | (I) 62円/回 (II) 15円/回 |
| 一体的サービス提供加算 栄養改善又は口腔機能向上サービスを実施する事業所が、月2回以上の栄養改善又は口腔機能向上サービス実施日を設置し、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない場合。 | 496円/月 | 992円/月 | 1,488円/月 |
| サービス提供体制加算 要介護の要件と同じ。 | (I) (支援1) 91円/月 (I) (支援2) 182円/月 (II) (支援1) 74円/月 (II) (支援2) 149円/月 (III) (支援1) 24円/月 (III) (支援2) 49円/月 | (I) (支援1) 182円/月 (I) (支援2) 364円/月 (II) (支援1) 148円/月 (II) (支援2) 297円/月 (III) (支援1) 49円/月 (III) (支援2) 99円/月 | (I) (支援1) 273円/月 (I) (支援2) 546円/月 (II) (支援1) 223円/月 (II) (支援2) 446円/月 (III) (支援1) 74円/月 (III) (支援2) 148円/月 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 要介護の要件と同じ。 | 581円/月 | 1,161円/月 | 1,742円/月 |

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化 利用を開始した月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハを行う場合で、以下の要件を満たさない場合。 ・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、専門的見地から利用者の情報を共有の上、会議の内容を記録、利用者の状態変化に応じて計画を見直していること。 ・計画書等の内容を厚生労働省に提出し、通所リハサービス提供に当たり、当該情報を適切に活用している場合。 | (支援1) ▲124円/月 (支援2) ▲248円/月 | (支援1) ▲248円/月 (支援2) ▲496円/月 | (支援1) ▲372円/月 (支援2) ▲744円/月 |
| 若年性認知症利用者受入加算 要介護の要件と同じ。 | 248円/月 | 496円/月 | 744円/月 |
| 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 | 8.6% | | |

(5) 介護保険給付外サービス費

| 種 類 | 内 容 | 利用料 |
|-----------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| 食 費 | 昼食(おやつ含) | 650円(おやつ40円)/日 |
| 教養娯楽費 | レクリエーション材料費等の費用 | 72円/日 |
| その他費用 | 各人の嗜好品等の費用 | 実費 |
| オムツ代 | 尿とりパット(スーパー) | 43円/枚 |
| | 尿とりパット(ワイド) | 53円/枚 |
| | 尿とりパット(両面) | 64円/枚 |
| | 尿とりパット(フラット) | 86円/枚 |
| | テープ付紙おむつ | 172円/枚 |
| | パンツタイプ | 172円/枚 |
| 午後6時以降のご利用延長料金 | | 500円/30分 (夕食を召し上がる場合) 夕食代670円/食 |
| 通常の送迎実施地域を超えた場合 | | |
| 実施地域を超えた地点から片道 10km未満 | | 300円/片道 |
| 実施地域を超えた地点から片道 10km以上15km未満 | | 500円/片道 |
| 実施地域を超えた地点から片道 15km以上 | | 500円/5km |

※通常の送迎実施地域は以下のとおりです。

安城市

知立市

岡崎市西部

宇頭町、宇頭北町、宇頭南町、宇頭東町

豊田市南部

駒場町、生駒町、高丘新町、高岡本町、若林西町、中根町、若林東町、吉原町

和会町、広美町、福受町、花園町

8. 営業時間

営 業 日 月曜日から土曜日 但し、12月31日から1月2日までを除く
 窓口対応時間 午前8時45分～午後5時30分
 サービス提供時間 午前10時～午後4時15分

9. 定員

75人

10. 協力医療機関など

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

| 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二丁目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) 体調不良等、急なお休みの場合は利用日の当日8時までにご連絡いただくようお願いいたします。
- (2) 10時以降に利用をキャンセルされた際は、食事代として650円頂きます。
- (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は、ご自身でお願いします。
- (5) 当施設は原則禁煙です。
- (6) 火気の使用は禁止します。
- (7) 利用料については、翌月20日までには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となりますが、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・汚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ください。

| 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。

施設に備え付けられた『ご意見箱』をご利用ください。

【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。

16. 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)～(4) | 料金表を全面改訂 |
| | 14 | 別紙対応とした |
| 令和元年6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6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3年8月1日 | 5 | 員数および表記方法の変更 |
| 令和4年4月1日 | 7(5) | 食費の改定 |
| 令和5年1月1日 | 13 | 事故発生時の対応の追記 |
| 令和6年6月1日 | 7 | 料金表を改訂 |