

社会医療法人財団新和会介護老人保健施設さとまち
(指定短期入所療養介護 指定介護予防短期入所療養介護)
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	愛知県安城市住吉町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3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）にある高齢者に対し、適正かつ高次の短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）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を営むことができるよう、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その必要な医療並びに日常生活上のケアを行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減に努めます。
- (2) 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。
- (3) 指定（介護予防）短期入所療養介護の基本方針として、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) 指定（介護予防）短期入所療養介護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あたり、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) 指定（介護予防）短期入所療養介護の提供にあたっては、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

施設には次の職員を配置します。

- | | |
|-------------------------|----------------|
| (1) 管理者 | 1名 (医師と兼務) |
| (2) 医師 | 1名以上 |
| (3) 薬剤師 | 1名以上 |
| (4) 看護師 | 8.5名以上 (常勤換算) |
| (5) 介護職員 | 21.5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 |

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。利用者には週3回以上計画的に行います。

(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10,270円にて計算

(1) 介護老人保健施設短期入所療養介護費（非課税）

	要介護度	(1割)	(2割)	(3割)
従来型個室	要介護1	842円/日	1,683円/日	2,524円/日
	要介護2	918円/日	1,835円/日	2,752円/日
	要介護3	984円/日	1,968円/日	2,952円/日
	要介護4	1,045円/日	2,089円/日	3,134円/日
	要介護5	1,103円/日	2,206円/日	3,309円/日
	要介護度	(1割)	(2割)	(3割)
多床室	要介護1	927円/日	1,853円/日	2,780円/日
	要介護2	1,006円/日	2,011円/日	3,017円/日
	要介護3	1,073円/日	2,145円/日	3,217円/日
	要介護4	1,132円/日	2,264円/日	3,396円/日
	要介護5	1,193円/日	2,385円/日	3,578円/日

(2) 介護予防短期入所療養介護費（非課税）

	要介護度	(1割)	(2割)	(3割)
従来型個室	要支援1	650円/日	1,299円/日	1,948円/日
	要支援2	800円/日	1,599円/日	2,398円/日
	要介護度	(1割)	(2割)	(3割)
多床室	要支援1	691円/日	1,381円/日	2,071円/日
	要支援2	857円/日	1,714円/日	2,570円/日

(3) 加算料金（非課税）

種 類	(1 割)	(2 割)	(3 割)
送迎加算 家族等の事情から送迎を行うことが必要な利用者に対し、居宅と施設との間の送迎を実施する場合。	189 円／片道	378 円／片道	567 円／片道
個別リハビリテーション実施加算 医師、看護職員、理学療法士等が共同して利用者ごとに作成した個別リハ計画に基づき、リハビリテーションを実施した場合。	246 円／日	492 円／日	738 円／日
重度療養管理加算 要介護度 4 又は 5 で計画的な医学的管理の元療養上必要な処置が行われた場合。	123 円／日	246 円／日	369 円／日
緊急短期入所受入加算 居宅サービス計画に位置づけられていない緊急の短期入所サービスを利用した場合。 ※利用を開始した日から起算して 7 日、やむを得ない事情がある場合は 14 日を限度とし、認知症行動・心理症状緊急対応加算との併用不可	93 円／日	186 円／日	279 円／日
総合医学管理加算 居宅サービス計画に位置づけられていない緊急の短期入所サービスにおいて、治療管理を目的とし、診療方針を定めて投薬、検査、注射、処置等を行い、診療録に記録の上、かかりつけ医に対して利用者の同意を得て情報提供を行った場合。 ※ 10 日を限度とする	283 円／日	566 円／日	849 円／日
口腔連携強化加算 歯科専門職との連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者同意の下、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を行った場合。 ※ 月 1 回に限る	51 円／回	102 円／回	153 円／回
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。	9 円／食	18 円／食	27 円／食
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	5 円／日	10 円／日	15 円／日

種 類	(1 割)	(2 割)	(3 割)
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。			
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
認知症行動・心理症状緊急対応加算 医師が、認知症の行動心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に施設サービスが必要であると判断した利用者に対して、サービスを行った場合。 ※入所した日から 7 日間を限度	206 円／日	412 円／日	618 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い、基本型を算定している場合。	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い、在宅強化型を算定している場合。	52 円／日	104 円／日	156 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
サービス提供体制加算（Ⅰ） 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 80%以上、且つ、勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上である場合。	22 円／月	44 円／月	66 円／月
サービス提供体制加算（Ⅱ） 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 60%以上である場合。	18 円／月	36 円／月	54 円／月

種 類	(1 割)	(2 割)	(3 割)
サービス提供体制加算 (Ⅲ) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上、又は、常勤職員 75%以上、又は、勤続 7 年以上の職員が 30%以上である場合。	6 円/月	12 円/月	18 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	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で開催していること。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。	所定単位数の 1%を減算		
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 1%を減算		
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		

(4) 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、検査、注射、処置等を行った場合。 ※ 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		

(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520円 昼食750円（おやつ代80円含） 夕食730円

種類	内容		利用料
食費	基準額		2,000円/日
	第1段階		300円/日
	第2段階		600円/日
	第3段階①		1,000円/日
	第3段階②		1,300円/日
居室料金	基準額	個室	1,640円/日
		多床室	370円/日
	第1段階	個室	490円/日
		多床室	0円/日
	第2段階	個室	490円/日
		多床室	370円/日
	第3段階	個室	1,310円/日
		多床室	370円/日
特別室料	従来型個室		1,575円/日
	2人室		525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50円/品目
	電圧の高い持ち込みの家電製品（課税）		1日150円/品目
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毎

※ 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. 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1	8:30 から 17:30	遅3	12:00 から 21:00
日勤2	8:45 から 17:45	夜勤	16:30 から 9:30

9. 定員

入所定員 90 名の内、空床分

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) 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日までに支払ってください。
- (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)～(4)	料金表を全面改訂
	14	別紙対応とした
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)	食費を改定
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
令和7年2月1日	7	料金表を改訂

介護老人保健施設の(介護予防)短期入所療養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(介護予防)短期入所療養介護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 療養者氏名 (男・女)	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
フリガナ 現住所 〒	電話 () -
フリガナ 保証人氏名 (男・女)	続柄 () 年齢 (歳)
フリガナ 現住所 〒	電話 () -

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させていただきます。

- 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		2人室（多床室）	1日につき 525円
		個室	1日につき 1,575円

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)

入所者： _____ 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、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、入所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 _____)