

# 重要事項説明書

《令和7年8月1日現在》

医療法人 積仁会

介護医療院あさひヶ丘

当施設では入所者様に対して介護保険施設サービスを提供いたします。

施設の概要や提供するサービスの内容、入所にあたってご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。**当施設へのご入所は原則として介護保険の要介護認定の結果が「要介護1～5」と認定された方が対象となります。ご入所の際には介護保険被保険者証の提示が必要です。**

## 1. 介護保険施設サービスを提供する事業者について

事業者の名称	医療法人 積仁会
代表者の氏名	理事長 古城 資久
法人本部の所在地	埼玉県日高市大字森戸新田 99 番地 1

## 2. 介護保険施設サービスを提供する施設について

### ①施設の概要

施設の名称	介護医療院あさひヶ丘
介護保険	令和元年12月1日 埼玉県開設許可
指定事業者番号	第11B6300019号
施設の管理者	佐嶋 健一
施設の所在地	埼玉県日高市大字森戸新田 99 番地 1
入所定員	100名
連絡先	TEL042-989-6587 FAX042-989-6592
相談担当者	担当者：介護支援専門員、支援相談員

### ②施設の目的と運営の方針

#### 【施設の運営の目的】

介護保険制度の基本理念に基づき、要介護者である入所者様に対し、看護・医学的管理下での介護及びリハビリテーション、その他必要な医療ならびに日常生活上の介助を提供することにより、入所者様がよりよい療養生活を送ることができるよう支援します。

#### 【施設の運営方針】

1. 「医療連携」介護のみに止まらず、医療・看護・介護・リハビリテーションなど施設内において完結できる連携体制を活かして、「安心して」療養できる場を提供します。
2. 「利用者主体」明るく家庭的な雰囲気の中で、利用される方の人格や意思を尊重し、利用者一人ひとりに合わせた利用者主体のサービスを提供します。
3. 「一体介護」地域・家庭・施設とのつながりを大切にし、一体的介護の観点から地域における高齢者介護の拠点としての役割を担います。

### ③施設の職員

当施設では入所者様に対して介護保険施設サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しております。

職種	員数	職務の内容
管理者・医師	1 以上	施設の職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、法令等に定められている介護保険施設サービスの実施に関し、職員に対し遵守すべき事項等についての指揮命令を行います。
薬剤師	0.4 以上	医師の指示に基づき、調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に服薬指導を行います。
看護職員	17 以上	保健衛生及び看護に関する業務を行います。
介護職員	25 以上	日常生活での介護・介助を行います。
介護支援専門員	1 以上	入退所に係る調整、入所中の生活に関する相談や調整、施設サービス計画の作成をします。
理学療法士	2 以上	リハビリテーション実施計画の作成・変更、リハビリテーションの実施に関する業務を行います。
管理栄養士	1 以上	栄養ケア計画の作成・変更、また栄養管理や食事などに関する相談等の業務を行います。
相談員 事務職員	適当数	入退所に関する相談、入所中の生活に関する相談、受付、請求業務等を行います。

※上記記載の職員他に、調理職員、営繕職員等の配置を行っています。

### ④施設の職員体制

職種	勤務時間	職種	勤務時間
管理者（医師）	8：00～17：00	リハビリ職員	8：30～17：00
看護職員	早出 7：00～15：30	管理栄養士	
介護職員	日勤 8：30～17：00	介護支援専門員	
	遅出 12：30～21：00	その他職員	
	夜勤 16：30～ 9：00		

※医師不在時（土午後、日祝日、夜間等）は、併設の旭ヶ丘病院の医師が対応いたします。

※土曜日・日曜日・祝日については、上記と異なる勤務体制となる場合があります。

### ⑤居室について

ご入所いただく居室は原則として多床室（1室の定員数が2人以上の居室）となっております。居室のご希望等についてはできる限り添えるようにいたしますが、居室の空き状況や入所者様の心身の状況等によりご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

### 3. 介護医療院サービスの内容と利用料などについて

#### ①サービス内容について

- (1) 施設サービス計画の立案・作成
- (2) 食事の提供（朝食 7：30～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～）  
※デイルームや居室等、ご自身が落ち着いた場所でしていただきます。
- (3) 入浴（一般浴槽の他、入浴に介助を要する利用者には特殊浴槽で対応します。）
- (4) 医学的管理           (5) 看護及び医学的管理の下における介護
- (6) リハビリテーション   (7) 生活指導・相談援助サービス   (8) 栄養状態の管理
- (9) 理美容サービス（原則月1回実施）   (10) その他、レクリエーションなど

#### ②利用料について

##### サービス基本料金

令和7年8月1日改定

要介護度	基本料金	1ヵ月(1日)		1ヵ月31日概算(加算①～⑦含む)		
		食費	居住費	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	26,624円	56,420円 (1,820円)	21,607円 (697円)	104,651円	131,275円	157,899円
要介護2	29,830円			107,857円	137,687円	167,517円
要介護3	36,734円			114,761円	151,495円	188,229円
要介護4	39,675円			117,702円	157,377円	197,052円
要介護5	42,317円			120,344円	162,661円	204,978円

- \* サービス実施内容などにより請求額に誤差が生じる場合がございます。
- \* 要介護認定を受けていない時や保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合にあつては一旦介護報酬告示額にある料金をいただきます。その際に発行するサービス提供証明書を市町村の窓口に出しますと差額の払戻しを受けることができます。
- \* 歯科受診の場合、別途診察代がかかります。詳細は歯科医院にお問合せください。

#### 加算の種類

1単位 = 10.14円

加算の種類	1割負担	2割負担	3割負担	備考
①サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23円	45円	67円	1回/日
②夜間勤務等看護加算Ⅳ	7円	14円	21円	1回/日
③自立支援促進加算	284円	568円	852円	1回/月
④科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	61円	122円	183円	1回/月
⑤介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(所定単位数×5.1%×10.14)の1～3割負担/月			
⑦多床室の室料負担減額	▲27円	▲53円	▲79円	1回/日
初期加算	31円	61円	92円	1日(入所日から30日以内)

加算の種類	1割負担	2割負担	3割負担	備考
他科受診時費用	367円	734円	1,101円	1日(月4日を限度)
療養食加算	6円	12円	18円	1回(1日3回限度)
安全対策体制加算	21円	42円	63円	1回(入所初日に限る)
外泊時加算	367円	734円	1,101円	1日(月6回限度)
栄養ケアマネジメント強化加算	11円	22円	33円	1回/日
再入所時栄養連携加算	203円	406円	609円	1日(再入所時1回)
退所前訪問指導加算	467円	933円	1,400円	1回(又は2回)
退所時指導加算	406円	812円	1,218円	1回/退所時
退所時情報提供加算(Ⅰ)	507円	1,014円	1,521円	1回/退所時
退所時情報提供加算(Ⅱ)	254円	507円	761円	1回/退所時
退所前連携加算	507円	1,014円	1,521円	1回/退所時
退所時栄養情報連携加算	71円	142円	213円	1回/退所時
訪問看護指示加算	305円	609円	913円	1回/退所時
経口維持加算(Ⅰ)	406円	812円	1,218円	1回/月
経口維持加算(Ⅱ)	101円	203円	305円	1回/月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	112円	223円	335円	1回/月
排せつ支援加算(Ⅰ)	11円	21円	31円	1回/月
排せつ支援加算(Ⅱ)	16円	31円	46円	1回/月
排せつ支援加算(Ⅲ)	21円	41円	61円	1回/月
新興感染症等施設療養費	244円	487円	730円	1回/月(連続5日を限度)
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	153円	305円	457円	1回/月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	122円	244円	365円	1回/月
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	101円	203円	305円	1回/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	11円	21円	31円	1回/月
協力医療機関連携加算(1)	50円	102円	153円	1回/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	11円	21円	31円	1回/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5円	10円	15円	1回/月

特別診療費

1単位 = 10円

⑥感染対策指導加算	6円	12円	18円	1回/日
初期入所診療管理	250円	500円	750円	1回又は2回(入所時)
褥瘡対策指導管理(Ⅰ)	6円	12円	18円	1回/日
褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	10円	20円	30円	1回/月
医学情報提供(Ⅰ)	220円	440円	660円	1回/退所時
医学情報提供(Ⅱ)	290円	580円	870円	1回/退所時
薬剤管理指導	350円	700円	1,050円	1回/週(4回/月限度)
薬剤管理指導に加算	20円	40円	60円	1回/月
理学療法(Ⅰ)	123円	246円	369円	1回(1日4回を限度)
理学療法リハビリ体制強化加算	35円	70円	105円	1回
理学療法(Ⅰ)情報活用加算1	33円	66円	99円	1回/月
理学療法(Ⅰ)情報活用加算2	20円	40円	60円	1回/月
短期集中リハビリテーション	240円	480円	720円	1日(入所日から3カ月以内)
認知症短期集中リハビリテーション	240円	480円	720円	1日(入所日から3カ月以内)

### ③介護保険給付対象外サービスの費用

#### (1) 食費・居住費

**介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、必ずご提示ください。  
提示がないと第4段階の利用料をお支払いいただくことになります。**

負担段階	所得要件	預貯金額 (夫婦の場合)	食費 (日額) (※1)	居住費 多床室 (※2)
第1段階	生活保護等受給者	要件なし	300円	0円
	世帯全員(世帯分離している配偶者含む。以下同じ。)が市町村民税非課税で老齢福祉年金受給者	1,000万円以下 (2,000万円)		
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税 本人年金収入等が年間80万円以下	650万円以下 (1,650万円)	390円	430円
第3段階①	世帯全員が市町村民税非課税かつ 本人年金収入等が年間80万円超120万円以下	550万円以下 (1,550万円)	650円	430円
第3段階②	世帯全員が市町村民税非課税 本人年金収入等が年間120万超	500万円以下 (1,500万円)	1,360円	430円
第4段階	世帯に課税者がいる者・市町村民税本人課税者		1,820円	697円

※1 1日3食を基本としますが、病態により1食または2食の場合もあります。1食でも提供した場合は日額をご請求いたします。

※2 外泊された場合も居住費をご請求いたします。なお、あらかじめ入所者様の同意を得た上で外泊期間中の居室を指定(介護予防)短期入所療養介護の提供に利用した場合、ご負担はありません。

○利用者負担第4段階の利用者の方であっても、高齢者二人暮らし世帯などで一人が施設入所しその利用料を負担した場合にご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。

○その他詳細については市区町村窓口へお問合せください。

#### (2) 日用品費

日用品等のレンタルを希望される場合は外部委託業者との直接契約になります。詳細は当施設事務所までお問合せください。

※外部委託業者にお申込みされていない方で、お持ち込みのタオル・日用品・衣類等が不足したときは、外部委託業者の商品を使用させていただきます。この場合は外部委託業者と直接契約していただき、利用された日数分のご請求が発生いたしますのでご了承ください。

#### (3) その他の費用

- ・健康診断書 25,410円(税込)      ・診療情報提供書 2,200円(税込)
- ・濃厚流動食時の経鼻用栄養カテーテル 1本 380円(非課税)
- なお、使用するカテーテルにより費用が変わる場合がありますのでご了承ください。
- ・外部理美容師による理美容代 2,200円(非課税)
- ・レクリエーション費(イベントごと・希望者のみ)・・・実費+消費税
- ・死亡診断書 12,100円(税込)      ・死後処置代 24,200円(税込)

#### (4) 注意点

- ・食費・居住費、その他の日用品費に係る料金については経済状況の変動その他やむを得ない事情がある場合、相当な額に変更する場合があります。
- ・その他実費負担が必要になった場合は、その都度説明し同意をいただきます。

#### 4. 利用料のお支払について

請求方法	月末締め翌月請求になります。 毎月15日頃に請求書を発送いたします。
お支払方法	① 口座振替 口座番号と銀行届出印が必要です。毎月28日（休日の場合は翌日）に自動引き落としとなります。※振替手数料無料 ② その他のお支払い方法 毎月25日までに当施設の指定口座へ利用者様名でお振込みください。※振込手数料のご負担をお願いいたします (注) 領収書の再発行はいたしかねますのでご注意ください。

- ① 退所時の清算については前回の請求時から退所当日までの期間でまとめて請求いたします。
- ② 正当な理由がなく2ヶ月以上支払いが滞り、かつ支払いの督促より14日を経過してもお支払いいただけない場合、ご退所の上、滞納した利用料等を即時全額支払っていただきます。お支払いが困難になった場合は速やかにご相談ください。

#### 5. 入所中における医療の提供について

入所中における入所者様への医療の提供（医療機関での診察・投薬を含む）は以下のとおりとなっております。何卒ご了承くださいませようお願いいたします。

- (1) 原則として、入所期間中に他の医療機関での診察（かかりつけ医での継続診察を含む）や投薬を受けることはできなくなります。
- (2) 入所の際にご持参いただいた薬は、すべて看護職員にお渡しください。その薬がなくなりましたら必要なものにつきましては当施設にて処方いたします。
- (3) 体調が優れないときはまず当施設の医師が診察を行います。その結果、施設内で対応が可能であれば、施設内での処置・投薬にて対応いたします。
- (4) 当施設の医師が診察した結果、病院等での診察や検査、また入院等が必要であると判断された場合、また病状が急変した場合は、協力医療機関である旭ヶ丘病院での診察を受けることとなります。旭ヶ丘病院での診察の結果、入院による検査・治療が必要であると判断された場合、入院された時点をもちまして当施設は退所となります。  
(状態が落ち着いた場合など、当施設への再入所のご相談は可能です。)
- (5) 状態の急変など緊急を要する場合はご家族様等へのご連絡が遅れる場合がありますので予めご了承ください。
- (6) 外泊中に医療機関での診察が必要となった場合はまず当施設までご連絡ください。施設医師の指示により、必要な対応をお知らせいたします。

## (協力医療機関)

名称	医療法人積仁会 旭ヶ丘病院
所在地	埼玉県日高市大字森戸新田 99-1
電話番号	042-989-1121
診療科	内科・外科・整形外科・皮膚科等

## (協力歯科機関)

名称	大塚歯科医院
所在地	埼玉県川越市六軒町 2-13-5
電話番号	049-222-1656
診療科	一般歯科

## 6. 施設入所にあたっての留意事項

当施設へのご入所にあたり、施設に入所されている方々の療養の場としての快適性・安全性を確保するため下記事項を遵守くださいますようお願いいたします。

来訪・面会	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 面会時間：11時～18時（30分以内） （18時に施設する為、それまでに退室するようお願いいたします。）</li> <li>2. 面会場所：各居室</li> <li>3. 対象者：ご親族様 中学生以上3名まで、それ以上の人数は交代で可能。</li> <li>4. 面会方法：①1階事務所前で検温する。 ②面会用紙に氏名・続柄・体温を記入する。 ③マスクを着用し、アルコール手指消毒する。 ④各居室で30分以内の面会后、退室する。</li> </ol> <p><b>感染症流行時など、面会が禁止になる場合がありますので予めご了承ください。</b></p>
外出・外泊	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 外出・外泊の際には必ず行先と帰所日時を事前に届け出てください。</li> <li>2. 外出・外泊は医師の許可が必要ですので、事前に届け出てください。</li> <li>3. 外出・外泊中に飲食があった場合や排泄があった場合、帰所後、職員にお知らせいただいておりますのでご協力ください。</li> <li>4. 外出・外泊時は身元引受人または連帯保証人の付き添いが必要です。契約者ではない第三者の方のみの付き添いはお断りさせていただきますのでご了承ください。</li> <li>5. 外泊は原則1月6泊までとなります。</li> </ol>
連絡・報告	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ご家族様へ入所後に様々な事情、用件により電話連絡が行われます。 （例）施設サービス計画書に変更が生じ家族の同意が必要な場合、病状変化により受診の必要が発生した場合等</li> <li>2. 連絡先を変更された場合は、速やかに当施設へお知らせください。 <b>緊急時連絡がつかないことのないようお願いいたします。</b></li> <li>3. 入所後の病状変化や他利用者の病状により、転室や転棟をお願いすることがあります。<b>移動があった場合の連絡はいたしません。</b></li> </ol>
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。これに反した利用方法により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
食品の持込み	ご面会時等に飲食物の持ち込みがある場合は、事前にナースステーションの職員に必ず確認をしてください。食べた物や量を職員にお知らせいただく必要があります。おやつ等は原則お預かりできません。面会時に残ったものは必ずお持ち帰りください。
迷惑行為等	騒音等、他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、みだりに事務所や他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

ハラスメント行為	ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合はサービス中止や契約を解除することがあります。
貴重品・金銭	施設内への貴重品・金銭の持ち込みはご遠慮ください。やむを得ず、貴重品・金銭などを持ち込む場合は自己責任となります。 <b>施設内において、万が一持ち物の紛失・盗難等があった場合、当施設は一切の責任を負いかねますのでご了承ください。</b>
持ち込みに制限のあるもの	持ち込み可※・・・髭剃り用 T 字のカミソリ、裁縫道具 持ち込み不可・・・ハサミ、ニッパー式爪切り、カッター、カミソリ・ナイフ類、 テレビ、ライター・マッチ類、生花、香りの強いもの ※持ち込み可の物についてはナースステーションでお預かりします。 必要時にお声掛けください。

- ・床頭台備え付けのテレビを觀賞される場合は施設内でテレビカードをご購入ください。
- ・レンタルの衣類品を故意及び過失による破損や汚損、記名された場合、弁償していただきます。
- ・当施設では職員へのお心遣いは御遠慮させていただいております。

## 7. 事故発生時の対応方法ならびに損害賠償責任について

- (1) 当施設においてのサービス提供に伴い、事故が発生した場合には速やかに入所ご利用者様のご家族様等に連絡し、医療機関への受診等必要な対応を行うとともに、必要に応じて市町村へ報告するなどの対応を行います。
- (2) 当施設においてのサービス提供に伴い、施設が自己の責に帰すべき事由によって入所ご利用者様に損害が生じた場合は、その責任の範囲内で損害を賠償する責任を負います。ただし、入所ご利用者様に故意または過失が認められる場合に限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。また、当施設が自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

## 8. 非常災害時対策について

当施設におきましては、災害などの非常時に備えるため以下の設備を施設に設置し、夜間及び昼間を想定した災害時訓練は併設の旭ヶ丘病院と共同で実施しております。

◀防災設備▶スプリンクラー、避難階段、防火扉、消火用散水栓、非常通報装置、避難器具  
誘導灯及び誘導標識、防災性能カーテン

## 9. 要望及び苦情等の相談について

- (1) ご不明な点や相談・苦情等がございましたら次の体制で受付いたします。

介護医療院あさひヶ丘 相談窓口	事務所 8:30～17:00(日祝日を除く)、土 8:30～12:30
	TEL : 042-989-6587
	FAX : 042-989-6592

- (2) 当施設における相談・苦情等への対応について

- ①入所者様（家族様等）から苦情・相談等を受け付けた時は、受付日時、受付者、相談・苦情等の内容を記録します。又、受付担当者以外の者が受け付けた場合は、受付担当者に報告します。

- ②受付担当者は、入所者様の状況を把握するため、必要に応じて面談等を実施し、状況の聴き取りや事情の確認を行います。把握した状況については記録し、管理者に報告します。
- ③報告を受けた管理者は、看護・介護職員その他の職員に事実関係の確認を行います。
- ④把握した状況について、管理者及び受付担当者により検討を行い、その結果に基づき、当施設の全体会議において解決策・対応方法を決定します。
- ⑤決定した対応方法・内容により、必要に応じて連絡・調整を行うとともに、入所者様（家族様等）には、解決策・対応方法を含めて結果の報告を行います。最終的な解決までに時間がかかる場合においても、この旨を報告します。

### (3) その他相談窓口

市の相談窓口・・・・・・・・日高市役所 長寿いきがい課

〒350-1929 埼玉県日高市大字南平沢 1020 番地

TEL：042-989-2111（代） FAX：042-989-2316

その他公的機関窓口・・・埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課

〒338-0002 埼玉県さいたま中央区下落合 1704 番地

TEL：048-824-2568（直） FAX：048-824-2561

## 10. 身体的拘束について

当施設では、原則身体的拘束を行いません。しかしながら、利用者様の状態が下記のⅠ・Ⅱ・Ⅲをすべて満たした場合、緊急やむを得ず下記の方法と時間等において最小限度の身体的拘束を行うことがございます。ただし、実施させていただいた拘束は解除することを目標に鋭意検討を行うことをお約束いたします。

- Ⅰ.入所者本人又は他の入所者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い時
- Ⅱ.身体的拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない時
- Ⅲ.身体的拘束その他の行動制限が一時的なものである時

## 11. 虐待防止について

1. 虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じています。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する「身体的拘束適正化・虐待防止委員会」を3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 職員に対し、虐待防止のための研修を年に2回以上実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2. サービス提供中に職員又は利用者の家族等高齢者を現に養護する者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

## 12. 個人情報利用目的について

介護医療院あさひヶ丘では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護（介護予防）サービスの提供に必要な利用目的】

- ① 当施設内部での利用目的・・・当施設が利用者等に提供する介護(介護予防)サービス、介護保険事務、介護(介護予防)サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち、1.入退所等の管理 2.会

計・経理 3.事故等の報告 4.当該利用者の介護(介護予防)・医療サービスの向上

- ②他の事業者等への情報提供を伴う利用目的・・・当施設が利用者等に提供する介護（介護予防）サービスのうち 1.協力医療機関との間で病歴等の情報を共有 2.利用者に居宅（介護予防）サービスを提供する他の居宅（介護予防）サービス事業者や地域包括支援センター、居宅介護（介護予防）支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答、3.利用者の診療等に当たり外部の医師等の意見・助言を求める場合、4.検体検査業務の委託その他の業務委託、5.家族等への心身の状況説明
- ③介護保険事務のうち 1.保険事務の委託 2.審査支払機関へのレセプトの提出 3.審査支払機関又は保険者からの照会への回答・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

#### 【上記以外の利用目的】

- ①当施設の内部での利用に係る利用目的・・・当施設の管理運営業務のうち 1.医療・介護(介護予防)サービスや業務の維持・改善のための基礎資料 2.当施設において行われる学生の実習への協力 3.当施設において行われる事例研究
- ②他の事業者等への情報提供に係る利用目的・・・外部監査機関への情報提供

### 1 3. 施設生活におけるアクシデント・リスクについて

当施設では利用者が快適な入所生活を過ごされるように安全な環境作りに努めておりますが、身体状況や病気に伴う様々な症状により、下記の危険が伴うことを十分にご理解ください。

【高齢者の特徴に関して】※ご確認頂きましたら  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。
- 原則身体的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。
- 高齢者の骨はもろく、通常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、軽度の打撲であっても皮下出血ができやすい状態にあります。
- 高齢者は飲み込む力が低下し、誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者は脳や心臓の疾患等で、急変・急死される可能性が高い状態にあります。
- 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。

以上のように多くの危険に囲まれながら生活しているといっても過言ではありませんが、これらはご自宅においても起こりうることでありますのでご留意ください。ご不明な点がございましたら遠慮なくお尋ねください。

### 1 4. 理美容代の同意 2,200 円/回

希望する  希望しない

ご希望の際はナースステーションにお申込みください。ご希望の髪型をご家族様に確認させていただきます。ご家族様に確認がとれない場合は散髪できない場合がありますのでご了承ください。

なお、理美容は外部業者に委託しております。

ご利用者氏名

ご家族様氏名

以上、介護医療院サービスの提供の開始に際し、この書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明年月日：           年           月           日

事業者	所在地	埼玉県日高市大字森戸新田 99 番地 1
	名称	医療法人 積仁会
	代表者氏名	理事長 古城 資久
	施設所在地	埼玉県日高市大字森戸新田 99 番地 1
	施設名称	介護医療院あさひヶ丘
	説明者氏名	

この書面に基づき重要事項の説明を受け、介護医療院サービスの提供の開始に同意します。

同意年月日：           年           月           日

利用者氏名	住 所	
	氏 名	

(保証人 身元引受人)	住 所	
	氏 名(代筆者・続柄)	
	連絡先電話番号	

連帯保証人	住 所	
	氏 名(代筆者・続柄)	
	連絡先電話番号	

保佐人・補助人 成年後見人・	住 所	
	氏 名	開始日   年   月   日
	連絡先電話番号	