

重要事項説明書

当施設が提供する介護老人保健施設サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

施設の名称	みかたはら介護老人保健施設
施設の所在地	静岡県浜松市中央区三方原町 675-6
電話番号	053-438-5886
FAX 番号	053-438-5887
代表者職名・氏名	施設長 渡辺 基
介護保険事業所番号	2257180121
指定年月日	平成31年2月1日

法人の種類及び名称	医療法人社団 東医会
代表者氏名	理事長 渡辺 基
法人住所	静岡県浜松市中央区三方原町 675-6
電話番号	053-438-5886

2 施設の職員の概要

3 施設の設備概要

職 種	員 数	備 考
職 種	員 数	施設長は、必要に応じ員数以上の職員を置くことが出来る。
管理者	1人	
医師	1人	
薬剤師	0.3人	
看護職員	9人	
介護職員	25人	
支援相談員	3人	
理学療法士	1人	
管理栄養士	1人	
介護支援専門員	1人	
定員	入所 100名 短期入所 空床利用(上限15名までとする。)	
療養室	4人部屋 18室 (1室 33.33㎡～34.95㎡)	
	2人部屋 6室 (1室 19.83㎡)	
	個室 16室 (1室 12.96㎡～13.61㎡)	
浴室	○ 一般浴槽 ○ 特殊浴槽	
機能訓練室	113.13㎡ (内法 103.18㎡) 1階	
食堂・談話	107.47㎡ (内法 102.84㎡)各2階・3階	
その他の設備	○ 診察室 ○ レクリエーションルーム ○ その他 エレベーター 2基 空気脱臭のマイナスイオン発生装置を完備	

4 介護老人保健施設サービスの運営の方針

要介護者等への温かい愛情のもとに、心身と健康維持に努めること。施設と地域社会の和の中、要介護者等が安心して生活できる環境を創るとともに機能訓練等のサービスにも心がけ、要介護者等の社会復帰を目標に全力をそそぐ施設にする。

5 利用料金

(1) 当施設の介護老人保健施設サービスの提供(介護保険適用部分)に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割～3割、食事代の(1日 2050円)居住費(相部屋1日 500円・個室1日 1640円)です。なお、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額(第1段階 300円/日・第2段階 390円/日・第3段階①650円/日・第3段階②1360円/日)になります。また、居住費についても負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている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。(相部屋の場合、第1段階 0円/日・第2段階 370円/日・第3段階 370円/日、個室の場合第1段階 490円/日・第2段階 490円/日・第3段階 1310円/日)になります。

○基本料金

(介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。下記は1日あたりの自己負担分です。)

	多床室	従来型個室
要介護度1	793単位	717単位
要介護度2	843単位	763単位
要介護度3	908単位	828単位
要介護度4	961単位	883単位
要介護度5	1012単位	932単位

その他、在宅復帰・在宅療養支援機能加算として1日51単位、サービス提供体制加算として1日6単位、夜勤職員配置加算1日24単位、介護職員等処遇改善加算V13は、基本料金と加算を加えた単位数に加算率3.1%を乗じた分 地域区分7級地(浜松市)として地域加算率(10.14)を乗じた1割～3割が自己負担となります。

○ この他、「指定施設サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第21号)に規定される介護保健施設サービスを受けた場合は、一定の料金を負担していただきます。

(2) その他の費用(内容:別紙1に詳細記載)

特別な食事の提供に要する費用、理美容代、その他の日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

(3) 料金の支払方法

あなたが当施設に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月20日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、その月の末日までにお支払いください。支払方法は、口座振替、銀行振込とし、入所時のご契約の際にご選択ください。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により介護老人保健施設サービスをキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当施設に連絡してください。

ア 入所前のキャンセルの場合 無料

イ 入所中のキャンセルの場合あなたが中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載(あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、担当の市町村の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の9割)の払い戻しを受けてください。

6 サービスの利用方法

(1) 利用開始

○ 当施設に電話でお申し込みください。当施設の担当職員が介護老人保健施設サービスの内容等についてご説明します。療養室に空き部屋があればご入所いただけます。

○ この説明書によりあなたからの同意を得た後、当施設の介

介護支援専門員が施設サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2日前までに文書で申出てください。

イ 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の10日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが他の介護保険施設に入所した場合。
・あなたの要介護度が非該当（自立）又は要支援1・2と認定された場合
・あなたが亡くなったとき

エ その他

・当施設が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当施設が閉鎖した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。

・あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為・反社会的行為を行った場合、病状、心身状態等が著しく悪化し、施設での適切な介護老人保健施設サービスの提供が困難と判断された場合、天災・災害等で、施設の設備の故障その他やむを得ない理由にて施設利用が、出来ない場合は、文書等であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

7 サービス利用に当たっての留意事項

Table with 2 columns: Item (e.g., 面会, 外出, 飲酒) and Description (e.g., 対面, オンライン面会, 事前に申込みが必要です).

8 サービスの内容

当施設があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

Table with 2 columns: Item (e.g., ご利用期間, 内容) and Description (e.g., 契約書の第3条の契約期間内, 食事・朝食 7:30～・昼食 11:30～・夕食 17:00～).

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
○ サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払います。

9 担当の職員

あなたを担当する当施設の代表従業者は以下のとおりです。

Table with 2 columns: Job Title (e.g., 医師, 薬剤師) and Name (e.g., 渡辺 基, 可知 茂男).

10 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関に協力いただいています。

- ・協力医療機関
・名称 聖隷三方原病院
・住所 静岡県浜松市中央区三方原町 3453
・名称 浜松赤十字病院
・住所 静岡県浜松市浜名区小林 1088-1
・協力歯科

- ・名称 グリーンデンタルクリニック
・住所 静岡県浜松市中央区三方原町 1408-3

非常災害対策

Table with 4 columns: Section (非常対応, 訓練等, 防災設備, 消防火計画) and Content (e.g., 別途定める「みかたはら介護老人保健施設の消防計画及び地震防災応急計画」).

12 苦情処理

あなたは、当施設の介護老人保健施設サービスの提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当施設に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

Table with 2 columns: Item (窓口担当者, ご利用時間, ご利用方法) and Description (e.g., 支援相談員・松本 弘昭, 毎日午前8時30分～午後5時).

この他、浜松市や国民健康保険団体連合会窓口、各区役所に苦情を申立てることができます。

Table with 2 columns: Organization (e.g., 浜松市, 国民健康保険団体連合会) and Contact Info (e.g., 担当窓口 介護保険課, 電話番号 053-457-2374).

付則 この重要事項の実施は、令和6年1月1日とする。この重要事項の実施は、令和6年2月1日とする。この重要事項の実施は、令和6年4月1日とする。この重要事項の実施は、令和6年6月1日とする。この重要事項の実施は、令和6年10月1日とする。

令和 年 月 日

(施設) 介護老人保健施設サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県浜松市中央区三方原町 675-6

名称 みかたはら介護老人保健施設

説明者 松本 弘昭 印

(入所者) この説明書により、介護老人保健施設サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住所

氏名 印

(代理人)

住所

氏名 印