

重要事項説明書

介護医療院

愛生介護医療院

重要事項説明書（指定介護医療院）

当事業者が提供する指定介護医療院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

事業者の名称	医療法人社団睦会
主たる事務所の所在地	岐阜県羽島郡笠松町円城寺971
電話番号	058-388-3300
法人の種別及び名称	医療法人
代表者職	理事長
代表者氏名	服部 夏樹

事業所の名称	愛生介護医療院
事業所の所在地	岐阜県羽島郡笠松町円城寺971
介護保険事業者番号	21B0600016
指定年月日	2000年1月28日
管理者の氏名	服部 夏樹
交通の便	名鉄本線笠松駅より町民バスで12分中野郵便局前下車
電話番号・FAX	Tel 058-388-3300 FAX 058-387-6979

2 事業所の職員の概要

2024.8.1

職種	資格	員数	勤務体制		備考
管理者	医師	1人	常勤1人		当該医療機関における配置人数
医師	22人	常勤 3人	非常勤 19人		
薬剤師	3人	常勤 1人	非常勤 2人		
管理栄養士	3人	常勤 3人			
診療放射線技師	1人	常勤 1人			
看護職員	4階 (介護医療院)	11人	常勤 7人	非常勤 4人	※介護支援専門員は常勤の看護要員1名以上が兼務
介護職員	4階 (介護医療院)	8人	常勤 8人		
理学・作業・言語療法士		1人	常勤 1人		介護保険の利用者と担当する人数

3 施設の概要

定員	36人
居室	4人部屋 8室 (1室 28.5㎡) (1人 7.1㎡)
	2人部屋 2室 (1室 14.5㎡) (1人 7.2㎡)
浴室	3室 (一般浴槽1・機械浴槽1・シャワー室1) 127.7㎡ ○一般浴槽・機械浴槽は他の病棟と兼用
食堂	1室 (談話室と兼用) 59.1㎡
機能訓練室	6室 (理学療法・作業療法等) 588.0㎡ ○機能訓練室は他の病棟と兼用

4 指定介護医療院サービスの運営方針

指定介護医療院の従業者は、長期にわたり療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う。

5 利用料金

- (1) 当施設の指定介護医療院サービスの提供（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割又は2割又は3割です。

2024年6月1日現在

要介護度	施設サービス費自己負担額		管理栄養等 負担額
	I型介護医療院サービス費（I）（ii） 夜間勤務等看護加算（IV）7円（1日） サービス提供体制加算（I）22円（1日） 高齢者施設等感染対策向上加算（I）（II）15円/月 科学的介護連携推進加算（II）60円（1月） 療養環境減算2-25円（1日） 感染対策指導管理6円（1月）		
	多床室		
要介護1	833円		
要介護2	943円		経口維持加算 I 1月/400円
要介護3	1,182円		経口維持加算 II 1月/100円
要介護4	1,283円		療養食加算 1食/6円
要介護5	1,375円		

○基本料金は、所定の単位に10円を乗じて得た額です。負担額は所定単位数に10円を乗じて得た額の1割又は2割又は3割をご負担いただきます。

○基本料金その他、初期加算、退所時情報提供加算、退所前訪問指導加算、退所時栄養情報連携加算、再入所時栄養情報連携加算、緊急時治療加算、若年性認知症患者受入加算、特別診療費（日常的に必要な医療行為、リハビリ等）、感染対策向上加算、協力医療機関連携加算、新興感染症等施設療養費、高齢者等感染対策向上加算を行った場合は、それぞれの所定単位数に10円を乗じて得た額の1割又は2割又は3割を、介護職員等処遇改善加算（I）は利用総金額の5.1%をご負担いただきます。

○当施設で対応できる日常的な医療・看護については介護保険サービスの中で行われますが、急性期治療のための医療、歯科等での医療につきましては、医療保険より受けていただき別途自己負担をいただくこととなります。

○居住費・食費については、表の利用者負担段階ごととなります。

※第1段階から第3段階の方が、居住費や食費の軽減を受けるには、「介護保険負担限度額認定証」を提示する必要があります。提示がない場合は、会計窓口での減額はされません。

区分	対象者		居住費	食費	
	年金収入等要件	資産要件			
第1段階	・市町村民税非課税世帯で高齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護を受給されている方		0円	1日負担限度 300円	朝 335円 昼 590円 夕 520円
第2段階	・市町村民税非課税世帯の方で合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方	単身 650万円以下 夫婦 1650万円以下	430円	1日負担限度 390円	朝 335円 昼 590円 夕 520円
第3段階 ①	・市町村民税非課税世帯の方で上記第2段階以外の方 ・市町村民税非課税世帯の方で合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間80万円超120万円以下の方 ・市町村民税課税層における特例減額措置が適用となる方	単身 550万円以下 夫婦 1550万円以下	430円	1日負担限度 650円	朝 335円 昼 590円 夕 520円
第3段階 ②	・市町村民税非課税世帯の方で上記第2段階以外の方 ・市町村民税非課税世帯の方で合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間120万円超の方 ・市町村民税課税層における特例減額措置が適用となる方	単身 500万円以下 夫婦 1500万円以下	430円	1日負担限度 1,360円	朝 335円 昼 590円 夕 520円
第4段階	上記以外の方		730円	1,750円	朝 420円 昼 690円 夕 640円

○高額介護サービス費の制度

1ヶ月間の自己負担額がある「一定額」を超えますと、その「一定額」を超えた額のみだけ払い戻される制度があります。手続きを必要としますので詳しくは市町村窓口にご相談ください。（居住費、食費、日常生活用品等は除く）

段階	上限額（月額）
第1段階	15,000円
第2段階	15,000円
第3段階	24,600円
第4段階	44,400円

(2) その他の費用

特別な居宅の提供に要する費用、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。

※個人的に利用する電気器具の電気料金

- ・貸出テレビ1日165円（税込）、イヤホン1個220円
- ・その他器具に応じて1日50円～100円

※その他、日常生活用品、病衣、インフルエンザ予防接種等の費用については別途、申込用紙にて申込みを行ってご利用いただけます。

(3) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとに精算します。毎月10日(10日が休日の場合は11日)に前月分のご利用いただいたサービス利用料金の請求を致しますので、その月の20日までに現金でお支払い下さい。

(4) 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、当事業所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、保険者であるご自分の在住する市町村の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の9割又は8割又は7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込みください。当施設の担当職員が指定介護医療院サービスの内容等についてご説明いたします。
- この説明書によりあなたから同意を得た後、当事業所にて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7日前までにお申し出下さい。
- イ 当事業所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、サービスの終了日の7日前までに、文書によりあなたに通知します。
- ウ 医師が医学的に入院の必要性がないと判断した場合。
- エ 自動終了
次の場合は、サービスは自動終了となります。
 - ・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、要支援2、と認定された場合。
 - ・あなたが亡くなったとき。
- オ その他
 - ・当事業者が正当な理由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を指定期日までに納入せず、支払いの催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書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 サービスの利用に当たっての留意事項

面会	感染症対策の為、面会時間を制限させていただいています。詳細はお尋ねください。
外泊・外出	外泊・外出の際には主治医の許可を得て、必ず行き先と帰院日時を職員に申し出る等必要な手続きをおとり下さい。
病室・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いご利用ください。これに反したご利用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。
喫煙	当院は敷地内禁煙となっております。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の居室等に立ち入らないようにしてください。
財産の管理	所持品等は最小限必要な物とし、持ち込む際は施設担当者の許可を得

(所持品及び現金等)	てください。又、所持品等の破損・紛失及び現金の紛失には当法人は責任を負いかねますのでご注意ください。
宗教・政治活動	施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
その他	施設内へのペットの持ち込みはお断りいたします。

8 非常災害対策

非常時の対応	消防署への非常通報・初期消火・避難誘導
近隣との協力関係	職員寮との連絡設備による連携応援体制
平常時の防災訓練等	年2回内1回は総合訓練
防災設備	スプリンクラー、自動火災報知器、消火用散水栓、防火扉、防火加工されたカーテン、布団等消防法に定められたもの
消防計画	消防署への届出 2017年4月28日 防火管理者 奥村 将久

9 緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う際の手続

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由について、利用者またはその家族等の了解に基づいて実施いたします。

10 苦情を処理するために講ずる措置の概要

- ①苦情または相談等に対しては、利用者及びその家族等のプライバシーの保護に十分に配慮するとともに誠意をもって対応します。
- ②苦情に関する相談があった場合は、担当者は迅速に問題の所在、起因する事項等の事実関係の把握を行い、速やかに対応の具体的方針を相談者に説明します。
- ③苦情または相談については、担当者が責任をもって対応しますが、利用者及びその家族等の納得が得られない場合は、市町村への報告・協議を行い、他の介護医療院等を紹介するとともに、利用者及びその家族等に同意を求め、サービスが継続的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行います。
- ④当介護医療院のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、下記の相談窓口にお申し出下さい。

○苦情相談窓口

担 当	奥 村 将 久
電話番号	058-388-3300
受付時間	平 日 9:00~16:00 土曜日 9:00~12:00

○公的機関の相談・苦情相談窓口

各市町村介護保険 相談窓口	笠松町	058-388-1111 (健康介護課) 平日 8:30~17:15
	岐南町	058-247-1331 (健康推進課) 平日 8:30~17:15
	岐阜市	058-265-4141 (介護保険課) 平日 8:45~17:30
	羽島市	058-392-1111 (高齢福祉課) 平日 8:30~17:15
	各務原市	058-383-1111 (介護保険課) 平日 8:30~17:15
岐阜県国民健康保険団体連合会		058-275-9826 (介護・障害課) 平日 9:00~17:00

11 秘密保持義務

正当な理由のない限り、介護医療院及びサービス従業者は、義務上知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を、第三者に漏らしません。個人情報保護に関する法律その他の規範を遵守します。尚、個人情報の利用については同意書をいただきます。但し、例として次の①、②のような場合については、その情報を用いることは正当な理由がある場合に含まれるものとします。

- ①介護医療院サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護医療院等への情報提供、その他、利用者が介護保険の給付を受けるために必要な者への開示、あるいは、他の医療機関への情報提供。
- ②介護医療院サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。
尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等使用することを厳守します。

12 事故発生時の対応

- ①利用者に対する介護医療院サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ②介護医療院は、利用者に対する介護医療院サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合、速やかに損害賠償を行います。

令和 年 月 日

(事業者)

指定介護医療院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 岐阜県羽島郡笠松町円城寺971

名称 愛生介護医療院

説明者 _____ 印

(利用者)

この説明書により、指定介護医療院サービスに関する重要事項の説明を受け同意しました。尚、誓約書及び契約書にある連帯保証人には、私または身元引受人より説明内容を伝え同意を得ます。

住所 _____

氏名 _____ 印

(身元引受人兼連帯保証人である家族)

住所 _____

代筆者氏名 _____ 印 続柄〈 _____ 〉

極度額 50万円

利用者・身元引受人 保管用

令和 年 月 日

(事業者)

指定介護医療院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 岐阜県羽島郡笠松町円城寺971

名称 愛生介護医療院

説明者 _____ 印

(利用者)

この説明書により、指定介護医療院サービスに関する重要事項の説明を受け同意しました。尚、誓約書及び契約書にある連帯保証人には、私または身元引受人より説明内容を伝え同意を得ます。

住所 _____

氏名 _____ 印

(身元引受人兼連帯保証人である家族)

住所 _____

代筆者氏名 _____ 印 続柄〈 _____ 〉

極度額 50万円

施設事業所 保管用