

重要事項説明書（指定介護医療院サービス）

当施設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 施設の概要

開設者の氏名	医療法人社団 桑寿会
主たる事務所の所在地	静岡県下田市柿崎997-2
電話番号	0558-22-5001
法人の種別及び名称	医療法人社団桑寿会
代表者職	理事長
代表者氏名	荒井 充
施設の名称	医療法人社団桑寿会下田温泉病院介護医療院
施設の所在地	静岡県下田市柿崎997-2
介護保険事業所番号	22B0200014
指定年月日	令和3年11月1日
交通の便	伊豆急下田駅よりタクシー5分

2 施設の職員の概要

職種	資格	員数
管理者	医師	1人
医師		1人
薬剤師		1人
栄養士		1人
看護職員		10人以上
介護職員		12人以上
理学療法士		1人
介護支援専門員		1人

3 施設の設備概要

定員	60人
病室	4人部屋 13室（1室 30.80㎡）
	2人部屋 4室（1室 17.54㎡）
浴室	一般浴槽
	特殊浴槽
食堂	69.86㎡
機能訓練室	57.72㎡
その他の設備	相談室

4 指定介護医療院サービスの運営の方針

急増する高齢者の予防医学、同教育を徹底し、不幸にして罹患せる人々に対しては肉体的には勿論、精神的に安心感を与えられるような診療方針で臨む。

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、2割、3割及び食事の標準負担額です。

基本料金（1日分）

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	770単位	1,540単位	2,310単位
要介護2	867単位	1,734単位	2,601単位
要介護3	1,075単位	2,150単位	3,225単位
要介護4	1,165単位	2,330単位	3,495単位
要介護5	1,245単位	2,490単位	3,735単位

○基本料金は、所定の単位に10円を乗じて得た額です。

○この他、「指定居宅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19号）に規定される指定介護医療院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

特別な病室の提供に要する費用、特別な食事の提供に要する費用、理容代、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) 加算（1割負担の場合）

初期加算 30円/日（入院後30日）、感染対策指導管理加算 6円/日、褥瘡対策指導管理加算 6円/日、療養食加算 6円×3食/日、サービス提供体制強化加算 I 22円/日、退院時情報提供加算 500円/1回のみ、安全対策体制加算 20円/入院時1回のみ

- (4) 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、月ごとの清算とします。毎月10日頃までに、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20日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込、現金支払の中からご契約の際に選んでください。

- (5) キャンセル料

あなたのご都合により指定介護医療院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下さい。

ア 入所前のキャンセルの場合

入所日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
入所日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合	1日の基本料金の50%

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。

- (6) 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、当該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、市町村の担当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

- 当施設に電話等でお申し込みください。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します。入所判定会後、入所日の調整をさせていただきます。
- この説明書によりあなたから同意を得た後、当施設の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7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14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。

ご利用期間：令和 年 月 日 ～ 年 月 日

内 容：食事
排せつ
入浴、清拭
機能訓練
医療、看護
離床
着替え
整容
理美容
特別な食事
特別な療養室
その他

- 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及び器具等については、安全・衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備及び器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

8 担当の職員

あなたを担当する当施設の従業者は以下のとおりです。

医師

薬剤師

管理栄養士

看護職員

介護職員

理学療法士

介護支援専門員

9 非常災害対策

平常時の防災訓練	年 2 回 防災訓練実施
防災設備	スプリンクラー、消火栓、消火器 設置
消防計画	消防への届出：平成 15 年 4 月 1 日 防 災 管 理 者

10 損害賠償

- (1) 施設は、指定介護医療院サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 施設は、指定介護医療院施設サービスを提供により賠償すべき事故が発生した場合は、その損害を速やかに賠償する義務を負います。

11 苦情処理

あなたは、当施設の指定介護医療院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。

苦情相談窓口 担 当： 相談員
電話番号： 0 5 5 8 - 2 2 - 5 0 0 1

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申立てることができます。

市町	下田市担当窓口： 市民保健課介護保険係
	電話番号： 0 5 5 8 - 2 2 - 2 0 7 7
国民健康保険団体連合会	担当窓口： 介護保険課
	電話番号： 0 5 4 - 2 5 3 - 5 5 9 0

令和 年 月 日

(施 設)

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 : 静岡県下田市柿崎 9 9 7 - 2

名 称 : 医療法人社団桑寿会下田温泉病院介護医療院

説 明 者 : _____ (印)

(入所者)

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ました。

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

(代理人)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)