

重要事項説明書（短期（介護予防）入所療養介護サービス）

あなたに対する（介護予防）短期入所療養介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）155条、125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人社団 心
主たる事務所の所在地	浜松市中央区小豆餅4丁目4-20
法人種別	医療法人社団
代表者名	小野 宏志
設立年月日	平成18年 12月 12日
電話番号	053-416-1640
ファクシミリ番号	053-416-1648
ホームページアドレス	www.sakanoue-fc.jp/

2. ご利用事業所

事業所の名称	医療法人社団 心 坂の上在宅医療支援医院
事業所の所在地	浜松市中央区幸4丁目36-2
事業所番号	2217211057
施設長の氏名	坂田 稔之
電話番号	053-416-2014
ファクシミリ番号	053-525-7110

3. 事業所の目的と運営の方針

事業所の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定（介護予防）短期入所療養介護を提供することを目的とする。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none">・利用者の心身の特性を踏まえて、その居宅において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、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。・関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4. 施設の概要

有床診療所 坂の上在宅医療支援医院

敷地		7337.54 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造
	延床面積	1,070.76 m ²
	利用定員	19名

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
個室	8	18.00 m ²	15.30 m ²
個室	1	18.54 m ²	15.88 m ²
特別室	1	40.00 m ²	37.28 m ²
4人室	2	36.00 m ²	8.12 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	数
食堂・デイルーム	1
一般浴室	2
洗面所	1階2箇所
便所	地下1階4箇所 1階3箇所（ウォシュレット設備有り）

5. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

(1) 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内容	自己負担額
排せつ	自立排せつか、時間排せつか、おむつ使用について利用者の状況にあわせて具体的に対応します。	介護保険負担割合に応じた額をお支払いいただきます。
入浴・清拭	入浴日～ ※入浴は週2回以上行います 入浴時間 10時～15時 入浴日でも入浴しない方はタオルで体をおふきします。	
離床	寝たきり防止のための離床のお手伝いをします。	
着替え	必要時には着替えのお手伝いをします。	
整容	身の回りのお手伝いをします。	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。	
寝具の消毒	寝具の消毒は月1回行います。	
健康管理	当施設の医師により、緊急時は診察を行わせていただきます（ <u>検査、処方</u> はできません）。 外部の医療機関に通院する場合はご家族にて対応をお願い致します。	
送迎	当有床診療所における送迎時間に限り対応させていただきます。	
介護相談	利用者とその家族からのご相談に応じます。	

利用料は別紙をご参照ください。

介護職員処遇改善加算Ⅰ（加算率 2.6%）

介護職員等ベースアップ等支援加算（加算率 0.5%）

介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ（加算率 1.1%）

(2) 食事（食費）

食事	食事時間	負担限度額
	朝食 7時～8時まで	朝 565円
	昼食 12時～13時まで	
	夕食 18時～19時まで	
	食事場所	昼 775円
	できるだけ離床して食堂でお食ください。 献立表は、一か月の予定を事業所内に掲示しています。	夜 725円
	食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。	

	お茶の配茶はスタッフで行います	
--	-----------------	--

(3) 居室の料金 (1日あたり)

当施設には下記の種類の居室があります。

居室の種類	内容
個室	¥2,200 (税込)
特別室	¥22,000 (税込)
4人部屋(多床室)	¥0

(負担限度額認定の方)

負担限度額	食費	居住費	
		個室	多床室
第1段階の方	¥300	¥490	0
第2段階の方	¥600	¥490	¥370
第3段階①の方	¥1,000	¥1,310	¥370
第3段階②の方	¥1,300	¥1,310	¥370
第4段階の方	¥2,065	¥2,000	¥800

食費の負担限度額は本人及び世帯の収入により異なります。

- ・第1段階の方・・・生活保護を受けている方、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方
- ・第2段階の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円以下の方で、一定以下の預貯金額の方
- ・第3段階①の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円120万以下の方で、一定以下の預貯金額の方
- ・第3段階②の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が第1段階の方や第3段階①の方に当てはまらない方で、一定以下の預貯金額の方
- ・第4段階の方・・・上記以外の方

(4) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内容	自己負担額
特別な食事	ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。	実費をご負担いただきます。
洗濯	原則的にご本人様の衣類などに関してはご家族様で洗濯をお願いいたします。	業者を使用させていただく場合、全額自己負担をお願いします。
その他	※日常生活に必要な物品(ただしおむつを除きます。)	

	入所者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。
	<p>※医療</p> <p>当施設の医師による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては他の医療機関による往診や入院により対応し、医療保険適用により別途自己負担して頂くこととなります。</p>

6. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用担当（窓口担当者 向井 健太、電話 053-416-2014）までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

名称	坂の上在宅医療支援医院
所在地	浜松市中央区幸4丁目36-2
電話番号	053-416-2014
ファクシミリ番号	053-525-7110
受付時間	月曜日～金曜日 9時～16時
名称	中央福祉事務所 長寿支援課 中央区役所内
所在地	浜松市中央区元城町103-2
電話番号	053-457-2324
名称	静岡県国民健康保険団体連合会
所在地	静岡市葵区春日2丁目4番34号
電話番号	054-253-5590

7. 協力医療機関

医療機関の名称	坂の上ファミリークリニック
院長名	青木 茂
所在地	浜松市中央区小豆餅4丁目4-20
電話番号	053-416-1640

8. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「坂の上在宅医療支援医院消防計画」に則り対応を行う
--------	--------------------------------

	います。
平常時の訓練	別途定める計画に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー… あり 避難階段… なし 自動火災報知器… あり 誘導灯… あり ガス漏れ報知器…あり 防火扉・シャッター… あり 屋内消火栓… あり 非常通報装置… あり 漏電警報器… あり 非常用電源… あり カーテン・布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	浜松市 中 消防署への届出日 2022年10月1日 防火管理者 大隅 麻紀子

9. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 13時～20時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
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・飲酒	施設内での喫煙は禁止とさせていただきます。 飲酒は禁止とさせていただきます。
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、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	物品等への名前の記入をお願いいたします。お持ちいただきます物品に名前の記入のない物品につきましては責任は負えません。
現金等の管理	必要以外の金銭の持ち込みはご遠慮させていただきます
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 _____ ， 氏名 _____ ）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

（利用者）

氏名 _____ 印 _____
住所 _____

（利用者の家族等）

氏名 _____ 印 _____
住所 _____
続柄 _____

（署名代行者）

私は、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

氏名 _____ 印 _____
住所 _____