

介護医療院 新関内科医院

重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努め、長期にわたり療養が必要である人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必要な医療並びに日常生活上の援助を行うことにより、利用者がその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に支援いたします。

2 開設事業者

名 称 医療法人 新関内科医院

所 在 地 大分県日田市田島2丁目4番9号

代表者氏名 理事長 新関 寛

3 ご利用施設

名 称 介護医療院 新関内科医院

所 在 地 大分県日田市田島2丁目4番9号

電 話 番 号 0973-24-3355

管理者氏名 新関 修

施設の種類 介護医療院

開設年月日 2022年4月1日

定 員 7名

4 施設の概要

敷地面積 842.17㎡

建築構造 鉄筋コンクリート、一部鉄骨造 3階建

主な設備 食堂・機能訓練室・浴槽・洗濯室

5 提供するサービスの内容

- (1) 療養上の管理
- (2) 看護
- (3) 介護
- (4) 機能訓練その他必要な医療

6 サービスの提供にあたる職員の職種・員数・職務内容

- 1 医師 2名（兼任） 健康管理及び療養の総括管理業務を行います。
- 2 管理栄養士 1名（兼任） 栄養の管理及び献立業務を行います。
- 3 看護職員 2名（専任2名） 健康管理・医師との連携業務を行います。
- 4 介護職員 3名（専任3名） 介護全般業務を行います。
- 5 介護支援専門員 1名（兼任1名） 施設サービス計画の作成を行います。

当施設は、身体的拘束その他行動制限は原則禁止です。利用者の安全確保と人権擁護の観点から緊急やむを得ない場合を除き、必要最小限にとどめ、早期に抑制を解除するための検討を行ない利用者、家族に十分な説明と同意をいただきます。

当施設は、「高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」を踏まえ、サービス提供にあたって身体的、精神的な虐待が起きることのないよう、この指針を定め、全ての職員は指針に従ってサービスを提供します。

7 サービス利用料金

利用者負担額（多床室）

	サービス費（10割）	利用者負担（1割）	1ヶ月（30日）あたり
要介護1	7,790円	779円	23,370円
要介護2	8,760円	876円	26,280円
要介護3	10,850円	1,085円	32,550円
要介護4	11,740円	1,174円	35,220円
要介護5	12,540円	1,254円	37,620円
居住費（一般世帯）		377円（1日）	11,310円
食費（一般世帯）		1,960円（1日）	58,800円

・オムツ使用に係る費用（オムツ・カバー等）を含みます。

・サービス提供体制強化加算Ⅲ：6単位、感染対策指導管理：6単位

褥瘡対策指導管理（1）：6単位を含みます。

特別診療費

加算等名	加算等（10割）	利用者負担（1割）
初期加算（入所から30日以内）	300円	30円
療養食加算（1食につき）	60円	6円

介護保険給付の対象とならない利用料金

（1） 諸費

シャンプー・石けん（特別なものを除く）、ウエットティッシュなど

1日 50円

（2） 前各号に掲げるもののほか、日常生活においても通常必要となるものに係る費

用であって、利用者の負担とすることが適当と認められる費用については別に定める。

ティッシュ等個人で必要とする品、個人で必要とする電気代等

但し、経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、

相当な額に変更することがあります。

8 非常災害対策

当施設では定期的に避難誘導訓練を計画・実施し、利用者の安全確保に備えております。

9 事業継続計画の策定等

・感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

・従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います

・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10 サービスの提供開始にあたっての留意点

利用者はサービス提供の開始にあたって、施設の規約を守らなければならない

施設の規約については、新関内科医院入院規定に準じる。

なお、ご不明な点は事務室又は病棟主任へお尋ね下さい。

11 苦情の受付

当施設における苦情やご相談は下記にて受け付けます。

また、書面にて受付いたします。

師長 小川 幸子

重要事項に同意いたします。

年 月 日

利用者

住所

氏名

⑩

上記代理人

住所

氏名

⑩