

介護医療院 重要事項説明書

医療法人十全会

早明浦病院介護医療院

1. 事業所の概要

事業所名	早明浦病院 介護医療院
所在地	〒781-3521 高知県土佐郡土佐町田井 1372 番地
電話番号	0887-82-0456
FAX	0887-82-0459
事業者番号	第 39B2300011
管理者	院長 古賀 眞紀子

2. 設備の概要

定員数	100
居室	個室: 24 室 (9.72 m ²) 2 人部屋: 10 室 (19.83 m ²) 4 人部屋: 14 室 (32.85 m ²)

3. 事業者の運営方針

- (1) 介護医療院の従事者は、長期にわたり療養を必要とする要介護者に対し、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その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行います。
- (2) 介護医療院サービスの実施にあたっては、居宅介護支援事業所その他保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 職員の配置状況(介護医療院全体)

(1) 主な職員の配置状況

職種	配置状況
管理者	1名(常勤兼務)
医師	2名以上(常勤兼務)
薬剤師	1名以上(非常勤兼務)
管理栄養士	1名以上(常勤兼務)
リハビリ専門職	2名以上(常勤専従)
看護職員	入所者6名に対して1名以上(常勤専従)
介護職員	2階 入所者6名に対して1名以上(常勤専従) 4階 入所者4名に対して1名以上(常勤専従)
介護支援専門員	入所者100名に対して1名以上(常勤専従)

(2) 主な職員の勤務体制

医師・薬剤師・看護職員・介護職員・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・介護支援専門員	月曜日～金曜日 8:30～17:30
--	-----------------------

<介護給付費算定に係る体制等に関する届出>

I 型介護医療院サービス費(Ⅱ) 看護職員の配置 6:1 介護職員の配置 4:1

Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ) 看護職員の配置 6:1 介護職員の配置 6:1

(3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、下記の通り研修を行っています。

- ・採用時研修:採用後 3 ヶ月以内
- ・継続研修:年 1 回

5. サービス内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

<サービスの内容>

ケアプランの作成	・施設サービス計画の立案を行います。 ・短期入所療養介護計画の立案を行います。
食事栄養管理	・栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養バランス、入所者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、食事はできるだけ離床して、食堂で摂っていただけるよう配慮します。(朝食 8:00～、昼食 12:00～、夕食 18:00～) ・栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行います。
医学的管理看護	・入所者の症状に合わせた医療・看護を提供します。また、医師による定期診察は1回/7日程度行います。 ・その他必要がある場合は適宜診察します。
排泄	・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立支援について適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、必要に応じての交換を行います。
入浴	・一般浴槽のほか入浴に介助を要する入所者にはストレッチャー入浴など身体レベルに応じた対応をします。入浴は週に 2 回程度ご利用いただきますが、身体の状態に応じて清拭となる場合があります。
機能訓練	・理学療法士または作業療法士により、入所者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の維持回復の訓練を実施します。
健康管理	医師および看護、介護職員が健康管理を行います。
その他	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活リズムを整え、適切な整容が行われ清潔で快適な生活が送れるよう援助します。 ・理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

＜サービス基本利用料金＞

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1 日あたり下記の自己負担額をお支払頂きます。

Ⅰ型介護医療院（4F）		（Ⅰ）従来型個室（円）				
要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	基本料金	7,110	8,200	10,550	11,550	12,450
	サービス提供加算（Ⅰ）	220				
	夜間勤務等看護（Ⅳ）	70				
	計	7,400	8,490	10,840	11,840	12,740
自己負担額（1割）		740	849	1,084	1,184	1,274
自己負担額（2割）		1,480	1,698	2,168	2,368	2,548
自己負担額（3割）		2,220	2,547	3,252	3,552	3,822
Ⅰ型介護医療院（4F）		（Ⅱ）多床室（円）				
要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	基本料金	8,210	9,300	11,650	12,640	13,550
	サービス提供加算（Ⅰ）	220				
	夜間勤務等看護（Ⅳ）	70				
	計	8,500	9,590	11,940	12,930	13,840
自己負担額（1割）		850	959	1,194	1,293	1,384
自己負担額（2割）		1,700	1,918	2,388	2,586	2,768
自己負担額（3割）		2,550	2,877	3,582	3,879	4,152
Ⅱ型介護医療院（2F）		（Ⅰ）従来型個室（円）				
要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	基本料金	6,480	7,430	9,520	10,420	11,210
	サービス提供強化加算（Ⅲ）	60				
	夜間勤務等看護（Ⅳ）	70				
	計	6,610	7,560	9,650	10,550	11,340
自己負担額（1割）		661	756	965	1,055	1,134
自己負担額（2割）		1,322	1,512	1,930	2,110	2,268
自己負担額（3割）		1,983	2,268	2,895	3,165	3,402
Ⅱ型介護医療院（2F）		（Ⅱ）多床室（円）				
要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	基本料金	7,590	8,550	10,640	11,540	12,340
	サービス提供強化加算（Ⅲ）	60				
	夜間勤務等看護（Ⅳ）	70				
	計	7,720	8,680	10,770	11,670	12,470
自己負担額（1割）		772	868	1,077	1,167	1,247
自己負担額（2割）		1,544	1,736	2,154	2,334	2,494
自己負担額（3割）		2,316	2,604	3,231	3,501	3,741

Ⅰ型介護医療院短期入所（4F）		（Ⅰ）従来型個室（円）						
要介護度		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	基本料金	5,910	7,310	7,680	8,790	11,190	12,220	13,140
	サービス提供加算（Ⅰ）	220						
	夜間勤務等看護（Ⅳ）	70						
	計	6,200	7,600	7,970	9,080	11,480	12,510	13,430
自己負担額（1割）		620	760	797	908	1,148	1,251	1,343
自己負担額（2割）		1,240	1,520	1,594	1,816	2,296	2,501	2,686
自己負担額（3割）		1,860	2,280	2,391	2,724	3,444	3,753	4,029
Ⅰ型介護医療院短期入所（4F）		（Ⅱ）多床室（円）						
要介護度		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	基本料金	6,540	8,150	8,880	9,930	12,330	13,340	14,260
	サービス提供加算（Ⅰ）	220						
	夜間勤務等看護（Ⅳ）	70						
	計	6,830	8,440	9,090	10,220	12,620	13,630	14,550
自己負担額（1割）		683	844	909	1,022	1,262	1,363	1,455
自己負担額（2割）		1,366	1,688	1,818	2,044	2,524	2,726	2,910
自己負担額（3割）		2,049	2,532	2,727	3,066	3,786	4,089	4,365
Ⅱ型介護医療院短期入所（2F）		（Ⅰ）従来型個室（円）						
要介護度		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	基本料金	5,460	6,740	7,040	8,020	10,150	11,060	11,880
	サービス提供強化加算（Ⅲ）	60						
	夜間勤務等看護（Ⅳ）	70						
	計	5,590	6,870	7,170	8,150	10,280	11,190	12,010
自己負担額（1割）		559	687	717	815	1,028	1,119	1,201
自己負担額（2割）		1,118	1,374	1,434	1,630	2,056	2,238	2,402
自己負担額（3割）		1,677	2,061	2,151	2,445	3,084	3,357	3,603
Ⅱ型介護医療院短期入所（2F）		（Ⅱ）多床室（円）						
要介護度		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金	基本料金	6,100	7,600	8,170	9,160	11,290	12,210	13,020
	サービス提供強化加算（Ⅲ）	60						
	夜間勤務等看護（Ⅳ）	70						
	計	6,230	7,730	8,330	9,290	11,420	12,340	13,150
自己負担額（1割）		623	773	830	929	1,142	1,234	1,315
自己負担額（2割）		1,246	1,546	1,660	1,858	2,284	2,468	2,630
自己負担額（3割）		1,869	2,319	2,490	2,787	3,426	3,702	3,945

＜その他の加算及び特別診療費＞

その他の加算及び特別診療費については、実施した場合にのみ利用料金に加算されます。金額の詳細な情報については、本説明書の説明者にご確認ください。

加算金額については介護保険法に基づき算出しております。同法改正等により変更が生じる場合がありますので、ご了承ください。

※病状により介護保険施設サービスを中止し、医療保険での治療へと変更する場合があります。また、保険料の滞納や更新手続きを行った場合は保険適用されず、サービス費用の全額を請求いたします。

その他の加算項目	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備 考
若年性認知症受入加算	120 円	240 円	360 円	1 日
外泊時費用	362 円	724 円	1,086 円	1 日(月 6 日限度)
試行的退所サービス費	800 円	1,600 円	2,400 円	1 日(月 6 日限度)
他院受診時費用	362 円	724 円	1,086 円	1 日(月 4 日限度)
初期加算	30 円	60 円	90 円	1 日(30 日以内)
再入所時栄養連携加算	200 円	400 円	600 円	1 回
退所前訪問指導加算	460 円	920 円	1,380 円	1 回(または 2 回)
退所後訪問指導加算	460 円	920 円	1,380 円	1 回(退所後 30 日以内)
退所時指導加算	400 円	800 円	1,200 円	1 回
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500 円	1,000 円	1,500 円	1 回
退所時情報提供加算(Ⅱ)	250 円	500 円	750 円	1 回
退所時栄養情報連携加算	70 円	140 円	210 円	1 回
退所前連携加算	500 円	1,000 円	1,500 円	1 回
訪問看護指示加算	300 円	600 円	900 円	1 回
栄養マネジメント強化加算	11 円	22 円	33 円	1 日(LIFE)
経口移行加算	28 円	56 円	84 円	1 日
経口維持加算(Ⅰ)	400 円	800 円	1,200 円	1 月
経口維持加算(Ⅱ)	100 円	200 円	300 円	1 月
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90 円	180 円	270 円	1 月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110 円	220 円	330 円	1 月
療養食加算	6 円	12 円	18 円	1 回(日 3 回限度)
在宅復帰支援機能加算	4 円	8 円	12 円	1 日
緊急時治療管理	518 円	1,036 円	1,554 円	1 回(連続 3 日/月限度)
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 円	6 円	9 円	1 日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4 円	8 円	12 円	1 日
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150 円	300 円	450 円	1 月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120 円	240 円	360 円	1 月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 円	400 円	600 円	1 日(入所後 7 日限り)

協力医療機関連携加算	50 円	100 円	150 円	1 月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10 円	20 円	30 円	1 月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5 円	10 円	15 円	1 月
重度認知症患者療養体制加算(Ⅰ)	140 円	280 円	420 円	1 日(要介護 1・2)
重度認知症患者療養体制加算(Ⅰ)	40 円	80 円	120 円	1 日(要介護 3・4・5)
重度認知症患者療養体制加算(Ⅱ)	200 円	400 円	600 円	1 日(要介護 1・2)
重度認知症患者療養体制加算(Ⅱ)	100 円	200 円	300 円	1 日(要介護 3・4・5)
排泄支援加算(Ⅰ)	10 円	20 円	30 円	1 月(LIFE)
排泄支援加算(Ⅱ)	15 円	30 円	45 円	1 月(LIFE)
排泄支援加算(Ⅲ)	20 円	40 円	60 円	1 月(LIFE)
排泄支援加算(Ⅳ)	100 円	200 円	300 円	1 月
自立支援促進加算	280 円	560 円	840 円	1 月(LIFE)
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40 円	80 円	120 円	1 月(LIFE)
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60 円	120 円	180 円	1 月(LIFE)
新興感染等施設療養費	240 円	480 円	720 円	1 日(1 月/1 回連続 5 日限度)
安全対策体制加算	20 円	40 円	180 円	1 回
室料相当額控除 (Ⅱ型のみ)	▲26 円	▲52 円	▲78 円	1 日
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数×4.7%×10 の 1 割、2 割、または 3 割負担額(1 月)			
身体拘束廃止未実施減算	所定単位数×－0.01 (1 月)			
高齢者虐待防止未実施減算	所定単位数×－0.01 (1 月)			
業務継続計画未策減算	所定単位数×－0.01 (1 月)			
特別診療費項目	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備 考
感染対策指導管理	6 円	12 円	18 円	1 日
褥瘡対策指導管理(Ⅰ)		12 円	18 円	1 日
褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	10 円	20 円	30 円	1 月(LIFE)
初期入所診療管理	250 円	500 円	750 円	1 回(または 2 回)
特定施設管理	250 円	500 円	750 円	1 日
特定施設管理に加算	150 円	300 円	450 円	1 日(2 人部屋の場合)
重症皮膚潰瘍管理加算	18 円	36 円	54 円	1 日
薬剤管理指導	350 円	700 円	1,050 円	1 回/週(4 回/月限度)
薬剤管理指導に加算	20 円	40 円	60 円	1 月(LIFE)
薬剤管理指導に加算	50 円	100 円	150 円	1 回(疼痛緩和の麻薬管理指導)
医学情報提供(Ⅰ)	220 円	440 円	660 円	1 回/退院
医学情報提供(Ⅱ)	290 円	580 円	870 円	1 回/退院
理学療法(Ⅰ)	123 円	260 円	369 円	1 回(4 ヶ月まで)
理学療法(Ⅰ)	86 円	172 円	258 円	1 回(4 ヶ月超、11 回目以降/月)
(理学療法)リハビリテーション体制強化加算	35 円	70 円	105 円	1 回
作業療法	123 円	260 円	369 円	1 回(4 ヶ月まで)
作業療法	86 円	172 円	258 円	1 回(4 ヶ月超、11 回目以降/月)
(作業療法)リハビリテーション体制強化加算	35 円	70 円	105 円	1 回

リハビリテーションに加算(Ⅰ)	33 円	66 円	99 円	1 月 (LIFE)
リハビリテーションに加算(Ⅱ)	20 円	40 円	60 円	1 月 (LIFE)
集団コミュニケーション療法	50 円	100 円	150 円	1 回
摂食機能療法	208 円	416 円	624 円	1 回
短期集中リハビリテーション	240 円	480 円	720 円	1 日 (3ヶ月以内)
認知症短期集中リハビリテーション	240 円	480 円	720 円	1 日 (3ヶ月以内、3 日/週)

※介護保険負担割合証に記載された負担割合により 1 割、または 2 割もしくは 3 割が自己負担となります。

<その他の費用>

食費・居住費

	所得要件	預貯金額(※2) 要件(夫婦の場合)	食費(※3) (日額)	居住費(※4) (個室)	居住費(※4) (Ⅰ型多床室)	居住費(※4) (Ⅱ型多床室)
第1段階	生活保護等受給者	要件なし	300 円	550 円	0 円	0 円
	世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	1,000 万円以下 (2,000 万円)	300 円			
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入(※1)が年間 80 万円以下	650 万円以下 (1,650 万円)	390 円	550 円	430 円	430 円
			600 円			
第3段階①	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入(※1)が年間 80 万円超 120 万円以下	550 万円以下 (1,550 万円)	650 円	1,370 円	430 円	430 円
			1,000 円			
第3段階②	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入(※1)が年間 120 万円超	500 万円以下 (1,500 万円)	1,360 円	1,370 円	430 円	430 円
			1,300 円			
第4段階	一 般		1,445 円	1,728 円	437 円	697 円

※1 合計所得金額(年金収入に係る所得分を除く)と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計を指します。なお、合計所得金額は、年金所得および土地・建物等の譲渡所得金額に係る特別控除額を差し引いた金額となります。また、税制改正に伴う給与所得控除、公的年金等控除の引き下げによる影響を考慮し、引き下げがなかった場合と同額に調整して計算します。

※2 第 2 号被保険者の基準は、1,000 万円です。

※3 1 日 3 食を基本としますが、病態により 1 食、2 食の場合もあります。1 食でも提供した場合、日額をご請求いたします。

(第4段階は除く)(上段:入所 下段:短期入所)

※4 外泊された場合も、居住費をご請求いたします。

◆高額介護サービス費について

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻しされるものです。詳しくは相談窓口までお尋ねください。

(2) 介護保険給付対象外のサービス

以下のサービス等は、利用料金の全額が利用者の負担となります。

種 類	内 容	利用料金
理 美 容	理容師による出張理髪サービスが利用可能	2,000 円/1 回
洗 濯	四国医療サービス	55 円(税込)/100g
日用品・病衣	(株)小山メディカルサービスとの契約	
テ レ ビ	希望があれば居室で利用可能	無料

(3) 利用料金の支払方法

利用料金の請求書は、毎月15日頃発送予定です。請求書が届き次第お支払いをお願い致します。

※保険料の滞納等により、市町村から保険給付が支払われない場合は、一旦利用料金(10 割)をいただき、後日当院が発行するサービス提供証明書と領収書を合わせて各市町村の窓口へ提出しますと、自己負担額(原則 1 割～3割)を除く料金の払い戻しを受けることができます。

6. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「医療法人十全会 防災マニュアル」に沿って対応を行います。				
非常時の訓練等、防災設備	別途定める「医療法人十全会 防災マニュアル」に沿って、年 2 回の避難訓練を実施します。				
	設備名称		有無	設備名称	有無
	自動火災報知器		有	スプリンクラー	有
	非常通報装置		有	屋内消火栓	有
	誘導灯		有	消火器	有
	防火扉		有	非常用電源	有
防火管理者	西岡 昌治				

7. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の病状に応じて速やかに受診相談・対応をお願いしています。

協力医療機関	・名称 医療法人十全会 早明浦病院 ・住所 高知県土佐郡土佐町田井1372番地
協力歯科医療機関	・名称 医療法人十全会 早明浦病院 ・住所 高知県土佐郡土佐町田井1372番地

8. 事故発生の防止及び発生時の対応

- (1) 入所者に対する施設サービスの提供中に、病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医または協力医療機関と連絡を図り、必要な措置を講じます。
- (2) 入所者に対する施設サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに損害賠償を行うものとします。
- (3) 事故が生じた際には、事故の状況及び事故に際して行った処置を記録すると共に、その原因を解明し、再発防止のための対策を講ずるものとします。
- (4) また、事故防止のための改善策を委員会や研修等で職員に周知徹底を図ることとします。

9. 損害賠償保険

団体名(各種保険)	高知県医師会(病院賠償責任保険)
-----------	------------------

10. 身体の拘束等

当事業所は、原則として入所者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れや緊急やむを得ない場合には、医師が判断し身体拘束その他利用者の行動制限を行う場合があります。

この場合には、医師がその様態及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

11. 相談窓口・苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、下記の窓口で対応いたします。

(ただし、日・祝祭日および12/30～1/3、第二・第四土曜日を除く)

相談窓口	相談員	長瀬 有美
	電話番号	0887(82)0456
	FAX番号	0887(82)0459
	対応時間	8:30～17:30(月曜日～金曜日)

- (2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。(ただし、祝祭日および年末年始を除く)

[市町村介護保険相談窓口]

土佐町	所在地	土佐町土居 206
	電話番号	0887(82)2333
	FAX番号	0887(70)1312
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分

本 山 町	所 在 地	本山町本山 620
	電 話 番 号	0887(70)1060
	F A X 番 号	0887(70)1038
	対 応 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
大 豊 町	所 在 地	大豊町津家 1626
	電 話 番 号	0887(72)0450
	F A X 番 号	0887(72)0474
	対 応 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
大 川 村	所 在 地	大川村小松 27-1
	電 話 番 号	0887(84)2211
	F A X 番 号	0887(84)2328
	対 応 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

[その他公的介護保険相談窓口]

高知県国民健康保険 団体連合会 (国保連)	所 在 地	高知市丸の内 2-6-5
	電 話 番 号	088(820)8410・8411
	F A X 番 号	088(820)8413
	対 応 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

12. 個人情報の利用

当事業所では、正当な理由なく、業務上知り得た入所者やその家族等に関する個人情報を第三者に漏らしません。ただし、下記の目的で個人情報を利用させていただくことがあります。

○当事業所が入所者に提供する介護サービス

- ・居宅介護支援事業所等との連携、及び照会への回答
- ・入所者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める
- ・家族等への心身の状況説明 等

○介護保険請求事務

- ・保険事務の委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答 等

○当事業者の管理運営業務

- ・会計、経理
- ・医療事故等の報告
- ・入所者の介護、医療サービスの向上 等

○その他

- ・医療、介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ・当事業所内において行われる学生の実習への協力
- ・外部監査機関への情報提供 等

13. 施設利用にあたっての留意事項

一 般 会 時 間	午前9時～午後8時 ※感染症対策で、面会時間帯に制限がかかる場合があります。
外 出 ・ 外 泊	事前に各階の職員へお申し出ください。
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	当院敷地内、および当院敷地に隣接する道路等での喫煙・飲酒ならびに、当院への煙草、酒類の持ち込みはご遠慮願います。
迷 惑 行 為 等	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗 教 ・ 政 治 活 動	施設内での勧誘・販売等の活動はご遠慮ください。
所持品の持ち込み	金銭や貴重品は原則持ち込まないでください。 防災防犯上、ライター・マッチ・果物ナイフ・針・はさみ等の持ち込みは禁止です。

14. 法人の概要

法 人 種 別 ・ 名 称	医療法人 十全会
代 表 者 氏 名	理事長 古賀 眞紀子
事 務 所 の 所 在 地	〒781-3521 高知県土佐郡土佐町田井 1372 番地
電 話 番 号	0887-82-0456 (FAX:0887-82-0459)
業 務 の 概 要	医療施設の経営・介護保険事業・介護医療院
事 業 所 数 ・ 名 称	早明浦病院 早明浦病院 介護医療院 介護老人保健施設 レイクビューさめうら 嶺北総合介護サービス

15. 第三者評価実施状況

当事業所では、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

16. 入所者の入院期間中の取り扱い

入所者について、医療機関へ入院する必要がある場合、入院期間が概ね三ヵ月以内であることが明らかに見込まれる時は、その入所者及びご家族の希望を勘案し、退院後に再び当施設へ入所することができるようにならなければならない。

※ただし、医師の判断により病状等に応じて当施設以外での療養を検討していく場合がございます。

※入院期間中も、居室代437円/日が別途で発生いたします。

重要事項同意書

私(または私の家族)が介護医療院への入所(サービス)利用をするにあたり、説明者より重要事項についての説明を受け、その内容を理解し同意すると共に、下記事項を厳守することを代理人と共に誓約いたします。

万一、違反したときは、退所を命じられても異議は申しません。

以上のとおり、同意を結ぶにあたり証明のため、本書2部を作成し、入所者または代理人と事業所の双方が記名の上、それぞれ1部を保有します。

令和 年 月 日

事業者は、入所者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	高知県土佐郡土佐町田井 1372 番地
	事業者名	医療法人 十全会
		早明浦病院 介護医療院
	代表者名	理事長 古賀 眞紀子
	事業所番号	第 39B2300011

説明者 氏 名 _____

私は、本書面に基づいて、事業者より重要事項について説明を受け同意しました。

入所者 住 所

氏 名 _____

代理人 住 所

氏 名 _____ 続柄()