

重要事項説明書
(坂の上ろうけん曳馬野)

当施設が提供する介護老人保健施設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

開設者の名称	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
電話番号	053-416-1640
法人の種別及び名称	医療法人社団 心
代表者職・氏名	理事長 小野 宏志
施設の名称	坂の上ろうけん曳馬野
施設長名	坂田 稔之
担当医師	坂田 稔之
施設の所在地	浜松市中央区幸4丁目36-3
施設の連絡先	053-416-2015
介護保険事業所番号	2257280095
指定(開設)年月日	平成27年4月1日
交通の便	遠州鉄道 上島駅よりタクシーで10分(約1.6Km)

2 施設の職員の概要(従業員者数)

令和3年4月1日現在

職 種	勤務の体制
施設長(管理者)	1名
医師	1名以上
薬剤師	0.4名
看護職員	10名以上
介護職員	24名以上
支援相談員	3名以上
介護支援専門員	1名以上
理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士	5名以上
管理栄養士	1名以上
事務員	3名以上

3 施設の設備概要

定員	100名	療養室	4人室:22室 2人室:2室 個室:8室
浴室	一般浴槽 5 特殊浴槽 2	機能訓練室	115.89㎡
食堂	(1F) 111.0㎡ (2F) 105.53㎡		
その他の設備	○診察室: 7.34㎡ ○静養室(2室): 各10.03㎡ ○談話室:(1F) 13.70㎡ (2F) 17.14㎡ ○レクリエーションルーム: 20.82㎡		

4 当施設サービスの運営の方針

- 1 入所者が、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適切な方法により作成されたサービス計画に基づき、世話及び機能訓練、リハビリテーション、その他等を行うものとする。
- 2 入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。
- 3 入所者又は他の入所者の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為は行わないものとする。
- 4 地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設、その他の保健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ものとする。

5 利用料金

- (1) 当施設の介護老人保健施設サービスの提供（介護保険適用部分）に際し、ご負担いただく利用料金は、原則として基本料金の負担割合に応じた額です。

人員配置区分 《 基本型 》

基本料金（1日分）

介護度	個室	多床室
要介護1	717 単位	793 単位
要介護2	763 単位	843 単位
要介護3	828 単位	908 単位
要介護4	883 単位	961 単位
要介護5	932 単位	1012 単位

*在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）

51 単位/日

人員配置区分 《 在宅強化型 》

基本料金（1日分）

介護度	個室	多床室
要介護1	788 単位	871 単位
要介護2	863 単位	947 単位
要介護3	928 単位	1014 単位
要介護4	985 単位	1072 単位
要介護5	1040 単位	1125 単位

*在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）

51 単位/日

*外泊の場合、1月に6日を限度として上記所定単位数に代わり外泊時費用を算定

（外泊の初日と施設に戻られた日は含まれない）

（外泊時費用） 362 単位/日

<体制等に関する事項>

- *科学的介護情報システムを用いた PDCA サイクルの推進・ケアの向上を図る取組み
- ①科学的介護推進体制加算（Ⅰ）に加えて、疾病の状況や服薬情報等の情報を厚生労働省へ提出した場合（科学的介護推進体制加算Ⅱ） 60 単位/月
- *厚生労働大臣が定める夜勤職員の勤務条件に関する基準を満たす場合（夜勤職員配置加算） 24 単位/日
- *介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 80 以上の基準に適合している場合（サービス提供体制強化加算Ⅰ） 22 単位/日
- *介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上の基準に適合している場合（サービス提供体制強化加算Ⅱ） 18 単位/日
- *外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合（入所時）（安全対策体制加算） 20 単位/回
- *キャリアパス要件、月額賃金改善要件、職場環境等要件のすべてを満たしている場合（下記計算式による）
(介護職員等処遇改善加算Ⅰ)介護報酬総単位数×介護職員等処遇改善加算の単位数(7.5%)
- *見守り機器等のテクノロジーを活用し、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を検討するための委員会を設置し安全対策を講じた上で、改善活動を継続的に行っている場合（生産性向上推進体制加算Ⅱ） 10 単位/月

<入退所に関する事項>

- *入所予定日 30 日以内又は入所後 7 日以内に居宅等を訪問し施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合（入所前後訪問指導加算Ⅱ） 480 単位/回
- *退所時指導を行った場合
- ①利用者等に退所後の在宅療養に関する指導、運動機能、日常生活動作能力維持及び向上を目的とした指導、家屋改善の指導、介助方法の指導を行った場合又は、試行的に退所させる場合において、退所時に退所後の療養上の指導を行った場合（退所後 3 月以内）
(試行的退所時指導加算) 400 単位/回
- ②退所後の主治医に対し、入所者等の同意を得て必要な情報を提供した場合（1 人 1 回）
(退所時情報提供加算Ⅰ) 500 単位/回
- ③退所後の医療機関に対し、入所者等の同意を得て必要な情報を提供した場合（1 人 1 回）
(退所時情報提供加算Ⅱ) 250 単位/回
- ④（イ）入所予定日前 30 日以内又は入所後 30 日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めた場合
（ロ）入所期間が 1 月を越え退所し居宅サービスを利用する場合、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつサービス利用に関する調整を行った場合（退所時）
 - （イ）（ロ）ともに実施した場合（入退所前連携加算Ⅰ） 600 単位/回
 - （ロ）のみ実施した場合（入退所前連携加算Ⅱ） 400 単位/回
- ⑤退所後、訪問看護が必要と認められ、訪問看護ステーションに対し指示書を交付した場合

(1人1回) (老人訪問看護指示加算) 300 単位/回

<リハビリテーションに関する事項>

- *入所日より3月以内の期間に医師又は医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が集中的にリハビリテーションを行った場合、かつ、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直した場合

(短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ) 258 単位/日

- *認知症と医師が判断しリハビリテーションによって生活機能改善が見込まれると判断された入所者に対し、入所日より3月以内の期間に医師又は医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が入所者の退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成し、集中的にリハビリテーションを行った場合

(認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ) 240 単位/日

- *認知症と医師が判断しリハビリテーションによって生活機能改善が見込まれると判断された入所者に対し、入所日より3月以内の期間に医師又は医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が集中的にリハビリテーションを行った場合

(認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ) 120 単位/日

- *医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同のうえ、リハビリテーション実施計画を作成し、継続的にリハビリテーションの質を管理し、かつ実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合

(リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ) 33 単位/月

<栄養・口腔に関する事項>

- *経口により食事を摂取する者で、誤嚥が認められる入所者について、医師の指示において、多職種が共同して栄養管理をするための食事観察及び会議等を行い、経口による継続的な食事摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画書を作成し、その計画に基づき、栄養管理を実施した場合

(経口維持加算Ⅰ) 400 単位/月

- *経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加した場合

(経口維持加算Ⅱ) 100 単位/月

- *経管により食事を摂取する入所者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合(180日を限度)

(経口移行加算) 28 単位/日

- *医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合(1日3食を限度とし、1食を1回とする)

(療養食加算) 6 単位/回

- *介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる管理が必要となった場合において、管理栄養士が入院先の栄養士と連携して再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合

(再入所時栄養連携加算) 200 単位/月

*管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を70で除して得た数以上配置をしており、低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、多職種が共同して作成した、栄養ケア計画に従い食事の観察を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を行った場合であって、入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省へ提出している場合

(栄養マネジメント強化加算) 11 単位/日

*介護保険施設の入所者が居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する際に、特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者の栄養管理情報を管理栄養士が提供した場合

(退所時栄養情報連携加算) 70 単位/回

*口腔衛生管理

①歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し口腔ケアを月2回以上行い、歯科衛生士が口腔衛生等の管理について、介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導を行った場合

(口腔衛生管理加算Ⅰ) 90 単位/月

②口腔衛生管理加算(Ⅰ)を算定している場合であって、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省へ提出した場合

(口腔衛生管理加算Ⅱ) 110 単位/月

<ケアの取り組みに関する事項>

*急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院した場合

(初期加算Ⅰ) 60 単位/日

*入所後30日間

(初期加算Ⅱ) 30 単位/日

*排せつ支援

①(イ)排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携をした看護師が入所時等に評価行い、その評価結果等を厚生労働省へ提出した場合

(ロ)評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、多職種が共同し排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し支援を継続した場合

(ハ)評価に基づき、少なくとも3月に1回は、支援計画を見直している場合

(イ)(ロ)(ハ)全て実施した場合 (排せつ支援加算Ⅰ) 10 単位/月

②排せつ支援加算の要件を満たしている施設であって、適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる者が、入所時と比べて排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれも悪化がない場合、またはおむつ使用ありから使用なしに改善した場合

(排せつ支援加算Ⅱ) 15 単位/月

③排せつ支援加算の要件を満たしている施設であって、適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる者が、入所時と比べて排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれも悪化がない、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合

(排せつ支援加算Ⅲ) 20 単位/月

*褥瘡予防マネジメント

- ① (イ) 褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、入所時等に評価を行うとともに、少なくとも3月に1回評価をし、その評価結果等の情報を厚生労働省へ提出した場合
 (ロ) 評価の結果、褥瘡が発生するリスクが高いとされた入所者ごとに、多職種が共同して褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成した場合
 (ハ) 褥瘡ケア計画に従い、褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者ごとの状態について定期的に記録し、少なくとも3月に1回は褥瘡ケア計画の見直しをしている場合
 (イ) (ロ) (ハ) 全て実施した場合 (褥瘡マネジメント加算Ⅰ) 3単位/月

- ② 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の要件を満たしている施設であって、褥瘡が発生するリスクが高いとされた入所者について、褥瘡の発生がない場合
 (褥瘡マネジメント加算Ⅱ) 13単位/月

*寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメント

- (イ) 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加している
 (ロ) 医学的評価の結果、特に自立支援のための援助が必要とされた者ごとに、多職種が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し支援計画に従ったケアを実施している
 (ハ) 少なくとも3月に1回、支援計画の見直しを行っている
 (ニ) 医学的評価の結果等の情報を厚生労働省へ提出している
 (イ) (ロ) (ハ) (ニ) 全てを実施した場合 (自立支援促進加算) 300単位/月

*看取り期のケア

医師が回復の見込みがないと判断し、入所者及び家族等の同意を得てターミナル計画を作成し、医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者又は家族等に対して随時説明を行い、合意しながらターミナルケアが行われた場合

(ターミナルケア加算)

(死亡日 45 日前～31 日前) 72 単位/日

(死亡日 30 日前～4 日前) 160 単位/日

(前々日、前日) 910 単位/日

(死亡日) 1,900 単位/日

<医療等に関する事項>

*入所者の容態が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行った場合

(1月に1回連続する3日を限度) (緊急時施設療養費) 511単位/日

*肺炎、尿路感染、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪の入所者に対して、投薬、検査、注射、処置等を行った場合(1月に1回連続する10日を限度)

(所定疾患施設療養費Ⅱ) 480単位/日

*医師が認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に入所

する事が適当と判断され入所者が入所した場合（入所した日から7日を限度）

（認知症行動・心理症状緊急対応加算） 200 単位/日

*介護老人保健施設とかかりつけ医の連携

①入所前に6種類以上の内服薬が処方された入所者について、入所後1ヵ月以内に、かかりつけ医に対し状況に応じて処方の内容を変更する可能性があることについて説明、同意を得た上で、入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や処方内容に変更がある場合には変更の経緯及び変更後の状態について、退所時又は退所後1ヵ月以内にかかりつけ医に情報提供を行った場合（退所時）

（かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイ） 140 単位/回

②入所前に6種類以上の内服薬が処方された入所者について、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合（退所時）

（かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰロ） 70 単位/回

③かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）を算定している場合であって、入所者の服薬情報等を厚生労働省へ提出した場合（退所時）

（かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ） 240 単位/回

④かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定している場合であって、入所時と比べ退所時の内服薬の種類が1種類以上減少した場合（退所時）

（かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ） 100 単位/回

<感染症や災害に関する事項>

*新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関との連携を構築し、診療等の対応を取り決めるとともに、協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行い、地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加した場合

（高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ） 10 単位/月

*感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から3年に1回以上実施指導を受ける場合

（高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ） 5 単位/月

◇浜松市は地域区分7級地になりますので、1単位単価が10.14円で計算されます。

◇この他「指定施設サービスに要する費用の算定に関する基準」（厚生省告示第21号）に規定される介護老人保健施設サービスを受けた場合は、一定の料金をご負担いただきます。

(2) 食費

1日 2,365円（朝食665円、昼食875円（おやつ代70円含む）、夕食825円）

*補足給付対象者(第1段階～第3段階)の方は、それぞれの負担限度額とします。

(3) 居住費

多床室 1日 720円

個室 1日 1,890円

* 補足給付対象者(第1段階～第3段階)の方は、それぞれの負担限度額とします。

* 外泊された場合にも居住費はご負担いただきます。

(4) その他の費用

特別な療養室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実費負担となります。(別紙)

(5) 料金の支払方法

当施設にお支払いいただく利用料金については、1月ごとの精算とします。翌月20日までに、前月ご利用いただいたサービス利用料金の請求書を送付いたします。支払方法は、預金口座自動引落としにてお願いいたします。引落とし日は、翌々月の8日となります。なお、領収書は引落とし月の請求書に同封させていただきます。

(6) キャンセル料

ご都合により、介護老人保健施設サービスをキャンセルした場合には、下記の料金をお支払いいただきます。キャンセルする場合は、至急当施設にご連絡ください。

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%

(7) その他

入所者の介護保険被保険者証に支払い方法の変更の記載(入所者が保険料を滞納しているため、サービス提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額をお支払いいただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行いたしますので、この証明書を後日市町村の窓口へ提出し、差額(介護保険適用部分の負担割合に応じた額を差引いた額)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

- 事前に、当施設の支援相談員が介護老人保健施設サービスの内容等についてご説明いたします。面談、判定会を経て、療養室に空きがあればご入所いただけます。
- この説明書により同意を得られた後、当施設の介護支援専門員が施設サービス計画書を作成し、サービスの提供を開始します。
- これまで居宅サービス計画の作成を依頼していた場合は、事前に担当の居宅介護支援事

業所に入所の旨をお伝えください。

(2) サービスの終了

ア ご都合により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30日前までにお申し出ください。

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30日前までに、文書により通知いたします。

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。

- ・入所者が他の介護保険施設、医療機関に入所、入院した場合。
- ・入所者の要介護度が非該当（自立）又は要支援と認定された場合。
- ・入所者が亡くなったとき。

エ その他

- ・当施設が、正当な理由が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、入所者や入所者の家族に対して社会通念上、逸脱する行為を行った場合、当施設が閉鎖した場合、直ちにこの契約を終了することができます。
- ・サービスの利用料金を1ヶ月以上滞納し、支払いの催告を再三受けたにもかかわらず支払いに応じないとき、当施設に対し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、当施設が文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

7 サービス利用に当たっての留意事項

- 私物に関しての整理整頓に心がけてください。又、私物にはお名前をお書きください。
- 貴重品、金品の紛失には責任を負いかねますので、貴重品や現金の持ち込みはご遠慮ください。また、お見舞い金等は、直接ご家族にお渡しください。
- 相互に親和を図り、争い事を避けるようにつとめて下さい。
- 外出・外泊：施設医の許可を得るとともに届け出が必要です。
- 喫煙：施設内・敷地内は禁煙です。
- 設備・器具の利用：必要時お申し出下さい。
- 宗教活動：禁止します。その他、営利行為、特定の政治活動についても同様です。
- 介護保険証・負担割合証・医療保険証など：入所時に必ずご持参ください。
- 職員へのお心づけは固くご辞退申し上げます。

8 サービスの内容

当施設が入所者に提供するサービスは以下のとおりです。

内 容：食事、排せつ、入浴、清拭、医療、看護、機能訓練、離床、着替え、整容、理美容、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わかりやすく説明いたします。
- サービスの提供に用いる設備や器具等については安全・衛生に常に注意を払い、入所者の身体に接触する設備や器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

9 非常災害対策

非常時の対応	施設内の防災対策には万全を努めております。災害発生時には、職員の指示に従ってください。
平常時の防災訓練等	年2回実施
防災設備	スプリンクラー、消火器、消火栓、誘導灯、自動火災報知設備 放送設備、避難器具、防火扉、ガス漏れ報知器、非常用電源
災害発生時の対応	・サービス提供中に災害が発生した場合は、必要な措置を講じ、速やかに関係各所に連絡いたします。 ・当施設の防災に関わるマニュアルに準じてすみやかに対応します。

10 協力病院について

当施設における協力病院は、以下のとおりです。

(病院) J A 静岡厚生連遠州病院 (歯科) 松井歯科医院
(医院) 坂の上ファミリークリニック (併設) 坂の上在宅医療支援医院

1.1 事故発生時の対応

介護老人保健施設のサービス提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講じ、すみやかに関係各所、入所者の家族等に連絡します。

1.2 虐待防止について

当施設は、入所者の人権擁護・虐待防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する委員会を設け、虐待等の発生の防止、早期発見等の対策を検討します。
- (2) 当施設の従業者に対し、虐待防止等を啓発・普及するための研修を実施します。
- (3) 当施設の従業者、または、介護者や家族等による虐待が疑われる場合は、すみやかに市町村に通報します。

1 3 苦情の受付

当施設の介護老人保健施設サービスの提供に対する苦情の受付窓口は下記のとおりです。
当施設に苦情を申し立てたことにより、何ら不利益をこうむることはありません。

苦情相談窓口	担当	相談室
	電話番号	053-416-2015
	時間	9:00~16:00 (平日)

市町村や国民健康保険団体連合会窓口にも苦情相談窓口があります。

窓口	電話番号
浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 中央区役所内	053-457-2324
浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 東行政センター内	053-424-0184
浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 西行政センター内	053-597-1119
浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 南行政センター内	053-425-1572
浜松市浜名福祉事業所 長寿保険課 浜名区役所内	053-585-1122
浜松市浜名福祉事業所 長寿保険課 北行政センター内	053-523-2863
浜松市天竜福祉事業所 長寿保険課 天竜区役所内	053-922-0065
国民健康保険団体連合会 介護苦情相談	054-253-5590

(別紙) 保険一部負担金以外の自己負担額一覧

日常生活品費 410 円/日	ティッシュペーパー、アイクリーンコットン、 バスタオル、タオル、おしぼり、シャンプー、 ボディークリーム等	
教養娯楽費 310 円/日	レクリエーション、クラブ活動、季節行事、誕生会等	
特別な室料 (外泊中も料金が かかります)	個 室	1, 020 円/日
	2 人部屋	310 円/日
私物の洗濯代	業者洗濯の場合	実 費
病 衣	病衣レンタル	上・下各 160 円
常備食品	食品各種 ※体調不良時・夜間空腹時等に、看護師が必要と判断 した場合	120 円/個
口腔衛生用品	歯ブラシ、口腔ケア用品	実 費
衛生材料費	使い捨てエプロン	20 円/枚
理美容代	カット、カラー、パーマ	実 費
私物電気機器 使用料	テレビ、携帯電話、ラジオ、その他	110 円/日
健康管理費	予防接種の費用でご希望された場合	実 費
文書料	証明書、診断書等	実 費
行事費	参加された場合	実 費

年 月 日

(施設)

介護老人保健施設サービスの提供にあたり、この説明書に基づき重要事項を説明しました。

所在地 浜松市中央区幸 4 丁目 36-3

名 称 坂の上ろうけん曳馬野

説明者

(入所者)

この説明書により、介護老人保健施設サービスに関する重要事項の説明を受け、同意します。

住 所

氏 名

(代理人)

住 所

氏 名