

# 介護老人保健施設メディケア栄 重要事項説明書 (通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

居宅サービスの提供開始に当たり、介護保険法に関する厚生省令第 37 号第 119 条、第 8 条、第 35 号第 123 条、第 8 条に基づいて当施設が説明すべき重要事項は次のとおりです。

## (1) 事業所概要

- ・事業所名称 医療法人メディフォー 介護老人保健施設メディケア栄
- ・代表者名 理事長 中原 秀也
- ・管理者名 施設長 白石 哲
- ・所在地 名古屋市中区栄五丁目 7 番 25 号
- ・電話番号 (052)262-7070 ・ファックス番号 (052)262-7755
- ・開設年月日 平成 14 年 5 月 20 日
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2350680019 号)

## (2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上の援助等の介護保健施設サービスを提供することで、ご利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう、また 1 日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援致します。

また、ご利用者の方が居宅での生活を 1 日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護、通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解の程お願い致します。

### < 介護老人保健施設メディケア栄の運営方針 >

「利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、質の確保と向上に努めます。利用者の自立を支援し家庭への復帰を目ざした看護、介護を行います。地域や家庭との結びつきを重視し、まごころと安心をお届けし、愛される施設を目指します」

## (3) 施設の職員体制及び勤務体制

	常 勤	非常勤
医 師	1	0
看護職員	1	0
介護職員	5	5
作業療法士	1	3
理学療法士	1	2
言語聴覚士	1	0
管理栄養士	2	0
事務職員	1	0

#### (4) 営業時間及びサービス提供時間

- ・営業日 月曜日～土曜日
- ・営業時間 8時30分～17時15分

注) 盆休み(8月13日から8月15日まで)と年末年始(12月31日から1月3日まで)を除く。

(暦により期間は前後する場合があります。)

営業日の9時50分から16時00分の6時間10分をサービス提供時間とします。

#### (5) 実施区域

当事業所の実施区域は、以下の地域です。

名古屋市中区・名古屋市東区・名古屋市昭和区・名古屋市千種区

※ 他の地区については、ご相談ください。尚、送迎範囲内であっても、ご案内出来ない場合がございます。予めご了承ください。

#### (6) 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所の協力を得て、ご利用者の状態の急変に対応致します。

##### ◇ 協力医療機関

- ・名称 愛知県済生会リハビリテーション病院
- ・住所 名古屋市西区栄生一丁目1番18号

##### ◇ 協力医療機関

- ・名称 大隈病院
- ・住所 名古屋市北区大曾根二丁目9番34号

##### ◇ 協力医療機関

- ・名称 勝又病院
- ・住所 名古屋市中区新栄一丁目32番22号

##### ◇ 協力医療機関

- ・名称 ちくさ病院
- ・住所 名古屋市千種区今池南4番1号

##### ◇ 協力医療機関

- ・名称 中日病院
- ・住所 名古屋市中区丸の内三丁目12番3号

##### ◇ 協力医療機関

- ・名称 安井病院
- ・住所 名古屋市昭和区滝子町27-19

##### ◇ 協力医療機関

- ・名称 吉田病院
- ・住所 名古屋市千種区大久手町5-19

##### ◇ 協力医療機関

- ・名称 和田内科病院
- ・住所 名古屋市千種区今池南25-5

##### ◇ 協力歯科医療機関

- ・名称 ヨシダ歯科
- ・住所 名古屋市中区栄三丁目7番4号

\*緊急時の連絡

ご利用者について緊急の連絡が生じた場合の連絡先は、「利用申込書」緊急連絡先 1 とします。

(7) 介護保険証の確認

利用申込みに当たり、ご利用者の介護保険証を確認させていただきます。

(8) 介護保健施設サービス

サービス内容（介護予防含む）

入所	短期	通所	訪問リハ	主なサービス内容
○				施設サービス計画の立案
	○			短期入所療養介護サービス計画・介護予防短期入所療養介護サービス計画の立案
		○		通所リハビリテーション計画・介護予防通所リハビリテーション計画の立案
			○	訪問リハビリテーション計画・介護予防訪問リハビリテーション計画の立案
○	○	○		食事（食事は原則として食堂でお召し上がりいただきます。）※通所…昼のみです 朝食 7時00分～ 昼食 12時00分～ 夕食 18時00分～
○	○	○		入浴（ご利用者の身体の状態に応じて特別浴槽・清拭で対応します）
○	○	○		医学的管理・看護
○	○	○		介護（日常生活の援助）
○	○	○	○	リハビリテーション
○	○	○		若年性認知症ケア
○	○	○		栄養管理、栄養マネジメント等の栄養状態の管理
○		○		口腔機能管理
○	○	○		相談援助
○	○			私物洗濯業者委託（別途料金）
○	○			理美容（別途料金）
○	○			テレビ利用料（別途料金）
	○	○		送迎
		○		基本時間外施設利用 （午後5時以降延長してサービスをご利用になる場合に適用します）
○				行政手続代行

## (9) 利用料金

### 基本料金

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度及び利用する居室形態によって利用料が異なります。

#### ① 通所リハビリテーション利用料（1日あたり）

##### 【6時間以上7時間未満】

負担割合 介護度	1割負担		2割負担		3割負担	
	通常時	加算時(※)	通常時	加算時(※)	通常時	加算時(※)
要介護1	769円	792円	1,538円	1,584円	2,307円	2,375円
要介護2	914円	942円	1,828円	1,883円	2,742円	2,824円
要介護3	1,055円	1,087円	2,110円	2,173円	3,165円	3,259円
要介護4	1,223円	1,259円	2,446円	2,517円	3,669円	3,776円
要介護5	1,388円	1,429円	2,775円	2,857円	4,162円	4,286円

(※) 感染症・災害発生により前年度平均延べ利用者数より5%以上減少した月の翌月より3ヶ月間適用

#### ② その他利用料(通所リハビリテーション)

- リハビリテーション提供体制加算として以下の通り加算されます。

##### 【6時間以上7時間未満】

(1割負担)26円/日 (2割負担)52円/日 (3割負担)78円/日

- サービス提供体制強化加算としていずれかが加算されます。

(1) 介護職員のうち介護福祉士有資格者の割合が70%以上の場合又は勤続10年以上介護福祉士有資格者の割合が25%以上の場合

(1割負担)24円/日 (2割負担)48円/日 (3割負担)72円/日

(2) 介護職員のうち介護福祉士有資格者の割合が50%以上の場合

(1割負担)20円/日 (2割負担)39円/日 (3割負担)59円/日

(3) 介護職員のうち介護福祉士有資格者の割合が40%以上の場合又は直接サービスに当たる職員のうち勤続7年以上の職員の割合が30%以上の場合

(1割負担)7円/日 (2割負担)13円/日 (3割負担)20円/日

- 入浴介助を行った場合、入浴介助加算として以下の通り加算されます。

(1) 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行った場合

(1割負担)44円/日 (2割負担)87円/日 (3割負担)130円/日

(2) (1)に加え、医師等が居宅を訪問して入浴時の動作や浴室の環境を評価し、入浴が困難である場合介護支援専門員等と連携して環境整備への助言を行うと共に、理学療法士等が居宅の浴室の環境等を踏まえた入浴計画を作成して居宅に近い環境で入浴介助を実施した場合

(1割負担)65円/日 (2割負担)130円/日 (3割負担)195円/日

(通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。)

- ・リハビリテーションマネジメント加算としていずれかが加算されます。
  - (1) 利用者の同意後 6 ヶ月以内にリハビリテーションの質を管理した場合
    - (1 割負担)607 円／月 (2 割負担)1,213 円／月 (3 割負担)1,820 円／月
  - (2) 利用者の同意後 6 ヶ月以降にリハビリテーションの質を管理した場合
    - (1 割負担)260 円／月 (2 割負担)520 円／月 (3 割負担)780 円／月
  - (3) (1)に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省へ提出し、リハビリテーションの提供に当たって、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。
    - (1 割負担)643 円／月 (2 割負担)1,285 円／月 (3 割負担)1,927 円／月
  - (4) (2)に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省へ提出し、リハビリテーションの提供に当たって、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合
    - (1 割負担)296 円／月 (2 割負担)592 円／月 (3 割負担)887 円／月
  - (5) (1)に適合し、かつ医師が説明を行って利用者の同意を得た場合
    - (1 割負担)899 円／月 (2 割負担)1,798 円／月 (3 割負担)2,697 円／月
  - (6) (2)に適合し、かつ医師が説明を行って利用者の同意を得た場合
    - (1 割負担)553 円／月 (2 割負担)1,105 円／月 (3 割負担)1,657 円／月
  - (7) (5)に適合し、かつリハビリテーション計画書等データを厚生労働省に提出した場合
    - (1 割負担)935 円／月 (2 割負担)1,870 円／月 (3 割負担)2,804 円／月
  - (8) (6)に適合し、かつリハビリテーション計画書等データを厚生労働省に提出した場合
    - (1 割負担)588 円／月 (2 割負担)1,176 円／月 (3 割負担)1,764 円／月
- ・退院、退所日または認定日から 1 ヶ月超 3 ヶ月以内の期間に短期集中的に個別リハビリを行った場合、短期集中個別リハビリテーション実施加算として以下の通り加算されます。
  - (1 割負担)120 円／日 (2 割負担)239 円／日 (3 割負担)358 円／日
- ・認知症の方に対して短期集中的に個別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としていずれかが加算されます。
  - (1) 退院、退所日または認定日から 3 ヶ月以内、週 2 日限度、リハビリテーションマネジメント加算を算定している場合
    - (1 割負担)260 円／日 (2 割負担)520 円／日 (3 割負担)780 円／日
  - (2) 1 ヶ月に 4 回以上、頻度・場所・時間等が記載された計画による生活機能向上に資するリハビリテーションを実施し、リハビリテーションマネジメント加算を算定している場合
    - (1 割負担)2,080 円／月 (2 割負担)4,159 円／月 (3 割負担)6,238 円／月
- ・生活行為向上のためのリハビリテーションを実施した場合、生活行為向上リハビリテーション実施加算として開始月から起算して 6 ヶ月以内に限り以下の通り加算されます。
  - (1 割負担)1,354 円／月 (2 割負担)2,708 円／月 (3 割負担)4,062 円／月
- ・若年性認知症の方は若年性認知症受入加算として以下の通り加算されます。
  - (1 割負担)65 円／日 (2 割負担)130 円／日 (3 割負担)195 円／日
- ・管理栄養士を配置して多職種協働による栄養アセスメント実施及び説明・相談対応を行うと共に、利用者の栄養状態等に関する情報を厚生労働省へ提出し、その情報を栄養管理の適切かつ有効な実施のために活用している場合、栄養アセスメント加算として以下の通り加算されます。
  - (1 割負担)55 円／月 (2 割負担)109 円／月 (3 割負担)163 円／月

(栄養改善加算及び口腔・栄養スクリーニング加算 (I) いずれかを算定している場合は算定なし)

- ・栄養状態改善のためのサービスを行った場合、栄養改善加算として以下の通り加算されます。
 

(1 割負担)217 円／回      (2 割負担)434 円／回      (3 割負担)650 円／回

(月 2 回、原則 3 ヶ月)

(栄養アセスメント加算及び口腔・栄養スクリーニング加算 (I) いずれかを算定している場合は算定なし)
  - ・口腔・栄養スクリーニングを行った場合、口腔・栄養スクリーニング加算として以下の通り加算されます。
 

(1) 利用者の口腔の健康状態及び栄養状態を利用開始時及び 6 ヶ月毎に確認し、その情報を担当介護支援専門員に提供した場合
 

(1 割負担)22 円／回      (2 割負担)44 円／回      (3 割負担)65 円／回

 (栄養アセスメント加算・栄養改善加算及び口腔機能向上加算いずれかを算定している場合は算定なし)
  - (2) 利用者の口腔の健康状態又は栄養状態を利用開始時及び 6 ヶ月毎に確認し、その情報を担当介護支援専門員に提供した場合
 

(1 割負担)6 円／回      (2 割負担)11 円／回      (3 割負担)16 円／回

 (栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算いずれかを算定し、(1)を算定できない場合に算定)
- ・口腔機能向上のためのサービスを行った場合、口腔機能向上加算として以下の通り加算されます。
 

(月 2 回、原則 3 ヶ月)

(1) 口腔清掃の指導・実施又は摂食・嚥下訓練の指導・実施について心身状態の維持向上に資すると認められるものを行った場合
 

(1 割負担)163 円／回      (2 割負担)325 円／回      (3 割負担)488 円／回
  - (2) (1)に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、その情報を口腔衛生管理の適切かつ有効な実施のために活用している場合
 

(1 割負担)174 円／回      (2 割負担)347 円／回      (3 割負担)520 円／回
- ・要介護 3、4 または 5 の方に対し、計画的な医学管理を継続して行った場合、重度療養管理加算として、以下の通り加算されます。
 

(1 割負担)109 円／日      (2 割負担)217 円／日      (3 割負担)325 円／日
  - ・中重度者の受入体制を構築して通所リハビリテーションを実施した場合、中重度者ケア体制加算として以下の通り加算されます。
 

(1 割負担)22 円／日      (2 割負担)44 円／日      (3 割負担)65 円／日
  - ・送迎を実施しない場合、送迎減算として片道につき以下の通り減算されます。
 

(1 割負担)51 円／回      (2 割負担)102 円／回      (3 割負担)153 円／回
  - ・利用者の心身状況等の基本的情報を厚生労働省へ提出し、その情報をサービス提供に当たって活用している場合、科学的介護推進体制加算として以下の通り加算されます。
 

(1 割負担)44 円／月      (2 割負担)87 円／月      (3 割負担)130 円／月
  - ・基準に適合し、通所介護事業所等への移行支援を実施した場合、移行支援加算として以下の通り加算されます。
 

(1 割負担)13 円／日      (2 割負担)26 円／日      (3 割負担)39 円／回

- ・サービス提供の前後に日常生活上の世話をを行った場合、サービス提供と通算した時間が8時間以上となる時は延長サービス加算として以下の通り加算されます。

- (1) 8時間以上 9時間未満  
 (1割負担) 55円/日 (2割負担) 109円/日 (3割負担) 163円/日
- (2) 9時間以上 10時間未満  
 (1割負担) 109円/日 (2割負担) 217円/日 (3割負担) 325円/日
- (3) 10時間以上 11時間未満  
 (1割負担) 163円/日 (2割負担) 325円/日 (3割負担) 488円/日
- (4) 11時間以上 12時間未満  
 (1割負担) 217円/日 (2割負担) 434円/日 (3割負担) 650円/日
- (5) 12時間以上 13時間未満  
 (1割負担) 271円/日 (2割負担) 542円/日 (3割負担) 813円/日
- (6) 13時間以上 14時間未満  
 (1割負担) 325円/日 (2割負担) 650円/日 (3割負担) 975円/日

③ 介護予防通所リハビリテーション利用料 (1ヶ月あたり)

介護度 \ 負担割合	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,224円	4,447円	6,670円
要支援2	4,331円	8,662円	12,993円

④ その他利用料(介護予防通所リハビリテーション)

- ・利用開始月から12か月を超えて実施した場合、12月超減算として以下の通り減算されます。

- (1) 要支援1  
 (1割負担) 22円/月 (2割負担) 44円/月 (3割負担) 65円/月
- (2) 要支援2  
 (1割負担) 44円/月 (2割負担) 87円/月 (3割負担) 130円/月

- ・サービス提供体制強化加算としていずれかが加算されます。

- (1) 介護職員のうち介護福祉士有資格者の割合が70%以上の場合又は勤続10年以上介護福祉士有資格者の割合が25%以上の場合

	(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)
・要支援1	96円/月	188円/月	282円/月
・要支援2	191円/月	382円/月	572円/月

- (2) 介護職員のうち介護福祉士有資格者の割合が50%以上の場合

	(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)
・要支援1	78円/月	156円/月	234円/月
・要支援2	156円/月	312円/月	468円/月

- (3) 介護職員のうち介護福祉士有資格者の割合が40%以上の場合又は直接サービスに当たる職員のうち勤続7年以上の職員の割合が30%以上の場合

	(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)
・要支援1	26円/月	52円/月	78円/月
・要支援2	52円/月	104円/月	156円/月

- 生活行為向上のためのリハビリテーションを実施した場合、生活行為向上リハビリテーション実施加算として以下の通り加算されます。

(1 割負担)609 円/月 (2 割負担)1,218 円/月 (3 割負担)1,826 円/月

(開始月から起算して 6 ヶ月以内)

- 若年性認知症の方は若年性認知症受入加算として以下の通り加算されます。

(1 割負担)260 円/月 (2 割負担)520 円/月 (3 割負担)780 円/月

- 運動器機能向上のためのサービスを行った場合、運動器機能向上加算として以下の通り加算されます。

(1 割負担)244 円/月 (2 割負担)488 円/月 (3 割負担)731 円/月

- 管理栄養士を配置して多職種協働による栄養アセスメント実施及び説明・相談対応を行うと共に、利用者の栄養状態等に関する情報を厚生労働省へ提出し、その情報を栄養管理の適切かつ有効な実施のために活用している場合、栄養アセスメント加算として以下の通り加算されます。

(1 割負担)55 円/月 (2 割負担)109 円/月 (3 割負担)163 円/月

(栄養改善加算算定に係る栄養改善サービス利用中の場合は算定なし)

- 栄養状態改善のためのサービスを行った場合、栄養改善加算として以下の通り加算されます。

(1 割負担)217 円/月 (2 割負担)434 円/月 (3 割負担)650 円/月

- 口腔・栄養スクリーニングを行った場合、口腔・栄養スクリーニング加算として以下の通り加算されます。(他事業所で算定している場合算定なし)

- 利用者の口腔の健康状態及び栄養状態を利用開始時及び 6 ヶ月毎に確認し、その情報を担当介護支援専門員に提供した場合

(1 割負担)22 円/回 (2 割負担)44 円/回 (3 割負担)65 円/回

- 利用者の口腔の健康状態又は栄養状態を利用開始時及び 6 ヶ月毎に確認し、その情報を担当介護支援専門員に提供した場合

(1 割負担)6 円/回 (2 割負担)11 円/回 (3 割負担)17 円/回

- 口腔機能向上のためのサービスを行った場合、口腔機能向上加算として以下の通り加算されます。

- 口腔清掃の指導・実施又は摂食・嚥下訓練の指導・実施について心身状態の維持向上に資すると認められるものを行った場合

(1 割負担)163 円/月 (2 割負担)325 円/月 (3 割負担)488 円/月

- (1)に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、その情報を口腔衛生管理の適切かつ有効な実施のために活用している場合

(1 割負担)174 円/月 (2 割負担)347 円/月 (3 割負担)520 円/月

- 選択的サービス複数実施加算としていずれかが加算されます。

- 前述の 3 つのサービス (運動器機能改善・栄養改善・口腔機能向上)のうち、2 種類のサービスを 2 回/月以上実施した場合

(1 割負担)520 円/月 (2 割負担)1,040 円/月 (3 割負担)1,560 円/月

- 前述の 3 つのサービス全てを 2 回/月以上実施した場合

(1 割負担)759 円/月 (2 割負担)1,517 円/月 (3 割負担)2,275 円/月

(前述 3 つのサービス加算と選択的サービス複数実施加算は重複しない)

- 要支援状態の維持・改善の割合が一定程度となった場合、事業所評価加算として以下の通り加算されます。

(1 割負担)130 円/月 (2 割負担)260 円/月 (3 割負担)390 円/月



- ・利用者の心身状況等の基本的情報を厚生労働省へ提出し、その情報をサービス提供に当たって活用している場合、科学的介護推進体制加算として以下の通り加算されます。

(1 割負担)44 円／月 (2 割負担)87 円／月 (3 割負担)130 円／月

### 介護職員処遇改善加算

- ・介護職員の賃金改善に要する財源として、基本料金の 1 ヶ月合計額の 4.7%相当(国の基準に基づく割合)が加算されます。

### 介護職員等特定処遇改善加算

- ・介護職員等の賃金改善に要する財源として、基本料金の 1 ヶ月合計額の 1.7%～2.0%相当(国の基準に基づく割合)が加算されます。

### 介護職員等ベースアップ等支援加算

- ・介護職員等の基本給等の引き上げに要する財源として、基本料金の 1 ヶ月合計額の 1.0%相当(国の基準に基づく割合)が加算されます。

### その他の料金

(ご利用状況に応じて費用が発生致します。)

#### ① 食費 (食材料費・調理費)

- ・昼食 680 円
- ・おやつ 120 円(希望者のみ)

原則として食堂でお召し上がりいただきます。

※欠食の連絡について

昼食をキャンセルされる場合は、当日の 10 時までにデイケア職員または事務職員にご連絡下さい。10 時までにご連絡がない場合、食費請求の対象になります。

#### ② 日用品費 (1 日当たり) 80 円

(石けん・シャンプー、おしぼり等、施設で用意するものをご利用頂く場合の費用)

#### ③ 教養娯楽費 (1 日当たり) 100 円

(レクリエーションや行事等の準備・材料費であり、施設で提供するものをご利用頂く場合の費用)

#### ④ おむつ代 リハビリパンツ (M 200 円・L 220 円)

尿取りパット 50 円

#### ⑤ 基本時間外施設利用料(午後 5 時以降) 1,000 円／時 (税込)

### 支払い方法

- ・毎月 10 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払い後、領収書を発行致します。

- ・領収書は原則として再発行致しません。医療費控除等に必要のため大切に保管してください。  
\*ただし、やむを得ない理由により再発行を希望された場合、手数料として1部につき1,100円(税込)を申し受けます。
- ・お支払い方法は、現金、銀行振込及び口座振替の方法があります。

## (10) 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する消防管理計画を作成し、非常災害に対処する計画に基づき、防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

- (1) 防火管理者は事務長です。
- (2) 非常災害用の設備は、契約保守業者に依頼しており、点検時、防火管理者が立ち会います。
- (3) 火災や地震の被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し任務の遂行に当たります。
- (4) 防火管理者は、施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
  - ①防火教育、及び消火・通報・避難等の基本訓練（年2回以上、うち1回は夜間を想定した訓練）
  - ②ご利用者を含めた総合避難訓練（年1回以上）
  - ③非常災害用設備の使用方法的徹底（随時）
- (5) その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制を整えています。

## (11) 留意事項

- ・敷地内は全面禁煙となっております。
- ・防災上、火気の取扱いはご遠慮下さいますようお願い致します。
- ・設備・備品は他のご利用者と共に共有です。大切にしてください。
- ・当施設への所持品・備品等の持ち込みについてはご利用者の責任とさせていただきます。
- ・金品を個人で保管され、紛失されても当施設は責任を負いません。

## (12) 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、ご利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動及び、金品の貸し借りは禁止します。

## (13) 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

電話 052-262-7070

要望や苦情などは、支援相談員にお寄せいただく他、受付に備えつけられた「ご意見箱」により管理者に直接お申し出ください。その他下記の機関でも承っております。

- ・愛知県国民健康保険連合会 苦情相談窓口 電話 052-971-4165
- ・名古屋市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課指導係
  - 入所に関する事項 電話 052-959-2592
  - 短期入所(ショートステイ)・通所(デイケア)に関する事項 電話 052-959-3087

#### (14) 事故発生の防止及び発生時の対応

当施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止及び介護・医療事故を防止するための体制を整備します。また、サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、ご利用者に対し必要な措置を行います。

施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

令和 年 月 日

(乙) 当施設は、甲（ ）に対する居宅サービスの提供開始にあたり、甲に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

説明者 (乙) 所在地 名古屋市中区栄五丁目 7-25  
名 称 医療法人メディフォー  
介護老人保健施設メディケア栄  
支援相談員 (印)

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。また、貴事業所が私のサービス担当者会議等において、私の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

利用者 (甲 1)  契約書と同じ

住 所

氏 名 (印)

利用者の連帯保証人・身元引受人 (甲 2)  契約書と同じ

住 所

(甲 1 との続柄 )  
氏 名 (印)