

# 重 要 事 項 説 明 書

## 1. 事業者の概要

(I)

事業者の名称	医療法人 済恵会 介護老人保健施設めぐみ
主たる事務所の所在地	〒379-0116 群馬県安中市安中3丁目25番地13号
	TEL 027-382-5951
介護保険事業者番号	1051180014
法人種別	医療法人
代表者の氏名	須藤 雄仁

(II) 施設入館可能時間：午前8時～午後8時

(但し、感染状況に応じてご案内させて頂きます。)

(III) 面会時間 月曜日から土曜日 午後2時～午後5時  
日曜日 午前9時～午前11時45分  
午後2時～午後5時

(IV) 営業日及び営業時間

(入所・短期入所療養介護)

営業日 年中無休  
営業時間 24時間

(通所リハビリ)

営業日 月曜日～土曜日(祝祭日含む)  
休業日 日曜日及び年末年始

(会計窓口) めぐみ事務所

営業日 月曜日～金曜日 土曜日 ※休憩時間は対応不可  
受付時間 9時～17時 9時～16時 12時45分～14時

## 2. 施設の概要

(I) 居室

個室 4部屋  
2人部屋 1部屋  
3人部屋 13部屋  
4人部屋 8部屋

(II) 食堂

(III) 浴室

(IV) リハビリ室

特殊浴槽 4台、一般浴槽 5台、一般特殊浴槽 1台

## 3. 事業の目的及び運営の方針

- ① 高齢者の自立を支援し、在宅支援・在宅復帰のため地域の拠点を目指して、高齢者の生き甲斐をもって療養出来る施設として運営する。
- ② 地域に密着した施設の運営を基本とし、利用者の立場を第一主義とし、地域住民及び関係者の支援を得て運営する。
- ③ 保健・医療・福祉との連携を密にし、地域の要介護老人の見守者として、必要な情報の提供を行い、相談に応じ援助等、その他の機能を発揮する。
- ④ 高齢者の心身の状況に応じて、適切な療養、その他のサービスを提供し、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域、家庭との結び付きを重視した運営を行うものとする。

#### 4. 職員体制

(I) 管理者	1名 (医師)		
(II) 医師	2名		
(III) 薬剤師	1名		
(IV) 理学療法士	入所 2名以上	通所 3名以上	
作業療法士	1名以上		
言語聴覚士	0.2名		
(V) 看護師	入所 8名以上	通所 2名	
(VI) 介護職員	入所 23名以上	通所 7名以上	
(VII) 管理栄養士	1名以上		
(VIII) 歯科衛生士	1名		
(IX) 介護支援専門員	1名		
(X) 支援相談員	1名以上		

#### 5. サービスの内容

- (I) 施設サービス計画の作成
- (II) 入浴
- (III) 機能訓練
- (IV) 看護
- (V) 医学的管理の下における介護
- (VI) 食事の提供
- (VII) レクリエーション
- (VIII) 利用者及びその家族への指導及び相談援助
- (IX) その他利用者に対する便宜の提供

#### 6. 利用料及びその他の費用

※利用料のご案内を参照して下さい。

#### 7. 居住費（滞在費）・食費の減額認定申請

一定の所得の方については申請により、入所や短期入所の居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。※市町村に減額の申請を行ってから減額になります。

利用者負担段階	対象となる収入状況	預貯金等の資産要件	居住費（滞在費）		食費 【】内はショートステイ
			多床室	従来型個室	
第1段階	生活保護受給者の方	単身 1,000万円以下	0円／日	550円／日	300円／日 【300円】
	老齢福祉年金の受給者	夫婦 2,000万円以下			
第2段階	世帯全員が市民税非課税	前年の合計所得金額と年金収入額が80万円以下	430円／日	550円／日	390円／日 【600円】
		夫婦 1,650万円以下			
第3段階 ①	世帯全員が市民税非課税	前年の合計所得金額と年金収入額が80万円越 120万円以下	430円／日	1,370円／日	650円／日 【1,000円】
		夫婦 1,550万円以下			
第3段階 ②	世帯全員が市民税非課税	前年の合計所得金額と年金収入額が120万円越	430円／日	1,370円／日	1,360円／日 【1,300円】
		夫婦 1,500万円以下			
4段階	上記以外の方	上記以外の方	640円／日	1,790円／日	朝食 600円／日 昼食 620円／日 夕食 730円／日

## 8 . 苦情申立窓口

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、  
当施設苦情等に関する窓口（担当者 大澤 勝子、TEL 027-382-5951）  
までお気軽にご相談下さい。

\* 群馬県国民健康保険団体連合会  
前橋市元総社町335-8  
介護保険課内 電話 027-290-1323

\* 市町村苦情受付窓口  
安中市 電話 027-382-1111  
高崎市 電話 027-321-1111

## 9 . 保険証の提示

ご利用される際には、介護保険証と負担割合証を提示してください。

入退所される際には、介護保険証を提示してください。

（入退所の年月日を記載させていただきます）

## 10 . 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

- (I) 外出・外泊 外出・外泊は可能な限り多くの機会を持って頂くようお願い致します。  
外出、外泊の際には必ず行き先、帰宅日時、連絡先を職員に申し出てください。
- (II) 設備等の利用 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、弁償して頂く事があります。
- (III) 噫煙 当施設内は、禁煙となっております。
- (IV) 迷惑行為等 騒音やハラスマント行為等の迷惑になる行為はご遠慮願います。  
また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
- (V) 宗教活動 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治  
及び政治活動はご遠慮ください。
- (VI) 差し入れの禁止 施設利用者や職員への差し入れはご遠慮下さい。
- (VII) 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。

## 11 . その他

（後発医薬品に関して）

当施設にご入所した場合、効果は同じだが名前の違う薬を使う場合があります。  
(ジェネリック医薬品への変更)

（個人情報に関して）

サービス担当者会議等で、利用者・家族（代理人）の個人情報を出す場合があります。  
利用者の求めに応じ、介護サービスの提供記録を開示いたします。

（契約書の更新に関して）

今後、介護報酬の改定や施設の基準の変更等が行われた場合、それに伴い、  
重要事項説明書や契約書の内容が変更になる場合があります。  
その際は、その都度、手続きが必要になりますので、ご了承下さい。

私は、本書面に基づいて、職員（氏名）  
上記重要事項説明書の説明を受け同意し、本書面の交付を受けました。）より

令和 年 月 日

(利用者)

住所

---

氏名

---

(印)

(署名代筆者)

住所

---

氏名

---

(続柄)

(印)

(身元引受人)

住所

---

氏名

---

(続柄)

(印)

(サービス事業者名)

介護老人保健施設 めぐみ

(印)

安中市安中3-25-13

TEL: 027-382-5951