介護老人保健施設サービス重要事項説明書

１　利用者(被保険者)

氏名	生年月日　M・T・S　　年　　月　　日

認定有効期間	要介護認定
年　　月　　日から 年　　月　　日まで	１・２・３・４・５
年　　月　　日から 年　　月　　日まで	１・２・３・４・５
年　　月　　日から 年　　月　　日まで	１・２・３・４・５
年　　月　　日から 年　　月　　日まで	１・２・３・４・５

２　事業所の概要

事業者の名称	医療法人　善昭会
法人所在地	大分市東鶴崎２丁目３番３０号
法人種別	医療法人
代表者氏名	日野　洋
電話番号	０９７－５２７－２５００

３　ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設　コスモス苑
施設の所在地	大分市東鶴崎２丁目３番２２号
施設長名	川野　克則
電話番号	０９７－５２７－２６６０
ＦＡＸ番号	０９７－５２７－２４４０

４　サービス提供の時間帯

営業日	営業時間帯
日～土	24 時間

５　事業の目的と運営方針等

（１）　事業の目的

疾病・負傷等により身体機能が著しく低下した老人に対し、看護・医学的管理下の介護及び必要な医療等を提供し、回復・改善を図る。

（２）　運営方針

入所者の状態に応じた医療・看護・介護の実施により在宅への復帰を目指す。

（３）　サービスの特徴

理学療法士によるリハビリテーションや温泉入浴、運動・作業療法等機能訓練を積極的に行っている。

６　ご利用施設で実施する事業

事業の種類		定員	備考
施設	介護老人保健施設	75 人	短期入所療養介護を含む

７　施設の概要

介護老人保健施設

敷　　地		４４８５．１㎡
建物	構　　造	鉄筋コンクリート造 5 階建（耐火建築）
	延べ床面積	２５４０．１３㎡
	利 用 定 員	75 人

（１）療養室

療養室の種類	室数	面積
１人部屋	３室	１２.０㎡
	３室	１２．９㎡
２人部屋	２室	２２．２㎡
	１室	２２．８㎡
３人部屋	１室	３３．５㎡
４人部屋	６室	３４．８㎡
	９室	３４．９㎡

＊指定基準は、居室１人当たり８㎡

（2）主な設備

設備の種類	室数等	面積
食　　堂	３室	１６５．２㎡
機能訓練室	３室	１１７．５㎡
一 般 浴 室	１室	２２７.０５㎡
特別浴室	１室	２台
診療室	１室	１１．３４㎡
談話室	３室	１６４.０㎡
ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝﾙｰﾑ	１室	１６４.０㎡
家族介護教室	１室	１４.７６㎡

＊　食堂の指定基準は、１人あたり２㎡

８　職員体制（主たる職員）

職種	員数	区分			
		常勤		非常勤	
		専従	兼任	専従	兼任
施設長･医師	1		1		
看 護 職 員	13	9	1	3	
介 護 職 員	16	15		1	
理学療法士 作業療法士	3	3			
支援相談員	2	2			
理栄養士	1	1			
介護支援専門員	2		2		
薬　剤　師	1		1		
事　務　員	1	1			

9　職員の勤務体制

職種	勤 務 体 制	休 暇
施設長・医師	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）	4週8休
支援相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	4週 8休
介 護 職 員	・早番（ 7：00～16：00） 遅番（ 9：30～18：30） 日勤（ 8：30～17：30） 夜勤（16：00～ 9：00）	原則として、 4週 8休
看 護 職 員	・早番（ 7：00～16：00） 遅番（ 9：30～18：30） 日勤（ 8：30～17：30） 夜勤（16：00～ 9：00）	原則として、 4週 8休
理学療法士	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	4週 8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	4週 8休
管理栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	4週 8休
薬　剤　師	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）	4週 8休

10　サービスの内容

（1）法定給付サービス

種　　類	内　　容
食　　事	・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。身体状況や嗜好により、個別に献立を立てております。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮しますが、身体状況や入所者の意向で自室での食事も可能です。 （食事時間） 朝食　8：00～ 8：30 昼食　11：00～12：00　※入所者の状態や意向で食事時間の変更をすることも可能です。 夕食　17：00～18：00
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、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入　　浴	・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位の取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。 ≪入浴の作業手順≫ 〔一般浴〕　利用者の全身状態が入浴に適しているかを確かめ、歩行可能レベルであれば転倒に注意し、見守りながら行う。 〔リフト浴〕　利用者の全身状態が入浴に適しているかを確かめ、歩行可能で

	座位がとれる利用者に対しリフトを使用し行う。 車椅子からリフトの移乗時等は特に注意しリフト操作も慎重に行う。 〔特殊入浴〕 利用者の全身状態が入浴に適しているかを確かめ、寝たきりで、座位不可の利用者に対し寝たままの状態で浴槽に入る。 利用者に不安感を与えない様に特に注意を払う。
離床、整容等	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
クリーニング	・ご家族様洗濯または外部業者クリーニングをお選びいただけます。
機能訓練	・理学療法士による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立ができるようリハビリテーションを行います。 ・介護老人保健施設からご入所された方および入所後3ヶ月経過された方（短期集中リハビリテーション終了者）は一律週2回のリハビリとなります。個別リハビリ2回か、個別リハビリと集団体操1回ずつか、入所者のご状態に応じて対応させて頂きます。
診　　療	・医師により、必要と認められる疾病又は負傷に対しては、適切に対応致します。 ・当施設での医療では治療が困難な病状と考えられるときは、協力医療機関に責任を持って引き継ぎます。 ・検査等が必要と診断された場合は、検査代等が別途発生する可能性がありますので、ご了承下さい。 ・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、内容によっては一時帰宅か当法人の医療機関へ転院していただく場合がございますので、その旨ご了承ください。
相談及び援助	・当施設は、入所者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口）支援相談員・看護師長
そ の 他	・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・行事（新年会、雛祭り、父の日・母の日、夏祭り、運動会、クリスマス会等）

（2）計画担当介護支援専門員の責務について

① 計画担当介護支援専門員は、解決すべき課題の把握に当たっては入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

② 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求める。

③ 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の実施状況の把握及び解決すべき課題の

把握に当たっては、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

(1) 定期的に入所者に面談すること。

(2) 定期的に実施状況の把握の結果を記録すること。

④ 計画担当介護支援専門員は、入所者が要介護更新認定、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求める。

⑤ 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画に関する業務のほか、入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業所に対して情報を提供する等の業務を行う。

（3）記録物について　　本人又は御家族の求めに応じて対応いたします。

サービス提供記録の保管	この契約の終了後５年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土日曜日・祝祭日を除く毎日午前　９時～午後　１８時
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

（4）身体拘束その他行動制限

事業者は、利用者または他の入所者等の生命もしくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、隔離、身体拘束、薬剤投与、その他の方法により利用者の行動を制限しません。

2. 事業者が前項により、利用者の行動を制限する場合は、利用者･家族に対し事前に制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、同意を得ます。なお、サービスの提供記録にその内容を記載します。

11 虐待防止についての事項

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

（1）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

（2）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

（3）その他虐待防止のために必要な措置

１．虐待防止に関する責任者の選定及び措置

２．成年後見制度の利用支援

３．介護相談員の受入れ

※事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

12　秘密保持

１．事業所および事業者の使用する者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
　なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

２．事業所は、利用者のための往診又は利用者を通院させる場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、利用者の診療状況に関する情報を提供できるものとします。

３．事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、家族の同意をあらかじめ文書で得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及び利用者の家族の個人情報を用いません。

13　事故発生時の対応

（1）　利用時に対するサービス提供時等に事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

（2）　利用者に対するサービス提供時等に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行えるよう損害賠償保険に加入するなどの措置をとる。

損害賠償責任保険

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
補償内容	福祉事業者総合賠償責任保険

（3）事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。

14　非常災害時の対策

<table>
<tr><td>非常時の対応</td><td colspan="4">別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。</td></tr>
<tr><td>防災体制</td><td colspan="4">併設のオアシス第一病院、グループホーム菜の花の職員と連携を取って対応します。</td></tr>
<tr><td rowspan="8">平常時の
訓練等
防災設備</td><td colspan="4">別途定める「消防計画」にのっとり年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。</td></tr>
<tr><td>設備名称</td><td>有無</td><td>設備名称</td><td>有無</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>有</td><td>防火扉・シャッター</td><td>有</td></tr>
<tr><td>避難階段</td><td>〃</td><td>屋内消火栓</td><td>〃</td></tr>
<tr><td>自動火災報知機</td><td>〃</td><td>非常通報装置</td><td>〃</td></tr>
<tr><td>誘導灯</td><td>〃</td><td>漏電火災報知機</td><td>〃</td></tr>
<tr><td>ガス漏れ報知機</td><td>〃</td><td>非常用電源</td><td>〃</td></tr>
<tr><td colspan="4">カーテン･布団等は防炎性能のあるものを使用しております。</td></tr>
<tr><td>消防計画等</td><td colspan="4">消防署への届出日：平成　27 年 10 月 9 日
防火管理者：　高橋　建己</td></tr>
</table>

15　協力医療機関

医療機関の名称	オアシス第一病院
所在地	大分市東鶴崎３丁目３番１９号
診療科	内科、循環器内科、脳神経内科、 消化器内科、呼吸器内科、リハビリテーション科
病床数	ベッド数　45 床

16　協力歯科医療機関

医療機関の名称	①こころデンタルクリニック
院長名	指宿　一郎
所在地	大分市仲西町２丁目 4-28YUKO ビル２階
電話番号	０９７－５５６－８８３３

17　相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者　支援相談員 ご利用時間　平日８：３０～１７：３０まで ご利用方法　電話　０９７－５２７－２６６０ ＊来苑・訪問（日時の調整をしますので事前にご連絡ください。） ＊ご意見箱（正面玄関前・２F　診察室前） （３F・４F　談話室前）

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

大分市長寿福祉課	所在地　大分市荷揚町２番３１号 電話番号　０９７（５３７）５７４４ FAX　０９７（５４８）５３８７ 対応時間　平日 8:30～17:15
大分県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地　大分市大手町２丁目３番１２号 電話番号　０９７（５３４）８４７０ FAX　０９７（５３７）８６５０ 対応時間　平日 8：30～17:00

18　苦情処理対策

１．コスモス苑に連絡が入り事務員・相談員が受けた場合は、即師長に連絡する。
２．面談又は電話により、相談員・師長と利用者･家族の間で苦情の内容を確認する。
３．即答できる事についてはその内容を利用者･家族に説明して同意を得る。即答できない点については返答期日、担当責任者を確認し、利用者･家族に説明したうえで同意を得る。
４．夜間、休日等もコスモス苑職員の日･宿直者の協力を得て常時連絡が可能な体制にする。
５．利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに指導又は助言に従う。
６．利用者及びその家族からの苦情を受け付けた場合には当該苦情の内容等を記録する。

19　当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（20 時まで）を遵守して下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず外出・外泊届を提出し、行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。また、外出・外泊先で何か起きた時は、当苑職員まで必ずご連絡下さい。
他の医療機関への受診	病状により、医師の判断のもとに受診していただくことがあります。 ご家族の付き添いが必要な場合はご協力をお願いします。 また、他科への受診をご希望される場合には事前に職員へお申し出下さい（なお、眼科からの点眼薬・皮膚科からの軟膏など、当苑から処方することになっております）。他科よりお薬を処方されている場合には、その旨、入所時にお知らせ下さい。
療養室・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、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は原則としてできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者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。
所持品の管理	宝石・貴金属・預金通帳などは原則としてお預かりすることは出来ません。
食べ物の持ち込み	同室者にはカロリー制限の必要な方がおられる場合もあり、又食中毒防止のためにも原則としてできません。 持ち込まれる際は必ず職員に申し出て下さい。
現金等の管理	原則としてお預かりすることはできません。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持込及び飼育はお断りします。

サービス利用者負担金説明書

１．利用者負担金

（1）利用者負担金は、１ヶ月ごとにお支払いいただきます。
お支払いいただく利用者負担金は、概ね次のとおりです。（１ヶ月を３０日とした場合）

【法定給付サービス費】

（基本型・多床室）　※２割以上は別

区　　分		算 定 根 拠	サービス費(１０割)	利用者１割負担
介護サービス費	要介護１	７９３×３０日	２３７,９００	２３，７９０
	２	８４３×３０日	２５２，９００	２５，２９０
	３	９０８×３０日	２７２，４００	２７，２４０
	４	９６１×３０日	２８８，３００	２８，８３０
	５	１，０１２×３０日	３０３，６００	３０，３６０
初 期 加 算 Ⅱ		３０単位×３０日	９，０００	９００

（基本型・個室）　※２割以上は別

区　　分		算 定 根 拠	サービス費(１０割)	利用者１割負担
介護サービス費	要介護１	７１７×３０日	２１５，１００	２１，５１０
	２	７６３×３０日	２２８，９００	２２，８９０
	３	８２８×３０日	２４８，４００	２４，８４０
	４	８８３×３０日	２６４，９００	２６，４９０
	５	９３２×３０日	２７９，６００	２７，９６０
初 期 加 算Ⅱ		３０単位×３０日	９，０００	９００

※　外泊された場合は３６２単位／日となります。
但し、外泊の初日と施設に戻られた日は、入所日同様の扱いとなり、外泊になりません。

【加算分】　※２割以上は別

加　算　名	１割負担者
①サービス提供体制強化加算Ⅱ介護福祉士60%以上配置	１８単位／日
②介護職員等処遇改善加算Ⅲ（職員の資質向上を目指し、より良いサービスを提供する目的）	自己負担額に5.4%乗じた額が加算されます。
③療養食加算（療養食をご提供している方）	６単位／回 ＊1 日につき３回を限度。
④初期加算（入所～30 日を限度として）	Ⅰ・・・６０単位／日 Ⅱ・・・３０単位／日
⑤短期集中リハビリテーション実施加算（過去３ヶ月間に介護老人保健施設入所歴がない方は、入所後３ヶ月間は週４～６回（１回20 分以上）のリハビリを提供することが可能。　※ご本人様のやむを得ない事情により２回実施の場合、同意を得て算定することもある）	２５８単位／日
⑥認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ（認知症の進行を予防、認知機能の改善を図り、日常生活能力の維持を図る。入所後３か月週３回のリハビリ提供が可能）	１２０単位／日
⑦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
⑧所定疾患施設療養費Ⅰ（肺炎・尿路感染症・帯状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増合に対して、投薬などを行なった時月７日間を限度として）	２３９単位／日
⑨口腔衛生管理体制加算Ⅰ （歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が月２回以上の口腔ケアを行なった場合）	９０単位／月
⑩口腔衛生管理体制加算Ⅱ （上記Ⅰの要件に加え、厚生労働省に口腔衛生等に係る計画等の情報を提出）	１１０単位／月
⑪科学的介護推進体制加算（入所者の認知症の状況、栄養状態等を厚生労働省に提出）	Ⅰ・・・４０単位／月 Ⅱ・・・６０単位／月
⑫協力医療機関連携加算	１００単位／月
⑬かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰ（イ） （入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合）	１４０単位／回
⑭入所前後訪問指導加算（入所前後に自宅を訪問し、退所を念頭においた施設サービス計画を立てた場合）	Ⅰ・・・４５０単位／回 Ⅱ・・・４８０単位／回
⑮退所時情報提供加算（退所後の主治医に情報提供を行なった場合）	Ⅰ・・・５００単位／回 Ⅱ・・・２５０単位／回
⑯入退所前連携加算（退所前にケアマネやデイなどと調整を行なった場合）	Ⅰ・・・６００単位／回 Ⅱ・・・４００単位／回
⑰試行的退所時指導加算（在宅へ退所する予定の方の試行的な退所時に入所者・家族へ退所後の療養上の指導をおこなった場合）	４００単位／回
⑱外泊時費用（外泊時１月に６日を限度として算定）	３６２単位
⑲外泊時に在宅サービスを利用した場合（外泊初日、最終日以外。外泊時費用との併算定は不可）	８００単位／日
⑳栄養マネジメント強化加算	１１単位／日
㉑退所時栄養情報連携加算（退所先の医療機関に対して、情報提供を行った場合）	７０単位／回
㉒再入所時栄養連携加算（入所者が医療機関へ入院し、入所時と大きく異なる栄養管理が必要となった場合に、医療機関と施設の管理栄養士が共同で栄養ケア計画を作成し、再入所した場合）	２００単位／回
㉓業務継続計画未実施減算（感染症や非常災害の発生時、サービスの提供を継続、早期業務再開を図る計画を策定できなかった場合）	所定単位数の 3.0%を減算

㉓高齢者虐待防止措置未実施減算（虐待の発生またはその再発を防止する為の措置が講じられていない場合）	所定単位数の 1.0%を減算

※　サービスが介護保険の適用を受ける場合は、利用者から施設サービス費の額を控除し得られた額をお支払いいただきます。

※　保険料の滞納などにより、上記の『利用者負担金』で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額（１０割）をお支払い頂き、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受け取る手続きが必要となります。この場合、『利用者負担金』（1 割負担）の適応ではなくなる場合があります。

※　別途、食費と居住費が全額利用者様の自己負担となります。基準となる料金は次の通りです。

○基準費用額　（単価:円／日）

	居住費(滞在費)	食　　費
個　室	１，７５０	１，６８０
多床室	４５０	

※但し、利用者様ご本人の属する世帯の所得に応じて、軽減措置があります。（その為には、各市町村へ申請を行い、１～３段階と決められた場合になります。）
１～３段階に該当された場合は、それぞれ下記の料金になります。

○負担限度額１
【利用者負担第１段階】　（単価 : 円／日）

	居住費(滞在費)	食　　費
個　室	５５０	３００
多床室	０	

○負担限度額２
【利用者負担第２段階】　（単価 : 円／日）

	居住費(滞在費)	食　　費
個　室	５５０	３９０
多床室	４３０	

○負担限度額３①

【利用者負担第３段階①】 （単価：円／日）

	居住費(滞在費)	食　　費
個　室	１，３７０	６５０
多床室	４３０	

○負担限度額３②

【利用者負担第３段階②】 （単価：円／日）

	居住費(滞在費)	食　　費
個　室	１，３７０	１，３６０
多床室	４３０	

各市町村に申請を行った場合、「介護保険負担限度額認定　決定通知書」が本人様の自宅へ郵送されますので、届き次第当苑までお持ち下さい。

（法定給付外サービス費）

種　類		利　用　者　負　担
居　住　費	多床室	１日　　４５０円
	従来型個室	１日　１，７５０円
食 費		１日　１，６８０円
電 気 代		１日　５５円（税込み）　　（一品目につき）
クリーニング代		外部業者実費　（　別紙参照　）
理容・美容代		外部のサービス利用時　　実費
健康管理費		要した費用の実費 (インフルエンザ予防接種にかかる費用でインフルエンザ予防接種を希望された場合にお支払い頂きます。)
行事費		遠足・観劇等の実費

※料金を提示したもの以外に利用者からの依頼により購入する日常生活用品については実費

(2)事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月３０日までにご請求させて頂きます。お支払い方法と期日は以下の通りです。

□　自動口座引き落とし　　＊手数料は、事業者の負担となります。ご利用月の2ヶ月後の12日までに口座にご入金をお願いします。12日頃引き落としさせて頂きます（「ゼンショウカイ」と表示されます)。

□　現金払い　　＊ご利用月の翌月の15日以降、窓口でお支払い頂けます。

□　金融機関振込　　＊手数料は、利用者の負担となります。ご利用月の翌月の10日以降、お振り込み頂けます。

(3)事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(4)療養室の明け渡し

契約が終了する時は、利用者負担金をお支払いの上、契約終了日までに療養室を明け渡していただきます。

契約終了日までに療養室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に療養室が明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金をお支払いいただきます。

２　その他

(1) サービス従業員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、お受けできません。

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設サービスの開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて介護法人保健施設サービスの重要事項を説明しました。

〈事業者〉　　（指定番号　4450180098）

所在地	大分市東鶴崎２丁目３番３０号
事業者名	医療法人　善昭会
代表者名	日野　洋

〈説明者〉

所　　属	介護老人保健施設　　コスモス苑
氏　　名	

私は、本書面により事業者から介護老人保健施設サービスの重要事項についての説明を受け、同意いたしました。

〈利用者〉

住　　所	
氏　　名	印

〈利用者代理人（続柄　　）〉

住　　所	
氏　　名	印