

重要事項説明書

ver. 6 4

(施設介護サービス利用契約書)

あなたの申し出によりサービス提供を開始するにあたり、法令によって、わたしたちがあなたに説明すべき事項を次のとおり確認させていただきます。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 健和会
法人所在地	三重県員弁郡東員町長深 3140-2
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 坂口 正 忠
電話番号	0594-76-0760

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム パークレジデンス
施設の所在地	三重県員弁郡東員町長深 3140-2
施設長名	子 安 信 之
電話番号	0594-76-0760
ファクシミリ番号	0594-86-2711

3 当法人であわせて実施する事業

事業の種類		三重県知事の事業者指定	利用定数
		指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	2472100250	90人
居宅	通所介護	2472100268	35人
	同 通所介護現行相当サービス	24A2100147	
	地域密着型通所介護	2492100033	10人
	同 通所介護現行相当サービス	24A2100022	
	短期入所生活介護（介護予防事業含む）	2472100276	14人
居宅介護支援事業		2472100284	
住宅型有料老人ホーム			22名

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、介護保険制度下での施設介護事業であり介護および支援の必要な利用者がそれぞれのおかれている環境等に応じて、利用者自身の選択にもとづく保健・福祉サービスを効果的に提供することを目的とします。
施設運営の方針	当施設にあつては、利用者が安全に、そして最も安心して生活できるサービスを提供することにより、利用者がその生活において国民としての権利をいささかも制限されず、尊厳をもって生活していただけるよう配慮し、運営するものとします。

5 施設の概要

介護老人福祉施設「パークレジデンス」

敷地	6403.05㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造2階建（耐火建築）
	延べ床面積	4277.08㎡
	利用定員	特養90名 ショート14名（デイ35名）

(1) 居室

居室の種類	室数	居室総面積	1人あたり有効面積
一人部屋	(31) 室	580.52 m ²	11.07 m ²
二人部屋	(42) 室	766.90 m ²	10.81 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたり面積
食堂・機能訓練室	3 室	364.43 m ²	3.50 m ²
一般浴室	1 室	11.57 m ²	浴室面積 138.0 m ²
機械浴室	1 室	51.84 m ²	
脱衣室	1 室	74.59 m ²	

6 職員体制（主たる職員）※短期入所生活介護事業含む

従業者の職種	員数	うち短期入所	内容
施設長	1	1（兼務）	管理者
生活相談員	2	2（兼務）	相談援助
介護職員	33	33（兼務）	生活介護
看護職員	4	4（兼務）	健康管理・看護
介護支援専門員	1	1（兼務）	ケアプラン作成
機能訓練指導員	1	1（兼務）	リハビリテーション
医師	(1)		
管理栄養士	1	1（兼務）	献立立案

7 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制		休暇等
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務		1ヶ月に9日 2月度は8日 年間 107日
生活相談員			
栄養士			
介護支援専門員	①6：00～15：00	⑤10：00～19：00	年間 107日
看護職員	②6：30～17：30	⑥16：30～9：30	
介護職員	③7：30～16：30	④8：30～17：30 ※看護師は⑥を除く	
医師	週1日		

8 当施設の受け入れ基準（ご利用資格）

入居対象者は、要介護度3～5と認定された方となります。要支援あるいは、要介護1、2と判定されている方はご利用できません。また、常勤の医師がいないことや、夜間に看護師の配置をしていないことから、必要な医療ケアの内容により入居できない場合もございます。なお、法令により、入居後、要介護2以下へ変更となった場合には、退居となる可能性もありますのでご理解ください。

※保険者の定める特例入所者は除く

9 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについては

- (1) 介護保険給付対象となるサービス
- (2) 介護保険給付対象とならないサービス があります。

施設サービスの概要

(1) 介護保険給付対象となるサービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・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に富んだ食事を提供します。 ・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。 (食事時間) <p style="text-align: center;"> 朝食 7 : 30 ~ 8 : 30 昼食 12 : 00 ~ 13 : 00 夕食 18 : 00 ~ 19 : 00 </p>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員により、入居者の心身等の状況に応じて、日常生活をおくるのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回以上の入浴または清拭を行います。 ・一般浴槽のご利用が難しい方は、機械を用いての入浴を行います。
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・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。 ・シーツ交換は、週1回以上実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・医師により、週1回診察日を設けて健康管理につとめます。 ・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。夜間における看護師との連絡体制も確保しています。 ・入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてはご家族のご協力をお願いします。(困難な場合にはご相談ください。)
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、入居者およ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つとめます。 <p style="text-align: center;">(相談窓口) 生活相談員：田中成登 ※相談全般 施設ケアマネジャー：山口由果利 ※ケアプラン関係</p>
社会生活上の 便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

◎ サービス利用料金 (1日あたり)

別紙1の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じた金額をお支払いください。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度や居室タイプ、保険者が定める負担割合に応じて異なります)

おむつ代、洗濯代は必要ありません。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

- ※ 経管栄養となられた方につきましては、医師・看護師の管理のもと「メイバランス」もしくは「リカバリーニュートリート+PG ウォーター」などを流動食として提供し、上記食事サービス費を頂戴いたします。
- ※ 居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

当施設の居住費・食費の負担額について

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、施設利用・ショートステイの居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。

(2) 介護保険給付外サービス

以下のサービスは利用料金の全額がご契約者の負担となります。

サービスの種類	内容・利用料
理容・美容	2ヵ月に1回理容師の出張による理髪サービスを利用いただけます。 (2000円/1回)。
金銭等 管理サービス	・利用者の財産、金銭の管理は基本的に身元引受人またはご家族でお願いいたします。ご希望に応じ金銭等管理サービスをご利用いただけますが、日常生活に要する範囲の現金、預金とさせていただきます。 (500円/月)
日常生活品の購入代行	・日常生活用品を利用者およびご家族が購入することが困難な場合は、『利用者預り金等管理委託契約書』に基づき、購入を代行することもできます。
レクリエーション クラブ活動	・要した材料代等の費用の実費（例：生け花クラブの花代等）
複写物の交付	・複写物（コピー）を必要な場合には実費をいただきます。 1枚につき 10円
日常生活に要する費用 で本人に負担いただく ことが適当であるもの	・水分、栄養補助飲料（ポカリスエット等）、必要な場合には実費をいただきます。 ・電気製品使用料（利用者、ご家族の希望に基づいて持ち込みになられたTV、電気毛布、電気アンカ等：50円/日。※使用中止になられる場合は、速やかに申し出下さい）
看取りに関連する費用	・看取り介護を希望された入居者がお亡くなりになられた際、その処置に関連する費用の実費をいただきます。（新しい浴衣、死亡時の処置物品等※4,000円程度）

(3) サービス利用料金のお支払い方法

前記の(1)(2)の料金・費用は、毎月1日から末日までの1ヶ月ごとに計算して請求しますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。

現金支払	当施設事務室の窓口にてお支払い
銀行振込	当法人指定の口座にお振込み
口座振替	翌月27日に金融機関からの自動引落としによりお支払い

10 医療費・日常生活品購入費の支払方法について

緊急で、外部の医療機関を利用された場合の医療費の支払いや、必要な日用品の購入のために必要な費用の支払いについては、「利用者預り金等委託管理契約」により委任することができます。

11 施設を退居していただく場合

以下のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退居していただくこととなります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 要介護認定により、ご契約者が、要介護3、4、5に該当しなくなった場合※② 事業者が解散など、やむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合③ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能となった場合④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合⑤ ご契約者から退居の申し出があった場合（以下参照）⑥ 事業者から退居の申し出を行なった場合（以下参照） |
|--|

※保険者が定める特例入所者は除く

ご契約者から退居の申し出があった場合について

退居を希望する日の遅くても7日前までに届出を行なってください。ただし以下の場合には即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">1：介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合2：ご契約者が入院もしくは、死去された場合3：事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉サービスを実施しない場合4：事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合5：事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合6：他の利用者のご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|---|

事業者からの申し出により退居していただく場合について

以下の事項に該当する場合は、当施設より退居していただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">1：ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合2：ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、これが支払われない場合3：ご契約者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行なうことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
|---|

※ 病院又は診療所に入院された場合、退院時のご契約者の必要な医療ケアの内容などにより、再び施設に入居できない場合がございます。

※ 退院後はできる限り速やかに入居いただけるよう努めます。

	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ警報機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は、防災性能のあるものを使用しています。			
その他	事故等の発生時には、家族、保険者（市町村）、北勢福祉事務所等へ速やかに連絡します。地域の消防団員へ緊急時には応援要請します。 防火管理者：小川 浩哉			

16 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	<p>来訪者は、面会時間（9：00～18：00）をお守りください。その際は、事務所前の面会票にご記入ください。食事の時間は基本的に避けていただきますようお願いいたします。飲食物の持ち込み、差し入れにつきましては、衛生管理上の面からはもとより、糖尿病等で栄養コントロールをしてみえる方もあり、他のご利用者さまのご迷惑となる場合がありますので、必ず、事務所に申し出てください。</p> <p>風邪、インフルエンザ等で咳の出る方は、利用者の方の健康管理上、感染のおそれがございますのでご遠慮ください。</p> <p>また、体力の低下している高齢者も多数入居されていることから、インフルエンザの流行する時期（注意報・警報の出ている期間）には、施設内感染を防ぐ意味から、面会制限をかけさせていただきますので、ご了承ください。</p>
外出・外泊	<p>外出・外泊の際には、必ず行き先や同伴者等を職員にお伝えください。また出発前には、ご本人の心身の状況については、必ず介護、看護職員からご確認ください。外出中の心身の状況についてもお戻りの際に職員へご連絡ください。遅くとも19：00までには、お戻りください。</p>
居室・設備・器具の利用	<p>施設内の居室や設備、器具は、本来の用法にしたが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あります。</p>
喫煙	<p>健康増進法に基づき、施設内での喫煙は、禁止となっております。</p>
迷惑行為等	<p>騒音等、他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。</p>
現金等の管理	<p>紛失の恐れがありますので十分注意してください。</p> <p>貴重品は、持ち込まないようにお願いします。</p> <p>退居される場合の遺留金品につきましては、身元引受人の方が責任を持って法定相続人へお渡ししてください。</p>
宗教活動・政治活動	<p>思想、宗教等に関してはご自由ですが、施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動は、禁止となっております。</p>
動物飼育	<p>施設内へのペットの持ち込みおよび飼育は、ご遠慮ください。</p>

介護老人福祉施設介護サービス提供開始にあたり、利用者に対し「重要事項説明書」に基づいた説明を行いました。

事業者

<事業者名> 社会福祉法人 健和会
特別養護老人ホーム パークレジデンス
(介護老人福祉施設)
三重県指定：2472100250

<担当者名>

印

重要事項確認・施設利用に関する同意書

私は、本書面に基づいて社会福祉法人健和会の職員から上記重要事項の説明を受けたことを確認し、施設の利用について同意いたします。

____年 ____月 ____日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

情報提供に関する同意書

私は、施設利用に際し、関係医療機関、居宅介護支援事業者等に情報提供の必要が生じた場合には、個人および家族の情報を提供することに同意いたします。

_____年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____