

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(介護保険事業所番号 3870102484)

当施設はご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

〔目 次〕

1. 施設経営法人.....	1
2. ご利用施設.....	1
3. 居室の概要.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 契約締結からサービス提供までの流れ.....	3
6. 当施設が提供するサービスと利用料金.....	3
7. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）.....	7
8. 残置物引取人.....	8
9. 苦情の受付について.....	8
10. サービス提供における事業者の義務.....	9

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 和光会
- (2) 法人所在地 愛媛県松山市井門町1099番地
- (3) 電話番号 089-969-0001
- (4) 代表者氏名 理事長 窪田 学
- (5) 設立年月日 平成14年4月1日

2. ご利用施設

(1) 施設の目的

指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的としてご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉サービスを提供します。

この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅において、それを受けることが困難な方が、ご利用いただけます。

- (2) 施設の名称 和光苑
- (3) 施設の所在地 愛媛県松山市井門町1099番地
- (4) 電話番号 089-969-0001
- (5) 施設長（管理者）氏名 尾崎 富士夫
- (6) 当施設の運営方針

当施設は高齢者の方々の尊厳を保った老後を過ごし、地域間、世代間の交流が常に図れる為に、職員の教育訓練に努め、近隣の方々に当施設への理解を深めて頂く様、努力いたします。地域福祉、老人福祉といった観点から当施設の持つ機能を十分に発揮し、地域に愛され、利用者に信頼される施設づくりを目指します。

(7) 開設年月 平成14年4月1日

(8) 入所定員 80人

3. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	16室	※従来型個室
2人部屋	29室	多床室
4人部屋	4室	多床室
合 計	49室	
食堂	4室	
機能訓練室	4室	(食堂と兼用)
浴室		機械浴・特殊浴槽・一般浴槽
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職務	常勤	非常勤
1. 施設長(管理者)	事業所の業務を統括する。	1名	
2. 介護職員	入所者の介護に当たる。	26名以上	
3. 生活相談員	入所者及び家族の相談業務に当たる。	1名以上	
4. 看護職員	入所者の健康管理に当たる。	3名以上	
5. 機能訓練指導員	入所者の機能訓練指導に当たる。	1名以上	
6. 介護支援専門員	施設サービス計画の作成に当たる。	2名以上	
7. 医師	入所者の診療、健康管理に当たる。		2名
8. 管理栄養士	給食業務に当たる。	1名以上	
9. 歯科衛生士	入所者の口腔機能の管理に当たる。		

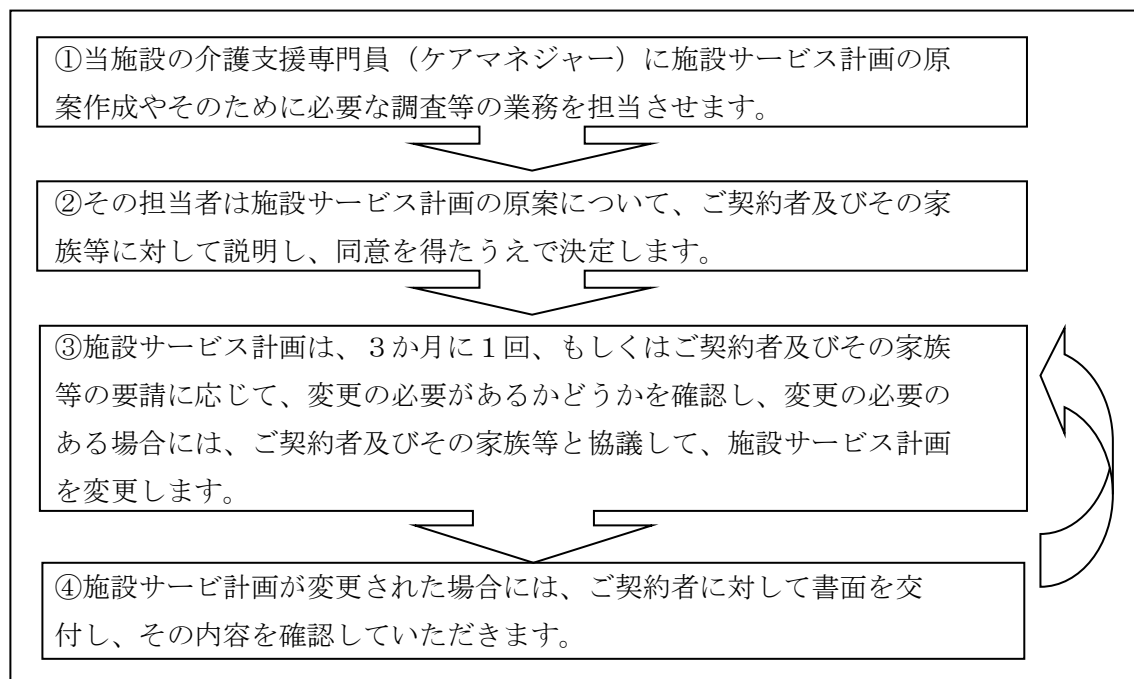
〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制	
1. 医師	毎週月・木曜日	
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員	従来型特養
	早出： 6：30～15：30	5名
	日勤： 8：30～17：30	7名
	遅出：12：00～21：00	5名
3. 看護職員	夜勤：17：00～ 9：00	3名
	日勤： 8：30～17：30	2名
4. 機能訓練指導員	日勤： 8：30～17：30	1名
5. 歯科衛生士	日勤： 8：30～12：00	1名

5. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。



6. 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、

- （１）利用料金が介護保険から給付される場合
- （２）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

（１）当施設が提供する基準介護サービス（契約書第４条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き法令で定められた給付額が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①栄養管理

- ・ 当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表及びケアプランにより、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）朝食：８：００　　昼食：１２：００　　夕食：１８：００

上記時間は、あくまでも目安です。その日の心身の状態により個人的な対応を心がけています。

②入浴

- ・ 入浴又は清拭を週２回以上行います。

ただし、体調不良時、契約者が拒否する時には、やむを得ず中止にする事があります。

- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎ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。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ・ 落ち着いた生活をめざし、レクリエーションやクラブ活動等を行い、心理的に安定出来る援助を行います。

〈サービス利用料金（１日あたり）〉

別紙の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と居室に係る自己負担額、並びに食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度等に応じて異なります。）

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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。

☆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

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の場合

は、施設利用の居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。

〔単位：万円〕（月額概数）

対象者		区分	居住費(居室の種類により異なります)		食費
			多床室（相部屋）	従来型個室	
生活保護受給者		利用者負担	0	1. 1	1. 0
市長村民税		段階 1			
非課税世帯 全員が	老齢福祉年金受給者	利用者負担 段階 2	1. 3	1. 4	1. 2
	年金収入額と合計所得金額の 合計が 80 万円以下の方				
	年金収入額と合計所得金額の 合計が 80 万円超～120 万円 以下	利用者負担 段階 3①	1. 3	2. 6	2. 0
	年金収入額と合計所得金額の 合計が 120 万円超	利用者負担 段階 3②	1. 3	2. 6	4. 0
上記以外の方		利用者負担 段階 4	施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方に 補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は 次のとおりです。		
			2. 7	3. 7	4. 3

☆実際の負担額は、日額で設定されます。

（２）（１）以外のサービス

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。

〈サービスの概要と利用料金〉

①理髪・美容

〔理髪サービス〕

月に２回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費（１回あたり ２，０００～２，５００円程度）

〔美容サービス〕

月に２回、美容師の出張による美容サービス（調髪、パーマ、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費（１回あたり ２，０００円程度）

（パーマをご利用の場合は別途 ４，０００～５，０００円程度）

②貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金、現金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

- ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

クラブ活動：書道、園芸クラブ等

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

ご契約書は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

ボディソープ、シャンプー、リンス、タオル等の入浴用品費及び石鹸、ティッシュ、おしぼり等の費用で、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

入浴1回につき 100円

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑥その他

・インフルエンザ予防接種代 実費

・その他 契約者の方が負担する事が適当と認められるもの 相当額

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月の月末までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み

愛媛信用金庫 土橋支店 普通預金 251640

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：県内銀行・信用金庫・農協（※郵便局不可）

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	土橋共立病院
所在地	松山市土橋町3-1
診療科	内科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	つばき歯科クリニック
所在地	松山市居相3丁目1-9

7. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこ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、ご契約者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又は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、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者からの退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の30日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- 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施設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又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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 他の利用者がご契約者の身体・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

（2）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又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か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又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、又は著しい不信行為を行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

- ④ ご契約者が連続して3ヵ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ ご契約者が介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設に入院した場合

*** 契約者が病院等に入院された場合の対応について ***

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

①入院後おおむね3ヶ月以内に退院することが明らかに認められる場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。

②3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。
この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

<入院期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金について、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業所の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

8. 残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

9. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） [職名] 生活相談員 小村 友紀

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

また、苦情受付ボックスをエレベーター前2ヶ所に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

松山市役所 指導監査課	所在地	松山市二番町4丁目7-2	
	電話番号	TEL 948-6968	FAX 934-0815
	受付時間	平日 8：30～17：15	
愛媛県 国民健康保険団体連合会	所在地	松山市高岡町101番地1	
	電話番号	TEL 968-8700	FAX 968-8717
	受付時間	平日 8：30～17：15	
愛媛県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	松山市持田町3丁目8-15	
	電話番号	TEL 998-3477	FAX 921-8939
	受付時間	平日 9：00～12：00 13：00～16：30	

※平日とは、月～金曜日（12/29～1/3は除く）

10. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービス提供するにあたって、次のことを守ります。

①（契約の留意事項）

ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

②（要介護認定代理行為）

ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。

③（記録の閲覧）

ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、その完結の日から5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

④（身体拘束の廃止）

ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、家族への連絡、承認記録を記載するなど、適正な手続きにより身体拘束を行う場合があります。

⑤（守秘義務）

事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供する場合もあります。

また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

⑥（非常災害対策）

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、施設の見やすい場所に掲示します。

また、防災計画に基づき年2回以上入所者及び職員等の訓練を行います。

⑦（緊急時の対応）

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他の必要な場合は速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

⑧（事故発生時の対応）

サービス提供により事故が発生した場合には、御家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行う等必要な措置を講じます。

⑨（虐待防止について）

施設は入所者の人権の擁護、虐待の防止等の為に虐待防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的に研修を開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底します。また、虐待防止のための指針、苦情解決体制の整備をするとともに、職員に対する虐待防止の啓発、普及する為の研修を行います。

⑩（施設利用の留意事項）

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（１）持ち込みの制限

入所にあたっての物品等の持込みは、必ず職員へお申し出下さい。

（２）面会

面会時間 ８：３０～２０：００

※来訪者は、必ず所定用紙に必要事項を記入して下さい。

（３）外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

（４）食事

食事が不要な場合は、朝食は前日の１７：３０までに、昼・夕食は当日の１０：００までにお申し出下さい。

お申し出があった場合には、「食事に係る自己負担額」は減免されます。

（５）施設・設備の使用上の注意事項

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って使用して下さい。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

施設内は全館禁煙です。

⑪ (損害賠償について)

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

⑫ (相談援助実習及び介護実習の受け入れについて)

相談援助及び介護技術の向上等に寄与すると共に人材を育成する等施設の社会的責務に貢献する為、上記の実習を受け入れています。

利用者や家族の皆様の人権擁護や個人情報保護を為、実習生への指導を徹底し、皆様に不利益が生じないようにいたします。

⑬ (施設サービスの第三者評価)

提供している施設サービス内容について、第三者による評価は現在のところ実施していません。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設のサービス提供開始にあたり、利用者に対する契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

《所在地》 愛媛県松山市井門町 1 0 9 9 番地

《連絡先》 0 8 9 - 9 6 9 - 0 0 0 1

《名 称》 社会福祉法人 和光会

介護老人福祉施設 和光苑 印

説明者

《氏 名》 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、その内容に同意しました。

利用者

利用者 《住 所》 _____

《氏 名》 _____ 印

〔御家族代表〕

《住 所》 _____

《氏 名》 _____ 印