

特別養護老人ホーム「タムスさくらの杜 春江」

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。
(指定事業者番号 東京都 第 1372309482 号)

当施設は契約者に対して指定介護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致します。

目 次

1. 施設経営法人	2
2. 利用施設	2
3. 居室の概要	3
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 施設を退居していただく場合(契約の終了について)	8
7. 身元引受人	10
8. 苦情の受付について	10
9. 利用上の注意	10
10. 事故発生時の対応について	11

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人春和会
(2) 法人所在地 東京都江戸川区東小松川一丁目5番4号
(3) 電話番号 03-5607-3366
(4) 代表者氏名 理事長 岡本 和久
(5) 設立年月 平成24年2月2日

2. 利用施設

- (1) 施設の種類 ユニット型介護福祉施設サービス
平成30年4月1日指定 (東京都 第 1372309482 号)
令和6年4月1日指定更新 (東京都 第 1372309482 号)

- (2) 施設の定義 施設の全てにおいて少人数の居室及び当該居室に近接して設けられる、当該居室の利用者が交流し、共同で日常生活を営むための共同生活室により、一体的に構成されるユニットごとに利用者の日常生活が営まれ、これに対する支援を行う施設です。

- (3) 施設の目的 当施設は、老人福祉法並びに介護保険法令に従い、利用者一人ひとりの意思及び人権を尊重し、施設サービス(ユニットケア)計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続ものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することを目的と致します。

- (4) 施設の名称 タムスさくらの杜 春江

- (5) 施設概要 鉄筋コンクリート造地上4階建(延床面積 5,821.8 m²)

- (6) 施設の所在地 東京都江戸川区春江町5丁目4番2号

- (7) 電話番号 03-5879-3260

- (8) FAX番号 03-5879-3261

- (9) 施設長 和田 陽子

- (10) 当施設の運営方針 当施設はユニットケアに基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上のお世話、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。当施設は、事業の運営にあたっては、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視し、関係行政機関、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、他の介護保険施設その他の保健、医療または福祉サービスを提供する事業所との密接な連携に努めます。

- (11) 開設年月 平成30年4月1日

- (12) 入居定員 140名

- (13) 面会時間 9:00~17:30(来訪者は都度、面会票をご記入ください)

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下のユニットごとに居室・設備を用意しています。

ユニット名称	種類	室数	設備
1B ユニット	ユニット	12 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
2A ユニット	ユニット	12 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
2B ユニット	ユニット	12 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
2C ユニット	ユニット	11 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
2D ユニット	ユニット	11 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
3A ユニット	ユニット	12 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
3B ユニット	ユニット	12 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
3C ユニット	ユニット	11 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
3D ユニット	ユニット	11 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
4A ユニット	ユニット	12 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
4B ユニット	ユニット	12 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
4E ユニット	ユニット	12 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴 1 室
特殊浴室		2 室	機械浴(寝台)
医務室		1 室	

※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、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、契約者やその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、契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、下記職種の職員を配置しています。

(1) 主な職員の配置状況(※職員の配置については、指定基準を満たしています。)

職 種	指定基準
1. 施設長(管理者)	1人
2. 生活相談員	2人以上
3. 介護支援専門員	2人以上
4. 看護職員	3人以上
5. 介護職員	46人以上
6. 機能訓練指導員	1以上
7. 管理栄養士	1人
8. 医師	1人以上(非常勤)
9. 事務職員	2人以上

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(例：週 40 時間)で除した数です。(例)週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名(8 時間×5 名÷40 時間=1名)となります。

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	月 4 回・毎週 月曜日
2. 医師(精神科医)	月 4 回・毎週 木曜日 ※ 2024 年 4 月現在、精神科医の配置なし
3. 看護職員	標準的な時間帯(8:45～17:45)における最低配置人員 2名
4. 介護職員	早 番： 7:00～16:00 6名
	日 勤： 8:45～17:45 7名
	遅 番： 12:00～21:00 6名
	夜 勤： 17:00～10:00 6名
	標準的な時間帯(8:45～17:45)における最低配置人員 13名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、ご利用料金の約9割または8割が介護保険から給付されます。

①入浴

- ・ 原則、週2回以上入浴を行います。ただし、やむを得ない場合には清拭を行います。
- ・ 寝たきりの状態でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

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

③健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

④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、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・ 外出の機会を確保できるよう努めます。

(2) サービス利用料金(1日あたり)

下記の料金表によって、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)と食事、居室費に係る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、契約者の要介護度や所得等に応じて異なります。)

① 利用料金表

要介護	介護保険給付対象(1割負担分)		介護保険給付対象外			日額(⑥) (①+③+④)	月額 小計(⑦) (⑥×30日)
	介護サービス費 (①)	加算(②)	居住費(③)	食費(④)	その他費用 (⑤)		
1	731 円	以下の 【加算一覧】 を参照	2,420 円 (第4段階)	2,330 円 (第4段階)	以下の 【実費負担 一覧】を参照	5,481 円	173,430 円
2	807 円					5,557 円	166,710 円
3	889 円					5,639 円	169,170 円
4	966 円					5,716 円	171,480 円
5	1,041 円					5,791 円	173,730 円

※「①介護サービス費」は、法定単位数に地域加算(10.9)を掛けた「日額」を表記しています。

※2割負担の場合は、「①介護サービス費」が上記料金の2倍となり、3割負担の場合は、「①介護サービス費」が上記料金の3倍となります。

※「③居住費」には、電気・水道・光熱費が含まれています。個人専用の家電を使用の場合は別途月額300円をいただいております。

※「④食費」は、朝食・昼食・おやつ・夕食の全てを含んだ金額です。

(食事配膳開始時刻) 朝食7:30 昼食12:00 夕食18:00 おやつ15:00

- ・イベント等で外食した場合の食事・おやつ・飲み物等の費用は、実費をご負担いただきます。
- ・その他、ご希望に基づき特別な食事を提供しますが要した費用の実費をご負担いただきます。
- ・食事が不要の場合は、前日の12:00までに申し出ください。

※「③居住費」「④食費」には、【ご利用者負担段階】が設けられています(下記参照)。

※「⑥日額」と「⑦月額 小計」には、「②加算」と「⑤その他費用」は含まれていません。

(『月額合計』は、「②加算」と「⑤その他費用」を加えた金額となりますので、十分ご注意ください。)

※通常の計算においては、[介護報酬の月額 = 全単位数の合計 × 地域加算] で算出致しますが、当料金表においては、便宜上「日額」を表記しているために、[介護サービス費・加算の日額 = 1日の単位数 × 地域加算] としています。そのため、最終的にご請求する合計金額(月額)に多少の差異が生じる場合がございますことをご了承下さい。

②所得に応じた減額措置(日額)

	居住費	食費	対象者
第1段階	880 円	300 円	世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者生活保護受給者の方
第2段階	880 円	390 円	世帯全員が住民税非課税であって、前年の合計所得と年金収入の合計が80万円以下の方
第3段階①	1,370 円	650 円	世帯全員が住民税非課税であって、前年の合計所得と年金収入の合計が80万円超120万円以下の方
第3段階②	1,370 円	1,360 円	世帯全員が住民税非課税であって、前年の合計所得と年金収入の合計が120万円超の方
第4段階	2,420 円	2,330 円	第1段階～第3段階に該当しない人

③ 【加算一覧】[上記以外で加算されるもの(一割負担時)]

基本加算 (全契約者対象)	日常生活支援加算(Ⅱ)	51 円/日	最低基準よりも介護福祉士を手厚く配置
	看護体制加算 (Ⅰ)ロ	5 円/日	定員 51 名以上、常勤看護師を 1 名以上配置
	(Ⅱ)ロ	9 円/日	入所者 25 名に対し 1 人以上
	夜勤職員配置加算 (Ⅰ)ロ		最低基準よりも夜勤職員を手厚く配置
	(Ⅱ)ロ	20 円/日	
	精神科医医療費指導加算	6 円/日	定期的な療養指導が月に 2 回以上
	初期加算	33 円/日	入居日から 30 日目までの加算
	個別機能訓練加算 (Ⅰ)	13 円/日	契約者ごとの個別機能訓練計画を作成し、
	(Ⅱ)	22 円/月	それに基づき機能訓練を実施
	(Ⅲ)	22 円/月	
	栄養マネジメント強化加算	12 円/日	丁寧な栄養ケアの実施と体制強化
	ADL 維持加算 (Ⅰ)	33 円/月	評価対象利用 6 月をこえる利用者が 10 人以上
	(Ⅱ)	66 円/月	
	科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	44 円/月	厚労省に情報を提出し、サービスを適切かつ
	(Ⅱ)	55 円/月	有効に提供するために情報を活用
個別加算	協力医療機関連携加算 (Ⅰ)	109 円/月	協力医療機関と利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること
	(Ⅱ)	6 円/月	
	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	11 円/月	新興感染症の発生時等に感染者の診療等
	(Ⅱ)	6 円/月	を実施する医療機関(協定締結医療機関)との連携体制を構築していること。
	認知症チームケア推進加算 (Ⅰ)	164 円/月	認知症ケアに関する専門的な研修等を修了
	(Ⅱ)	131 円/月	した者を配置
	生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	109 円/月	見守り機器等を複数導入し定期的に、業務
	(Ⅱ)	11 円/月	改善の取組による効果を示すデータを提供
サービス提供体制加算 (Ⅰ)	24 円/日	介護職員のうち、介護福祉士の割合による加算	
	(Ⅱ)		20 円/日
	(Ⅲ)		7 円 /日
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)		1 か月の総単位数×0.14	
若年性認知症入所受入加算	131 円/日	若年性認知症入所者ごとに個別の担当者	
外泊時加算	269 円/日	1 月に 6 日を限度に算定	
退所前後 訪問相談加算	502 円/1 回	入所中 1 回又は 2 回・退所後 1 回	
退所時 相談援助	436 円/1 回	1 回限り	
退所前 連携加算	545 円/1 回	1 回限り	
退所時 情報提供加算	273 円/1 回		
退所時栄養情報連携加算	77 円/1 回		
新興感染症等施設療養費	262 円/日		

療養食加算	7 円/1 回	1 日3食を限度とし、1 回につき算定
経口移行加算	31 円/日	経管での食事摂取者に経口移行計画を作成
経口維持加算 (I)	436 円/月	医師・管理栄養士等が共同して経口維持計画を作成。月に1 度算定
(II)	109 円/月	I の算定必須。協力歯科医療機関を定める。月に1 度算定
口腔衛生管理加算 (I)	99 円/月	入居者に対して口腔ケアを月に2 回以上実施。月に1 度算定
(II)	120 円/月	
看取り介護加算 I	79 円/日	死亡日以前 31 日以上 45 日以下
II	157 円/日	死亡日以前4日以上30日以下
III	742 円/日	死亡日以前2日又は3日
IV	1396 円/日	死亡日
生活機能向上連携加算 (I)	109 円/月	医療提供施設の医師や理学療法士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした計画書を作成し、計画に基づくサービスを実施
(II)	218 円/月	
排泄支援加算 (I)	11 円/月	排泄に介護を要する原因等についての分析をしていること。月に1 度算定
(II)	17 円/月	
(III)	22 円/月	
褥瘡マネジメント加算 (I)	4 円/月	3 か月に1 回のモニタリングを行う。
(II)	15 円/月	
外泊時に在宅サービスを利用したときの費用	611 円/日	
配置医師緊急対応加算 (早朝・夜間の場合)	355 円/回 709 円/回	配置医師が施設の求めに応じ、施設を訪問して入居者に対し診療を行い、記録をした際に算定
(深夜の場合)	1417 円/回	
再入所時栄養連携加算	218 円/回	
自立支援促進加算	306 円/月	厚労省に情報を提出、6月に1 回医学的評価の見直し、3 か月ごとのモニタリング

※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、契約者の負担額を変更します。

④【実費負担一覧】[その他費用]

介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第4条)以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

その他日常生活費	日用品費	250 円/日
	理美容代(外部委託)	実 費
	教養娯楽費(クラブ活動費)	実 費
	健康管理費(インフルエンザ接種等)	実 費
その他実費負担	外部にクリーニングを依頼した場合	実 費
	希望食	実 費
	嗜好品(菓子等)	実 費
	個人専用の家電の電気代	300 円/月

	個人の趣味活動に係る材料費	実 費
	系列病院以外の受診付添い費	30分 2000円 以降30分毎 2000円
	系列病院以外の送迎費	片道 2km 780円 2km以降 1kmごとに 350円
	個人用の雑誌、新聞の購入費用	実 費
	コピー代(モノクロ 20円/枚、カラー40円/枚)	実 費

※医療費負担

施設外医療機関で診察、デイケア等に参加した場合の費用、医師の処方箋による薬代、インフルエンザ等の予防接種費用・検査等でMRI、CTへこちらでお連れする場合はご了承ください。

※その他の日常生活費

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。

(主な施設サービス保険給付予定【例】)

	行事とその内容
1月	新年のお祝い(おせち料理をいただき、新年をお祝いします)
2月	節分(豆まきをします)・バレンタインデー
3月	雛祭り(お雛さまの飾り付けを行います)・ホワイトデー
4月	お花見
5月	端午の節句(飾り付けと地域との交流会を催します)・母の日のお祝い
6月	父の日のお祝い
7月	七夕(笹に短冊の飾り付けを行います)
8月	納涼祭
9月	敬老の日(敬老会を催します)・十五夜(中秋の名月)
10月	運動会・ハロウィン
11月	文化の日(文化鑑賞会)
12月	クリスマス会、大晦日

※お誕生日会は、ユニット毎に随時催されます。

※その他契約者の日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等、日常生活に要する費用で、契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用については実費をご負担いただきます。

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する事由について、変更を行う1ヵ月前までに説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用を月末締めで算定し、翌月15日までにご請求を送付いたします。請求月の28日(休日の場合は、翌営業日)に自動引き落としをさせていただきます。1ヵ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、ご利用日数に基づいて計算した金額とします。

ただし、自動引き落とし手続き期間中は、28日までに以下の指定口座にお振込み下さい。

指定口座：りそな銀行 小岩支店 普通 社会福祉法人 春和会(1734986)
--

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、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もありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	タムスさくら病院江戸川、タムス総合クリニック篠崎駅前、 タムス総合クリニック新小岩駅前、葛西中央病院、 六町駅歯科クリニック
---------	--

② 内服薬

院外処方になります。

6. 施設を退居していただく場合(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。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスをご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、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 要介護認定により契約者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合。② 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。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になった場合。④ 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 契約者から退居の申し出があった場合。(詳細は以下をご参照下さい。)⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合。(詳細は以下をご参照下さい。) |
|---|

(1) 契約者からの退居の申し出(契約者等からの契約解除)

契約の有効期間であっても、契約者から退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の1ヵ月前までに解約届出書をご提出下さい。

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。

- 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 施設の運営規程の変更に同意できない場合。
- ③ 契約者が入院された場合。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 契約者等が他の利用者の身体・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居していただく場合(事業者からの契約解除)

以下の事項に該当する場合には、当施設からご退居していただくことがあります。

- ① 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、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 契約者のサービスご利用料金の支払いが正当な理由なく3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合。
- ③ 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 契約者が連続して3ヵ月以上病院また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 契約者が他の介護保険施設に入居した場合。

(3) 医療機関へ入院した場合の対応について

当施設に入居中に、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 3ヵ月以内の入院の場合の取り扱い

入院され3ヵ月以内に退院された場合には、再び当施設に優先的に入居できるよう努めます。またその期間の居室費につきましては、1日あたり2,300円を申し受けます(第4段階)。第1段階～第3段階に該当する場合は、1日あたり2,066円を申し受けます。

② 3ヵ月以内の退院が見込まれない場合

3ヵ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居することはできません。

(4) 円滑な退居のための援助

契約者が当施設を退居する場合には、契約者の希望により、事業者は契約者の心身の状況、置かれて入る環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助を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または介護老人保健施設などの紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

7. 身元引受人

契約に基づく契約者の事業者に対する利用料など経済的な債務(極度額は 2,000,000 円)につき、契約者と連帯して一切の責任を負います。

契約者が死亡した場合、その他契約が終了した場合に速やかに、ご遺体及び残置品(居室内に残置する日用品や身の回り品等であり、高価品は除く)の引取りなど必要な処理を行うこととします。

事業者は、契約者が入院を必要とする場合並びに本契約が終了した場合、身元引受人にその旨連絡するものとします。

8. 苦情の受付等について

(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

苦情受付担当者 : 生活相談員

苦情解決責任者 : 施設長

○受付時間 月曜日～金曜日(除く祝祭日、12月29日～1月3日)

午前9時～午後5時(電話 03-5879-3260)

- (2) 第三者委員
- | | |
|--------|-------------------|
| 黒坂 振一郎 | (電話080-8865-1409) |
| 藍澤 大輔 | (電話080-8815-4870) |

(3) そ の 他

①当施設以外にも区役所窓口、国民健康保険団体連合会等でも苦情を受付けております。

東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課

(電話 03-6238-0177)

江戸川区介護保険課

(電話 03-5662-0032)

②福祉サービス第三者評価の実施状況

「福祉サービス第三者評価」実施。

9. 利用上の注意等

当施設の利用に当たって、施設に入居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) 持ち込みの制限等について

- ① 当施設入居にあたり、危険物等は原則として持ち込むことができません。なお、持ち込み希望家電製品につきましては、事前にご相談ください。

各居室には、次の家電製品は持ち込み禁止です。

1) 電子レンジ、2) オープントースター、3) 電気ストーブ、4) 電気毛布 等

今までの自宅での生活を継承していただくため、家具類等は備え付けておりません。身の回りの品々と併せてご用意下さい。電話機の設置及びテレビ、ラジオ等の持ち込みは可能です(契約が必要な場合は、個人でお願いいたします)。但し、音量等で他の利用者に迷惑を及ぼす場合には、ご遠慮いただく場合があります。

- ② 当施設利用者への飲食物の持ち込みには制限があります。医師・看護職員・管理栄養士が、利用者の栄養指導や健康管理を行っています。個人の身体状態等によってカロリー制限等の管理や摂取飲食物が制限されていることがあり、お持ちになる場合は事前にご相談ください。

なお、食中毒を発生させる生ものや、お餅やゼリー食品など喉に詰まる可能性がある食べ物の持ち込みは厳禁です。

(2) 家族等の宿泊

職員に事前にお申し出下さい。なお食事につきましては、事前予約を承ります。(家族負担)

(3) 外出・外泊(入居契約書第23条参照)

外出・外泊をされる場合は、職員に事前にお申し出下さい。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日のお昼までにお申し出下さい。

(5) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用して下さい。
- ・故意に、また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、契約者の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・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、契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。
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利用者や来訪者に対し、迷惑を及ぼすような行為または宗教活動、政治活動、署名運動や営利活動は行うことは出来ません。

(6) 喫煙

敷地内の定められた場所以外での喫煙はできません。館内は全面禁煙です。

10. 事故発生時の対応について

当施設において契約者に対する施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市区町村、契約者の家族等に連絡をおこなうとともに必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して取った処置を記録いたします。

当施設において、契約者に対し事業者の過失により生じた損害について、誠心誠意対応するとともに、その損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。事業者に対し契約者の過失により生じた損害については実費を請求いたします。利用者間に発生した損害等については、原則、利用者間でその損害を補償していただきます。ただし、その損害の発生について、契約者の心身の状況を鑑みて円満に解決していただくよう事業者が仲介する場合があります。

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設 社会福祉法人春和会 特別養護老人ホーム 春江さくらの杜

説明者 職名 生活相談員

氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

【署名代理人】 氏 名 _____ 印

契約者との関係()