

特別養護老人ホーム タムスさくらの杜 見沼

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 さいたま市 第1176510277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サービス利用料金	4
6. 施設を退居していただく場合(契約の終了について)	9
7. 身元引受人	11
8. 苦情の受付について	11
9. 裁判について	12
10. 緊急時の対応について	12
11. 身体拘束の手続きについて	12
12. 利用上の注意等	12
13. 事故発生時の対応について	13

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人桐和会
- (2) 法人所在地 埼玉県川口市神戸539番地5
- (3) 電話番号 048-291-5601
- (4) 代表者氏名 理事長 岡本 和久
- (5) 設立年月 平成19年2月19日

2. 利用施設

- (1) 施設の種類 ユニット型介護老人福祉施設（指定介護老人福祉施設）
平成24年4月1日指定（さいたま市 第1176510277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、当該居室の契約者が交流し、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した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 見沼
- (5) 施設概要 鉄筋コンクリート造4階建（延床面積6,585.33㎡）
- (6) 施設の所在地 埼玉県さいたま市見沼区東宮下883番地1
- (7) 電話番号 048-872-6581
- (8) F A X 番号 048-872-6583
- (9) 管理者 高野 雅史
- (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を有し、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24年4月1日
- (12) 入居定員 140名
- (13) 面会時間 10:00～17:15（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
1 Cユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
1 Dユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
2 Aユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
2 Bユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
2 Cユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
2 Dユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
3 Aユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
3 Bユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
3 Cユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
3 Dユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
4 Aユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
4 Bユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
4 Cユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
4 Dユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室
特殊浴室		2 室	機械浴（寝台、車イス）、個浴
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、契約者に対してユニット型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	職 務 内 容
1. 施設長（管理者）	1 人	施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
2. 生活相談員	2 人以上	契約者及び家族等からの相談に応じ、必要な助言その他の援助を行なうとともに、職員に対する技術指導、関係機関との連絡調整等を行います。
3. 介護支援専門員	2 人以上	契約者の要介護申請や調査に関する事、施設サービス計画の作成等、入居者やそのご家族の苦情や相談に関する事、他の保健医療・福祉サービス事業者や居宅介護支援事業者との折衝、地域住民への相談業務などを行ないます。

4. 看護職員	4人以上	契約者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護、診療の補助を行います。
5. 介護職員	43人以上	契約者の日常生活の介護、指導、相談、入浴、給食等の介助及び援助を行います。
6. 機能訓練指導員	1人以上	機能の減衰を防止するための訓練を行い、また、他職種への指導を行います。
7. 管理栄養士	1人以上	栄養ケアマネジメント計画の作成、給食の献立の作成、契約者の栄養指導、調理員の指導等を行います。
8. 医師	1人以上（非常勤）	契約者の健康状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を取ります。
9. 事務職員	2人以上	必要な事務を行います。
10. 調理員	必要数	決められた献立に従い調理し、配膳等を行います。

※ 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（内科医）	月4回・毎週1回
2. 看護職員	標準的な時間帯(8:30～17:30)における最低配置人員 1名
3. 介護職員	早 番： 7:00～16:00 7名
	日 勤： 8:30～17:30 4名
	遅 番： 11:00～20:00 7名
	夜 勤： 17:00～10:00 7名
	標準的な時間帯(8:30～17:30)における最低配置人員 14名

※ 始業及び就業時刻は、業務都合により所定労働時間の範囲内で職場の全部または一部において変更する場合があります。

5. 当施設が提供するサービスとサービス利用料金

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7割から9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施設サービス計画の立案

・契約者の日常生活全般の状況を踏まえて、施設サービス計画を作成します。又、その内容を契約者及びその家族等に説明し、同意を得ます。

施設サービス計画を作成した際は、当該計画を契約者に交付します。

⑤機能訓練

・日常生活動作の維持又は向上を、日頃の生活の中で実施します。

⑥生活相談

・生活相談員をはじめ従業員が、日常生活に関する事等の相談に応じます。

⑦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 (別紙「料金一覧表」参照)

①別紙料金表によって、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。)

・介護サービス費は、収入条件に応じて利用料金の1割から3割をご負担いただきます。

(住所地の市区町村から交付された「介護保険負担割合証」をご確認ください)

・食費・居住費は、収入や預貯金額に応じて、負担限度額が設定されます。

(条件に該当する場合は、ご家族により、住所地の市区町村へ「介護保険負担限度額認定証」の交付申請を行ってください)

②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8:00 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。

※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。

※利用料の自己負担は1か月の総単位数に係数を乗じて算出されるため、上記料金に日数を乗じたものと誤差が生じる場合があります。

③【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、サービス利用料金の全額が契約者の負担となります。

※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の費用等は実費負担となります

※その他の日常生活費についても、実費負担となります。

※協力病院以外の医療機関受診した場合の付き添い費用 (別紙料金一覧表参照)

※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。

行事とその内容【例】	
1月	ユニット行事（初詣など）
2月	ユニット行事（豆まきなど）
3月	お買い物会・ユニット行事
4月	ユニット行事（お花見など）
5月	運動会
6月	ユニット行事
7月	七夕
8月	ユニット行事
9月	敬老会・お買い物会
10月	見沼祭
11月	ユニット行事
12月	クリスマス会

※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。

（3）サービス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日ごろにご請求を送付いたします。請求月の26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サービス利用料金は、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、26日までに以下の指定口座にお振込み下さい。

指定口座：みずほ銀行 平井支店 普通 2441402 社会福祉法人 桐和会

（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 川口・川口さくらデンタルクリニック
	さいたま記念病院

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。

- 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、要介護 1 あるいは要介護 2 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。

(1) 契約者からの退居の申し出（契約者からの契約解除）

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 ヶ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) 施設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 契約者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく 3 ヶ月以上遅延し、サービス利用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 ヶ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、入院した翌日から当該月6日間(当該入院が月をまたがる場合には最大で12日間)を限度に、介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担額)を施設に支払うものとし、以後は1日あたり2,520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、施設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。

<ul style="list-style-type: none">○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

身元引受人は、本契約に基づく契約者の施設に対するサービス利用料金など経済的な債務、並びに契約者及び他の身元引受人が事業者に対して負う債務につき、契約者及び他の身元引受人と連帯して極度額200万円の範囲内で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。

寄付は一切お受けしておりません。

身元引受人が本契約存続中に死亡もしくは破産した場合、身元引受人に不調をきたしたり、施設に対して社会通念上許容される程度を超える要求をしたりするなど、身元引受人としての役割を全うできなくなったと施設が判断した場合、新たに身元引受人を立てるものとします。

契約者及び身元引受人への履行の請求は、各自(契約者・身元引受人)に対しても効力を生じる事に合意します。

施設に対し身元引受人自身の正確な情報を提供するものとし、契約書に記載した住所・電話番号・勤務先等の情報が変更された際は、速やかに施設に伝え、施設からの問合せがあった際はこれに応じるものとします。

身元引受人は、他の身元引受人が責任を果たせるように、協力するものとします。

施設は、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048-872-6581）

(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。

埼玉県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

（電話 048-824-2568）

さいたま市役所 保健福祉局 長寿応援部 介護保険課

（電話 048-829-1264）

見沼区役所 健康福祉部 高齢介護課

（電話 048-681-6067）

②福祉サービス第三者評価の実施状況

未実施

9. 裁判について

当施設利用中、やむを得ず訴訟となった場合は、契約者、代理人（家族等）及び事業者は、事業者の住所地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とします。

10. 緊急時の対応について

当施設においてサービス提供時に入居者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡、救急搬送を行う等の必要な措置を行います。

11. 身体拘束の手続きについて

緊急時やむを得なく身体拘束を行わなければならない場合は「緊急時やむを得ない身体拘束その他の行動制限に関する説明書」に従い、拘束方法・時間をご入居者様のご家族様等に連絡しご説明した上で、最小限の身体拘束を行なうものとします。

12. 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）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。

（３）食事

食事が不要な場合は、前日の１２：００までにお申し出下さい。

（４）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、または不注意により、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。

（５）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。

1.3. 事故発生時の対応について

（１）事故の対応

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施設が仲介する場合があります。

（２）災害時の対策

施設は、非常災害その他の緊急な事態に備え、必要な設備を備えると共に、常に関係機関との連携を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき年２回利用者及び従業員等の訓練を行います。

ユニット型介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面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 特別養護老人ホーム タムスさくらの杜 見沼

説明者 職名 _____

氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて施設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 _____

契約者との関係 ()

