

# 重要事項説明書

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.	運営法人	1
2.	施設の概要	1
3.	居室の概要	1
4.	職員の配置状況	2
5.	当施設への入所基準と特例入所の要件	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）	6
8.	サービス内容に関する相談・苦情	8
9.	非常防災対策	9
10.	施設利用にあたっての留意事項	9
11.	物品・用品の準備と費用負担について	10
12.	緊急連絡先	12
	附属資料	14

社会福祉法人 育明会

特別養護老人ホーム レジデンシャル百合ヶ丘

## 1. 運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 育明会
- (2) 代表者 理事長 佐原 幹夫
- (3) 設立年月 平成21年6月19日

## 2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設 平成29年5月1日指定
- (2) 事業所番号 神奈川県1475602098号（ユニット型）  
神奈川県1475602080号（従来型）
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム レジデンシャル百合ヶ丘
- (4) 施設の所在地 神奈川県川崎市麻生区東百合丘1丁目12番35号
- (5) 電話番号 044-455-7150 （代表）
- (6) 施設長 高橋 好美
- (7) 当施設の運営方針

利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、各ユニット及びフロア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し、施設サービス計画に基づきサービスを提供します。

また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- (8) 開設年月日 平成29年5月1日
- (9) 入居定員 104名（内 短期入所10名）

## 3. 居室の概要

当施設は次の様な居室・設備をご用意しています。居室は、ユニット型個室を50床、そのほか多床室（2～3人）を44床をご用意しています。入居される居室にご希望がありましたらお申し出下さい。（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	室数	備考
個室	60室	電動ベット・ロッカー・洗面台
多床室	20室	電動ベッド・間仕切り家具・洗面台
共同生活室	7室	ソファ・テーブル・多機能椅子・テレビ等
浴室	4室	一般浴1室・リフト浴2室・特殊浴槽1室
医務室	3室	うち1室は静養室
地域交流スペース	1ヶ所	スクリーン・プロジェクター・テーブル等
多目的スペース	7ヶ所	図書コーナー1ヶ所・テーブル・椅子等

☆ 居室の変更

ご契約者から居室の変更希望があった場合には、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、ご契約者及び代理人と協議のうえ決定します。

#### 4. 職員の配置状況

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する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職員配置については、指定基準を遵守しています。

職種	指定基準	常勤	非常勤
(1) 施設長	1名	1名	
(2) 医師	必要数		4名
(3) 生活相談員	2名	2名(兼)	
(4) 介護支援専門員	2名	1名(兼)	1名
(5) 介護職員	48名	38名	10名
(6) 看護職員	5名	5名	
(7) 機能訓練指導員	1名	1名	
(8) 管理栄養士	1名	1名	
(9) 事務員		2名	2名

※ 併設する短期入所生活介護施設との合計人数を表示しています。

## 5. 当施設への入所基準と特例入所の要件

当施設の入退所検討委員会において、原則、要介護3以上の方を対象として入所検討をいたします。ただし、要介護1・2の方でも、以下の特例入所の要件に該当するやむを得ない事情で、居宅において日常生活を営むことが困難である場合は入所検討を行います。

### 【特例入所の要件】

- ア 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる場合
- イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる場合
- ウ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である場合
- エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である場合

## 6. 当施設が提供するサービスと利用料金

### (1) 当施設が提供する基準介護サービス(契約書第3条参照)

居住費、食費を除く以下のサービスについては、利用者負担割合に応じて9割・8割・7割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

#### ① 居室の提供

#### ② 施設サービス計画の作成

ご契約者の日常生活状況及びご希望を踏まえて作成します。

#### ③ 食事

管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体状況に配慮した食事を提供します。

原則、各ユニット等の共同生活室でおとりいただきます。

#### ④入浴

週に最低2回入浴を行います。ただし、身体の状態に応じ、シャワー浴又は清拭となる場合があります。

#### ④ 介護

施設サービス計画に沿って次の介護を行います。着替え、排泄、食事、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、施設内の移動の付添い等の介護。

#### ⑥機能訓練

医師の指示により、機能訓練指導員が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または、その減退を防止するための訓練を実施します。

#### ⑦健康管理

医師、看護職員が健康管理を行います。また、契約者の健康診断や、配置医の来診時の診察、健康相談サービス等を受けることができます。

#### ⑧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。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。

### (2) サービス利用料金（1日当たり）契約書第6条参照

利用料金については、別紙<サービス利用料金>となります。契約書第7条に定める利用料金の変更があった場合は、別紙のみの変更となります。

### (3) 基準介護サービス以外のサービスと費用

ご契約者の生活にかかわる日用品の準備等は、原則としてご家族の対応となります。なお、以下の基準介護サービス以外のサービスは、実費負担によりご利用できます。

#### ①特別な食事

ご希望に基づいて、特別な食事を提供いたします。  
費用についてはその都度ご案内いたします。

#### ②理美容

理美容サービスを実施しています。ご希望の方はお申し出ください。

③クラブ活動 等

クラブ活動にかかる費用は、実費を負担していただくことがあります。費用については、その都度ご案内いたします。

④行政手続きの代行

行政機関への手続きが必要な場合、ご契約者や代理人の状況により、代行を行います。

⑤日常費用支払代行

介護以外の日常生活に係る諸費用に関する支払代金を申し込むことが出来ます。当サービスの提供は、預り金管理規定に基づき行います。

⑥複写物の交付

複写物を必要とする場合は実費をご負担いただきます。

⑦日常生活上必要とされる諸費用・実費

本書面11で説明します。

⑧契約書第19条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了時も居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金を（1日あたり15,000円）ご負担いただきます。

**(4) 医療の提供について**

医療を必要とする場合は、配置医師による診察、健康相談をいたします。受診、入院が必要な場合は、協力医療機関で対応します。

ア) 配置医師の勤務体制

内科	1～2回/週
精神科	2回/月
歯科	1回/週

イ) 協力医療機関名

たま日吉台病院

川崎市麻生区王禅寺1105番地

電話番号 044-955-8220

医療行為を必要とするご契約者については、「社会福祉法人育明会における医療行為に関する指針」に基づき行います。

#### (5) 緊急時の対応方法

ご契約者に容体の変化等があった場合には、医師又は歯科医師など医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じるほか、あらかじめ定める緊急連絡先に速やかに連絡いたします。

### 7. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

本契約では、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。但し、下記のような事項に該当するに至った場合は、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となります。(契約書第14条参照)

#### ①入所時期を問わず共通の事項

- |   |   |
|---|---|
| ア | 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が、自立または要支援 1、要支援 2 と認定された場合            |
| イ | やむを得ない事由により施設を閉鎖した場合                                      |
| ウ | 施設の重大な毀損により、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                     |
| エ | 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                          |
| オ | ご契約者から退所の申し出があった場合(詳細は事項(1)をご参照ください)                      |
| カ | 施設から退所の申し出を行った場合(詳細は事項(2)をご参照ください)                        |
| キ | 要介護 3・4・5 のご契約者の心身の状況が、要介護 1・2 に改善した方で、特例入所の要件に該当しなくなった場合 |
| ク | 要介護 1・2 のご契約者が、特例入所の要件に該当しなくなった場合                         |

## (1) ご契約者からの申し出(中途解約・契約解除)

### (契約書第15条、16条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から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7日前までに解約通知書をご提出ください。

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

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合</li><li>② ご契約者が入院された場合</li><li>③ 施設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老人福祉施設サービスを実施しない場合</li><li>④ 施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合</li><li>⑤ 施設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</li><li>⑥ 他の利用者をご契約者の身体・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、施設が適切な対応をとらない場合</li></ul> |
|--|

## (2) 施設からの申し出により退所していただく場合(契約解除)

### (契約書第17条参照)

以下の事項に該当する場合は、退所していただくことがあります。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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、また不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事態を生じさせた場合</li><li>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、催告した後も30日以内に支払われない場合</li><li>③ ご契約者が、故意または重大な過失により施設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</li></ul> |
|---|



せた場合

- ⑤ ご契約者が入院され、3か月以内の退院が見込まれない場合
- ⑥ ご契約者の心身状態が「社会福祉法人育明会における医療行為に関する指針」に定めるグレード4またはグレード5の状態にある場合
- ⑦ ご契約者が他の介護保険適用の施設等に入所、入院した場合

### (3) 円滑な退所のための援助(契約書第18条参照)

ご契約者が当施設を退所する場合は、入退所検討委員会において退所判定を行います。施設はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を、ご契約者及び代理人等と十分に協議をしながら円滑な退所に向けて対応いたします。

- ① 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
- ② 指定居宅介護支援事業者の紹介
- ③ 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

※ ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合は、その際の相談援助に係る費用として、介護保険給付される費用の一部をご負担いただきます。

## 8. サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当施設内のご利用相談・苦情担当
  - ・高橋 好美 (施設長・苦情解決責任者)
  - ・佐藤 直明 (相談支援係長・苦情受付担当者)
  - 電話番号 044-455-7150
  
- ② 施設外のご利用相談・苦情担当
  - ・社会福祉法人 川崎市社会福祉協議会
  - 電話番号 044-739-8710
  - ・神奈川県国民健康保険団体連合会
  - 電話番号 045-329-3447
  - ・第三者委員 (第三者委員会リーフレット参照)

## 9. 非常災害対策

- ・災害時の対応----- 消防計画に基づき、対応いたします。
- ・消防設備 ----- 消防関係法令に基づき、消防設備を設置しています。
- ・防災訓練 ----- 消防訓練計画を立案し、定期的を実施しています。
- ・防火管理者 ----- 山中 辰

## 10. 施設利用にあたっての留意事項

面会	原則自由です。早朝夜間は事前にご相談ください。 また、権利擁護の観点から、金融機関等からのご契約者への面会及び訪問は、事前にお知らせいただかない限り、受付にてお断りする場合があります。
外泊、外出	ご希望により可能です。事前にお知らせください。
喫煙	神奈川県 of 公共的施設における受動喫煙防止条例により、館内は禁煙となります。
飲酒	ご希望により、ご相談させていただきます。
金銭、貴重品の管理	高額・高価な金品の持ち込みは、お控えください。
所持品の持ち込み	衣類、家具等ご自由にお持ちください。ただし、危険物や他の入居者の迷惑になるものは、お控えください。
施設外での受診	医療機関への受診は、原則家族対応となります。
政治、宗教活動	布教等他の利用者の迷惑になるような活動は、お控えください。

## 1 1. 物品・用品の準備と費用負担について

品 目	品 名	負担者		備 考
		施設	利用者	
食事	メニュー外食材費 (実費)		○	・行事食等。
	おやつ	○		・手作りも含め個別の嗜好や、ユニットの独自性を生かしたおやつを提供します。
	エプロン、介助皿、湯呑、自 助具、滑り止めマット等	○	○	・長期にわたり使用するものは、利用者負担もあります。
排泄	オムツ等	○		・個別のものは利用者負担。
	ポータブルトイレ、尿瓶	○	○	・長期にわたり使用するものは、利用者負担もあります。
整容	理美容代		○	・カット、カラー等1800円～
	ティッシュ、シェーバー、髭 剃りクリーム、ヘアブラシ、 化粧水、洗浄綿 等		○	・施設で手配することもできます。ご相談ください。
口腔	歯ブラシ、コップ、歯磨き粉、 スポンジブラシ、義歯洗浄剤、 義歯安定剤 等		○	・施設で手配することもできます。ご相談ください。
入浴	石鹸・洗身タオル	○		・個別のものは利用者負担。
	シャンプー・リンス	○		
	タオル類	○		
	保湿クリーム		○	
洗濯	日常着	○		・施設内の洗濯室にて洗濯を行います。
	ドライクリーニング		○	・おしゃれ着等クリーニングの必要なものは、実費が発生します。
介護 用品	車椅子・歩行器・枕・エアー マット・体位変換用クッショ ン、車椅子用クッション	○	○	・個人の状態に応じて、必要があれば利用者負担。

品 目	品 名	負担者		備 考
		施設	利用者	
健康 管理 医療	診察代、薬代、予防接種 等		○	
	通院に係る移送費、駐車代金 等		○	・協力医療機関への定期通院且 つ対応可能な場合は施設車両 で送迎いたします。
	入院手続き、その他必要物品 の準備（寝巻き、オムツ、テ ィッシュ、コップ、歯ブラシ 等）		○	・入院手続き、入院費用のお支 払はご家族（代理人）で対応い ただくようお願いします。
その他	電気使用代 （1器具1日10～50円）		○	・テレビ、加湿器、パソコン等 個別の電化製品をご利用にな る場合の1器具1日あたりの 電気使用代。 ※別途 電気機器使用確認表に てご説明いたします。
	クラブ・行事参加費 （実費）		○	・クラブ、行事等で実費負担を 要す場合。 ※別途 行事参加費等確認書 にてご説明いたします。
	金銭管理費 （1ヶ月 1,500円）		○	・施設でご本人様の通帳をお預 かりし、お小遣いや小口現金を 管理させていただきます。
	入院時居室管理費 （1日 500円）		○	・入院8日目から徴収します。

## 1 2. 緊急連絡先

体調の変化等、緊急の場合には次に定める緊急連絡先に連絡します。

第1 緊急連絡先	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
	携帯番号	
	続 柄	

第2 緊急連絡先	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
	携帯番号	
	続 柄	

第3 緊急連絡先	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
	携帯番号	
	続 柄	

附 則

- ・平成29年5月1日制定
- ・平成29年8月1日改定
- ・平成30年10月1日改定

平成 年 月 日

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

所在地 神奈川県川崎市麻生区東百合丘1丁目12番35号

名 称 社会福祉法人 育明会

特別養護老人ホームレジデンシャル百合ヶ丘

説明者 職種

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開始に同意し、交付を受けました。

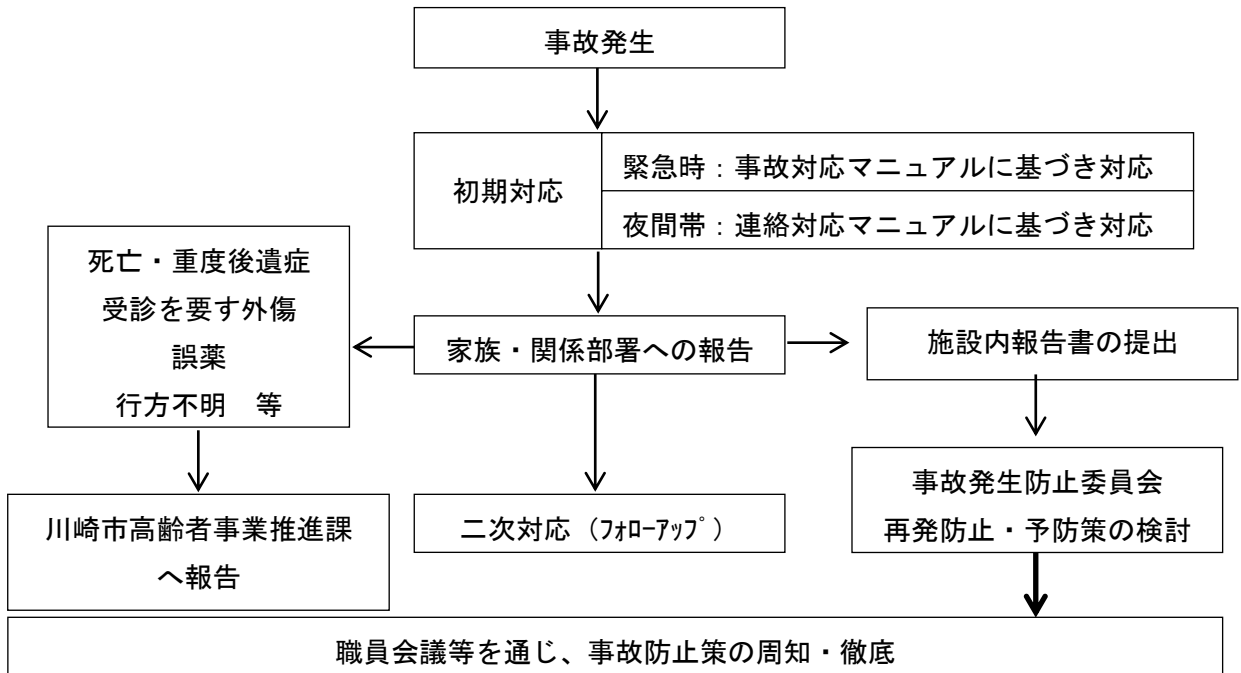
ご契約者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

代理人氏名： \_\_\_\_\_ (印)

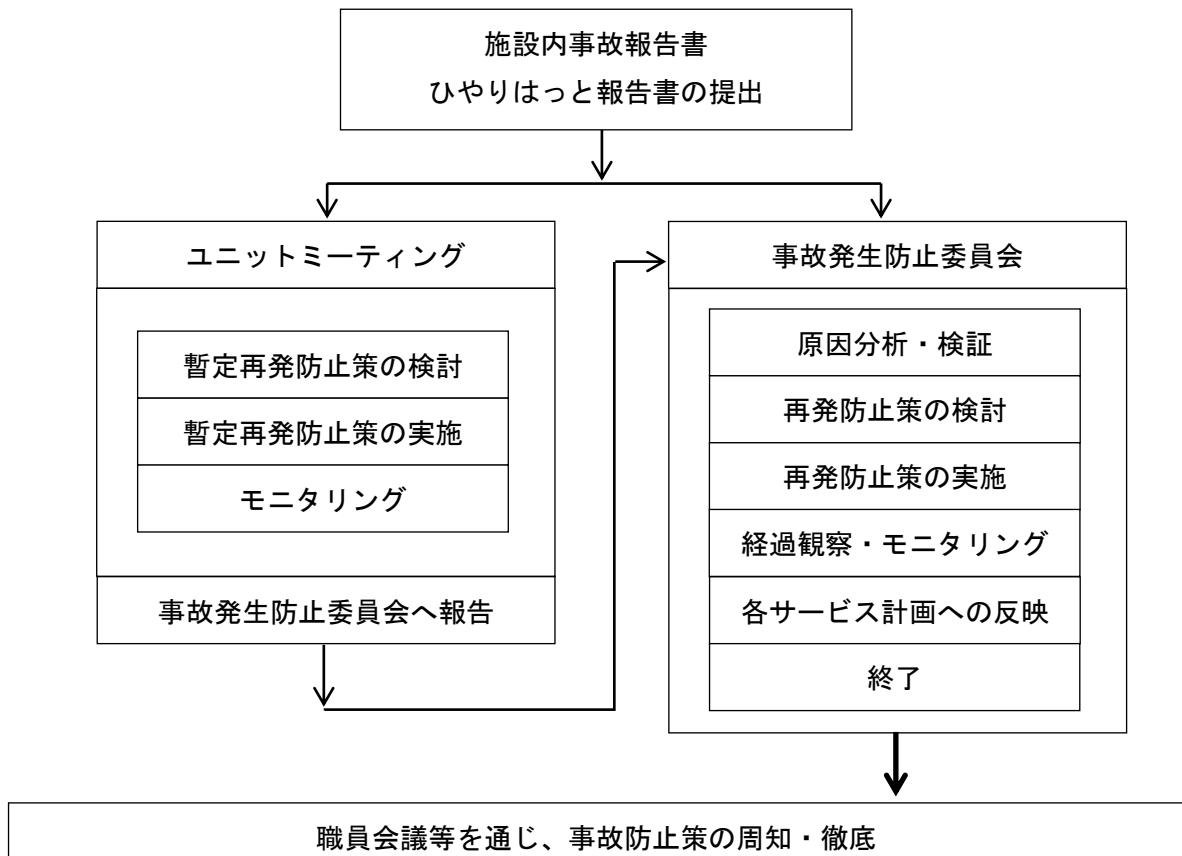
## 付属資料

当施設では、事故発生時の対応及び事故発生予防の検討、苦情の受付について、次のように行っています。

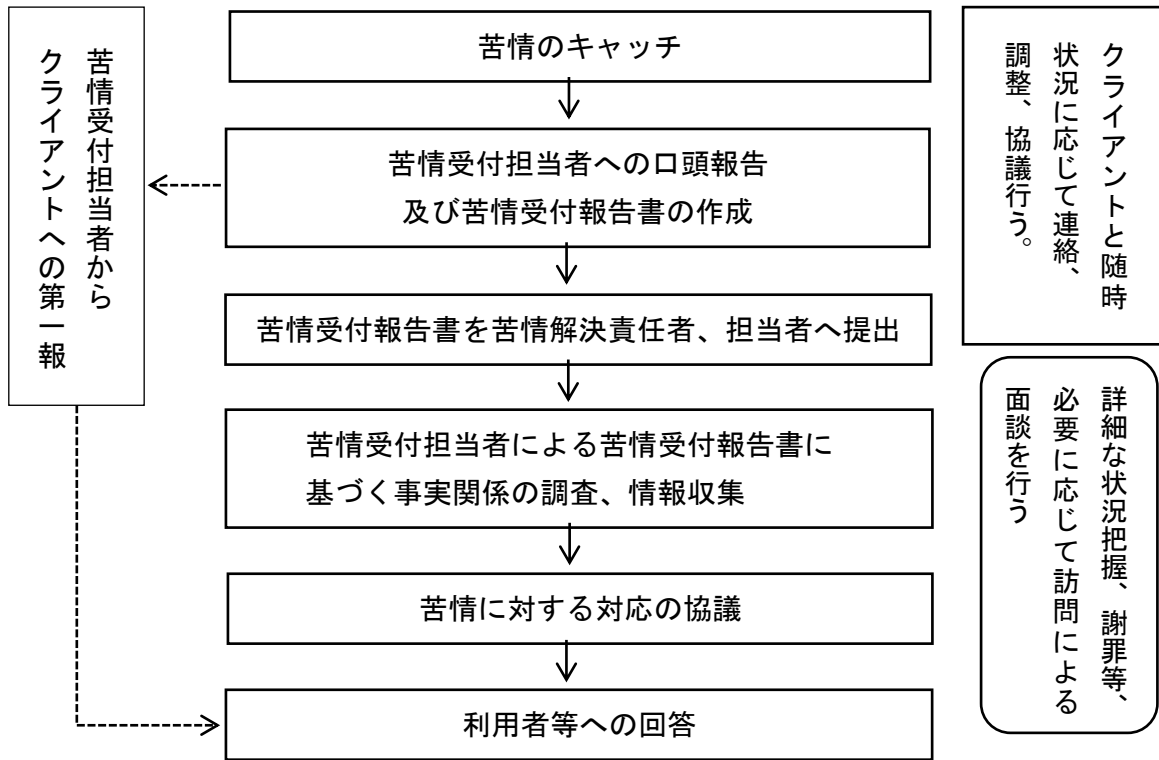
### (1) 事故発生時フローチャート



### (2) 再発防止・予防策の検討フローチャート



(3) 苦情受付の流れ



(4) 第三者委員による苦情受付の流れ

