

# 特別養護老人ホーム サクラビア印西（従来型）

## 重要事項説明書

（指定介護老人福祉施設入所者生活介護）

当施設は介護保険の指定を受けています。

千葉県指定 第 1273600963 号

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。

当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護3から要介護5」と  
認定された方が対象となります。

### ◆◇目次◇◆

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. 職員の配置状況
5. 当施設が提供するサービスと利用料金
6. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）
7. 残置物引取人
8. 苦情の受付について

## 1. 施設経営法人

|       |               |
|-------|---------------|
| 法人名   | 社会福祉法人昭桜会     |
| 法人所在地 | 千葉県印西市草深225-5 |
| 電話番号  | 0476-40-6110  |
| 代表者名  | 理事長 小笹啓子      |
| 設立年月日 | 平成19年8月15日    |

## 2. ご利用施設

|          |  |
|----------|--|
| 施設の種類    | 指定介護老人福祉施設<br>令和3年5月1日 指定 第 1273600963 号   |
| 施設の目的    | 介護保険法の関係法令及び契約書に従い、可能な限り入所者がその有する能力に応じて自立した日常生活が営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜供与、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話等のサービスを提供します。 |
| 施設の名称    | 特別養護老人ホーム サクラビア印西（従来型）   |
| 施設の所在地   | 千葉県印西市草深1161番  |
| 電話番号     | 0476-85-8110   |
| 施設長名     | 小笹啓子   |
| 当施設の運営方針 | 入所者の基本的人権を尊重し、常に温かい愛情を持って接し、心身の健康保持と機能の回復・維持に努める。また、入所者のニーズを把握し、職員はホスピタリティーの精神の下、快適な生活への援助に努める。                                      |
| 建物の構造    | 鉄筋コンクリート造屋根4階建   |
| 延床面積     | 5,879.00㎡  |
| 開設年月日    | 令和3年5月1日   |
| 定員       | 20名  |
| 第三者評価の実施 | 無  |

## 3. 居室の概要

### (1) 居室

| 居室の種類 | 室数  | 面積           | 設置設備                            |
|-------|-----|--------------|---------------------------------|
| 多床室   | 20室 | 12.85～13.86㎡ | 介護用電動ベット、ナースコール、照明洗面台、エアコン、カーテン |

### (2) 主な設備

| 設備の種類     | 室数 | 面積         | 備考           |
|-----------|----|------------|--------------|
| 共同生活室     | 2室 | 1室35.63㎡   | 食堂兼リビング 4階2室 |
| 個別浴室      | 2室 | 5.28㎡      | 4階に2室        |
| 脱衣室（個別浴槽） | 2室 | 7.66～9.47㎡ | 4階に2室        |
| 特別浴室      | 1室 | 48.63㎡     | 1階           |
| 託児室       | 1室 | 54.50㎡     | 1階           |

#### 4. 職員の配置状況

| 職種      | 員数   | 業務内容   | 勤務体制                           |
|---------|------|--|--------------------------------|
| 管理者     | 1名   | 施設職員及び業務等全ての管理を行います。                               | 日勤8：30～17：30                   |
| 介護支援専門員 | 1名以上 | ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。<br>生活相談員が兼ねる場合もあります。 |                                |
| 事務員     | 1名以上 | 施設運営に係る事務処理管理を行います。                                |                                |
| 生活相談員   | 1名以上 | ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。                      |                                |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 | ご契約者の機能訓練を行います。                                    |                                |
| 管理栄養士   | 1名以上 | ご契約者の栄養管理を行います。                                    |                                |
| 介護職員    | 7名以上 | ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。               | 早出 7：00～16：00<br>日勤 8：30～17：30 |
| 看護職員    | 1名以上 | 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。         | 遅出10：00～19：00<br>夜勤17：00～ 9：00 |
| 医師      | 1名   | ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。                         | 毎週土曜日                          |

#### 5. 当施設が提供するサービス

##### (1) 介護保険給付対象サービス

| サービス種類    | 内容  |
|-----------|---|
| 食事        | 栄養士（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の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。<br>ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。<br>食事時間（朝食）8：00～9：00（昼食）12：00～13：00（夕食）17：00～18：00 |
| 入浴        | 入浴を週2回行います。体調等やむを得ない場合、清拭を行うこともあります。<br>寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。   |
| 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。  |
| 機能訓練      | 機能訓練指導員により、ご契約者の身体等の状況に応じて、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。   |
| 健康管理      | 医師や看護職員が健康管理を行います。<br>【当施設の嘱託医師】氏名 鈴木一弘<br>診療科：内科（所属医院 桜台メディカルクリニック）診療日：毎週土曜日   |
| その他自立への支援 | 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。<br>生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。<br>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(別紙1参照)、介護保険の給付対象とならないサービス(別紙2参照)

##### (3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金費用は1ヶ月毎に計算し、ご請求しますので請求月の26日に指定の金融機関口座より振替させていただきます。1ヶ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。予め京葉銀行 印西牧の原支店への口座開設をお願いします。

#### (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、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出来ます。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付けるものではありません。

##### ①協力医療機関

|       |                  |
|-------|------------------|
| 医療機関名 | 医療法人社団白翔会 千葉白井病院 |
| 所在地   | 千葉県白井市復1439-2    |
| 診療科目  | 内科・整形外科・外科・消化器科  |

##### ②協力歯科機関

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 医療機関名 | 医療法人社団昭桜会 桜台メディカルクリニック 歯科 |
| 所在地   | 千葉県白井市桜台2-7-2             |
| 診療科目  | 歯科一般                      |

#### 6. 施設を退所して頂く場合（契約終了について）

当施設との契約では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出来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、ご契約者に退居して頂くことになります。

- ①要介護認定により自立又は要支援、もしくは要介護度1又は2と判断された場合
- 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ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は以下を参照ください）
- ⑥事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下を参照ください）

##### (1) ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約有効期間であっても、ご契約者から当施設の退居を申し出ることが出来ます。その場合には、退居を希望する日の30日前（\*最小7日）までに解約届出書をご提出ください。

- 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難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居して頂く場合（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居をして頂くことがあります。

- 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、故意に告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続し難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1ヶ月以上（\*最大3ヶ月）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・財産・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことによって、本契約を継続し難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ヶ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に入居した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

\* ご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検査入院等、短期入院の場合  
1ヶ月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は退院後再び施設に入居することが出来ます。但し入院期間中であっても所定の料金を頂きます。
- ②上記期間を超える入院の場合  
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入居することが出来ます。但し入院時に予定された退院日より早く退院した場合等退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用頂く場合があります。
- ③3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居することはできません。

\* 入院期間中の利用料金については介護保険から給付される一部をご負担頂き、その後居室料金のみご負担いただきます。

なお、ご契約者の居室を短期入所生活介護に活用することに同意頂いた場合には、居室料金のご負担はいたしません。

## (3) 円滑な退居のための援助

ご契約者が当施設を退居する場合には、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、円滑な退居のために必要な以下の援助を速やかに行います。

- ◆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又は福祉サービスの提供者の紹介

\* ご契約者が退居後在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

## 7. 残置物引取人(代理人)

契約締結にあたり、身元引取人をお願いすることはありません。但し、入居契約が終了した後、当施設に残された所持品（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頂きます。引き渡しにかかる費用はご契約者又は残置物引取人にご負担頂きます。

8. 苦情受付について

【当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付ます】

|         |            |                   |
|---------|------------|-------------------|
| 苦情解決責任者 | 施設長 小笹 啓子  | 電話番号 0476-85-8110 |
| 苦情受付担当者 | 相談員 阿部 早智子 | 電話番号 0476-85-8110 |
| 第三者委員   | 當流谷 繁      | 電話番号 0476-97-5475 |
| 受付時間    | 毎週月曜日から金曜日 | 9:00～17:00        |

【行政機関その他苦情受付機関】

|                               |      |                    |
|-------------------------------|------|--------------------|
| 千葉県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情処理係 | 所在地  | 千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号 |
|                               | 電話番号 | 043-254-7428       |
|                               | FAX  | 043-254-7401       |
|                               | 受付時間 | 9:00～17:00         |
| 印西市役所<br>高齢者福祉課 介護保険係         | 所在地  | 千葉県印西市大森2364-2     |
|                               | 電話番号 | 0476-42-5111       |
|                               | FAX  | 0476-42-7242       |
|                               | 受付時間 | 8:30～17:15         |
| 白井市役所<br>福祉部 高齢者福祉課<br>介護保険班  | 所在地  | 千葉県白井市復1123        |
|                               | 電話番号 | 047-492-1111       |
|                               | FAX  | 047-491-3510       |
|                               | 受付時間 | 8:30～17:15         |
| 船橋市役所<br>健康高齢部 介護保険課          | 所在地  | 千葉県船橋市湊町2-10-25    |
|                               | 電話番号 | 047-436-2111       |
|                               | FAX  | 047-436-3307       |
|                               | 受付時間 | 8:30～17:00         |
| 千葉県庁<br>高齢者福祉課<br>介護事業者指導班    | 所在地  | 千葉県千葉市中央区市場町1-1    |
|                               | 電話番号 | 043-223-2386       |
|                               | FAX  | 043-222-0050       |
|                               | 受付時間 | 8:30～17:15         |

令和 年 月 日

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

(事業者名) 社会福祉法人昭桜会

(ホーム名) 特別養護老人ホーム サクラビア印西 (従来型)

説明者職名 管理者

氏名 小笹 啓子 ⑩

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。

(利用者) 住所

氏名 ⑩

(代理人) 住所

⑩

(続柄 )