

重 要 事 項 説 明 書

(ユニット型小規模介護福祉施設利用契約書)

(総則) 本重要事項説明書は、平成 29 年 4 月に作成したものであり、法令等の変更、運営上の変更等により、相当な範囲で変更をすることがあります。

また、原則として、法令等の改定があった場合は、毎年 4 月 1 日に改訂をするものとさせて頂きます。

あなた様に対するサービス提供開始にあたり、厚生省令第 39 号第 4 条に基づいて、当事業者があなた様に説明すべき事項は次のとおりです。

また、契約書にある身元引受人、協力世話人、連帯保証人の資格・責務については、以下の通りとなっておりますので、十分ご理解下さいますようお願い致します。

1 身元引受人の指定と身元引受人の責任

- ① 契約者又は契約者の親族の方は、契約書を締結される場合、事業者に対して身元引受人を 1 名指定して頂きます。
- ② 事業者は、契約者及び契約者の親族の方に対して、必要に応じて身元引受人に加えて、身元引受人 1 名又は、連帯保証人 1 名の指定を依頼することができる他、協力世話人 1 名を選任することができるものとさせて頂きます。
- ③ 身元引受人とは、その居住地から事業者の所在地まで、原則 3 時間以内で移動できる人に限らせて頂きます。
- ④ 事業者は、身元引受人との関係で、相互信頼関係が破壊されたと認めるに足りる事情が生じた場合には、契約者又は契約者の親族の方に対し、身元引受人の変更を要求することができるものとさせて頂きます。
但し、社会通念上、身元引受人を変更しても相互信頼関係の回復が見込めない場合は、身元引受人を不要とさせて頂きます。
- ⑤ 事業者は、前項の但し書きの場合は、契約者又は契約者の親族の方に対して、連帯保証人 1 名の選定を要求することができる他、協力世話人を選任することができるものとさせて頂きます。
- ⑥ 身元引受人とは、契約者の事業者に対する一切の債務につき、契約者と連帯して履行の責任を負うものとします。
- ⑦ 身元引受人は、契約者が当施設の医師によって意思能力を欠くと判断された場合には、契約者の事業者に対する同意権の行使・不行使及び契約者のためすべき事務処理手続きについて、包括的な代理権を有するものとさせて頂きます。

尚、2 名の身元引受人が指定されている場合、或いは身元引受人に加えて協力世話人が

選任されている場合、各自は包括的代理権を単独で有効に行使できるものとさせて頂きます。

- ⑧ 身元引受人は、次の各号の責任を負うものとさせて頂きます。
- ・ 契約者が疾病等により医療機関等に入院する場合は、入院手続きが円滑に進行するよう事業者に協力をすること。
 - ・ 契約解除又は契約終了の場合、事業者と連携して契約者の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めること。
 - ・ 契約者が死亡された場合、速やかに遺体及び遺留金品を処理し、清算その他の必要な措置を探ること。
 - ・ 契約終了によって、契約者が当施設を退去された場合、契約者の残置物を速やかに引き取ること。

2 協力世話人の選任と協力世話人の責任

- ① 事業者は、身元引受人が指定されない場合、又は、身元引受人を不要とする場合、或いは、身元引受人が指定されても協力世話人が必要と認められる場合は、協力世話人を選定させて頂きます。
 - ② 事業者は、上記①の場合、最大2名の協力世話人を選任させて頂くことがあります。
 - ③ 事業者は、協力世話人の選任に先立ち、協力世話人の同意を得なければなりません。
 - ④ 選任対象者は、契約者の親族に限定されませんが、事業者の関係者は除くものとします。
 - ⑤ 協力世話人は、その住居地から事業者の所在地まで原則3時間以内に移動できる人に限定させて頂きます。
 - ⑥ 事業者は、協力世話人との関係で、相互信頼関係が破壊されたと認めるに足る事情が生じた場合には、協力世話人を変更することができるものとさせて頂きます。
 - ⑦ 協力世話人は、契約者が当施設の医師によって意思能力を欠くと判断された場合には、契約者の事業者に対する同意権の行使・不行使及び契約者のためすべき事務処理手続きにつき契約者の包括的代理権を有するものとさせて頂きます。
- 尚、2名の協力世話人が選任されている場合、各自は包括的代理権を単独で有効に行使できるものとさせて頂きます。
- ⑧ 協力世話人は、前条⑧項各号の責任を負うものとさせて頂きます。但し、前条⑧の清算については、契約者が施設に残置した遺留金品の限度でのみ責任を負うものとさせて頂きます。

3 連帯保証人

- ① 事業者は、身元引受人が指定されていない場合、又は、身元引受人を不要とする場合、或いは、身元引受人が指定されていても連帯保証人が必要と認められる場合、契約者又は契約者の親族の方が本契約に基づき指定した連帯保証人と連帯保証契約を締結することができるものとさせて頂きます。
- ② 連帯保証人は、契約者の事業者に対する一切の債務を連帯して保証するものとさせて頂きます。

4 事業者

| | |
|-----------|----------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 豊生会 |
| 法人所在地 | 奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 1 |
| 介護保険事業所番号 | 2972300012 |
| 代表者氏名 | 理事長 森 下 豊 |
| 電話番号 | 0745-82-8111 |

5 ご利用施設

| | |
|------------|----------------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム ゆあほうむ榛原 |
| 施設の所在地 | 奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 1 |
| 施設長(管理者)氏名 | 施設長 玉利 佳代子 |
| 電話番号 | 0745-82-8111 |
| ファクシミリ番号 | 0745-82-8855 |

6 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | | 奈良県知事の事業者指定 | | 利用定数等 |
|----------|---------------------|-------------|------------|-------|
| | | 指定年月日 | 事業所番号 | |
| 施設 | 特別養護老人ホーム(従来型) | 11年8月4日 | 2972300012 | 54人 |
| | 特別養護老人ホーム(ユニット型小規模) | 26年4月1日 | 2972300012 | 30人 |
| 居宅 | 通所介護 | 11年8月4日 | 2972300012 | 45人 |
| | 短期入所生活介護 | 11年8月4日 | 2972300012 | 16人 |
| | 訪問介護 | 11年11月30日 | 2972300012 | — |
| 居宅介護支援事業 | | 11年8月4日 | 2972300012 | — |

7 事業の目的と運営の方針

| | |
|---------|---|
| 事業の目的 | この事業は、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、ご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サポートすることを目的としています。 |
| 施設運営の方針 | ①当施設にあっては、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にその人の立場に立って施設サービスを行います。 ②明るく家庭的な雰囲気を有し地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、その他福祉サービス保健医療サービスを提供する者との連携に努めます。 |

8 施設の概要

特別養護老人ホーム(ユニット型)

| | | |
|-------|-----|--|
| 敷 地 | | 10,310.62 m ² |
| 建 物 | 構 造 | 鉄筋コンクリート造陸屋根・瓦葺3階建(2,135.23 m ²) |
| 延べ床面積 | | 2135.23 m ² |
| 利用定員 | | 30名 |

(1) 居 室

| 居室の種類 | 室 数 | ユニット定員 | 面 積 | 1人あたり面積 |
|-------|-----|---|-----------------------|----------------------|
| 1人部屋 | 30室 | 1ユニット10名(エルバ) 2ユニット8名(フィオーレ) 3ユニット12名(アルベロ) | 465.21 m ² | 15.50 m ² |

(注) 指定基準は、居室1人当たり 13.2 m²以上

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|----------|-----|----------------------|----------------------|
| 共同生活室 | 3室 | 488.35m ² | 16.27 m ² |
| 洗面・便所 | 14室 | 54.00m ² | |
| 物 入 | 13室 | 27.99m ² | |
| 一般浴室・脱衣室 | 1室 | 99.48m ² | |
| 特別浴室 | 1室 | 30.00m ² | |
| カフェ&バー | 1室 | 31.97m ² | |
| 地域交流スペース | 1室 | 221.07m ² | |
| 談話コーナー | 1室 | 22.12m ² | |

9 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 常勤換算 後の人員 | 事業者の 指定基準 | 保有資格 | | | |
|---------|------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------------|--------------------|--|--|--|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | | |
| | | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | | | | | | |
| 施設長 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 社会福祉士 施設福祉士等 | | | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 社会福祉士 ケアマネージャー等 | | | |
| 介護職員 | 10以上 | | | | | 11 以上 | 11 以上 | 介護福祉士等 | | | |
| 看護職員 | 1以上 | 1 | | | | | | 看護師 准看護師 | | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | | 1 | 1以上 | 理学療法士等 | | | |
| 介護支援専門員 | 1 | | 1 | | | 1 | 1以上 | | | | |
| 医師 | 1 | | | 1 | | 必要数 | 診療科 内科 | | | | |
| 栄養士 | 1 | 1 | | | | | | 管理栄養士 | | | |

10 主たる職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|---|---------------------------------|
| 施設長 | 勤務時間帯（9：00～17：45）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 生活相談員 | 勤務時間帯（9：45～18：30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 介護職員 | 早出（7：15～16：00） 日勤（10：00～18：45） 遅出（11：15～20：00） 遅遅出（12：30～21：15） 夜勤（21：15～7：15） • 昼間帯は、原則として職員10名以上でご利用者のお世話をさせて頂きます。 • 夜間（21：15～7：15）は、原則として、職員2名でご利用者のお世話をさせて頂きます。加えて、夜勤職員配置加算の体制を確保する職員を配置しております。 | 状況により変更となる場合あり 原則として 4週8休 |
| 看護職員 | • 勤務時間帯（9：45～18：30）、原則として1名以上の体制で勤務します。 夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。 | 4週8休 |
| 機能訓練指導員 | 勤務時間帯（9：00～17：45）で原則勤務 | 4週8休 |
| 介護支援専門員 | 生活相談員が、兼務します。 | 4週8休 |
| 医師 | 原則として、週1日（金曜日）、13：00～15：00まで、勤務します。 また緊急時等は、可能な限り別途対応します。 | |
| 栄養士 | 勤務時間帯（9：00～17：45）で勤務 | 4週8休 |

(注) 上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものでです。

11 当施設が提供する基準介護サービス

<サービスの概要>

| 種類 | 内容 |
|-------|----------------|
| 居室の提供 | ユニット型個室がございます。 |

| | |
|---------------|---|
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 <p>(食事時間) 朝食 7：15～8：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00</p> |
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 おむつを使用される方に対しては、個別にて適時ご対応させて頂きます。 |
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none"> 年間を通じて週2回の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 |
| 離床、着替え 整容等 | <ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、出来る限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。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 シーツ交換は、週1回実施します。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員等による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。 当施設の保有するリハビリ器具 歩行器、車椅子 平行棒、プラットホーム、訓練用金網 ホットマグナー、低周波治療器、云々 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> 配置医により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。 また、緊急等必要な場合には主治医あるいは利用者指定の医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ご利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 (当施設の配置医) 氏名：加藤久和 診療科：内科一般（所属 医療法人 豊生会 加藤クリニック） 診察日：原則として毎週金曜日 13：00～15：00 |

| | |
|----------|--|
| 相談及び援助 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設は、ご利用者およびそのご家族からの相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>(相談窓口) 生活相談員</p> |
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 主な娯楽設備等 クラブ活動（料理クラブ、華道クラブ、お話クラブ、エンジョイ体操、リズム体操、音楽療法、園芸療法等） 喫茶コーナー（月曜～金曜 午後2：30～4：00） 主なレクリエーション行事 別添の施設行事計画書のとおり 行政機関等に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の状況によっては、代行させて頂きます。 |

<サービス利用料金>

(1) 介護保険給付サービス費用（契約書第4条参照）

| 区分 | 利 用 料 |
|-------------|-------------------------------|
| 法定代理受領の場合 | 介護報酬の告示上の額 食費・居住費に要する費用を除く |
| 法定代理受領でない場合 | 介護報酬の告示上の額 10割負担 |

（食費、居住費の負担額）

食費、居住費のご負担が必要となります。また、下記の通り、利用者負担段階（保険証確認）により金額が異なります。

| 利用者負担段階 | 居住費 | 食 費 |
|---------|---------|--------|
| | ユニット型個室 | |
| 第1段階 | 820円 | 300円 |
| 第2段階 | 820円 | 390円 |
| 第3段階 | 1,310円 | 650円 |
| 第4段階 | 1,970円 | 1,500円 |

（※1日当たりの利用料金）

尚、外泊・入院中であっても、居住費は、上記費用がかかります。

(2) (1) 以外のサービス（契約書第4条参照）

サービスの概要と利用料金

| サービスの種別 | 内 容 |
|-----------------------|--|
| 個別対応物品 | 特別な要望のあるシャンプー、特別な要望のあるリンス、整髪料、お部屋で使うティッシュペーパー、各種歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、入れ歯接着材、うがい薬、ボディローション、化粧水、乳液、リップクリーム、おしぶり、エプロン等の日用品、ふりかけ、菓子パン、各種飲料水等の嗜好品、アロマ、各種行事、レクレーション、クラブ活動(料理クラブ食材料・華道クラブ花代・園芸療法材料費・学習療法材料費等)に関する娯楽用品等については、施設にてご準備させて頂きます。 利用料金 1日 300円 |
| 理髪・美容代 | 美容師の出張による美容サービス(消費税別) 利用料金 1回 2,000円(カット代) ・顔そり 500円、シャンプー 500円、 ・パーマ 6,000円、カラー 6,000円 ・シャンプー・ブロー 1,500円 |
| 日常生活に要する費用で本人にご負担頂くもの | ・喫茶コーナー利用代金 : 飲食の実費分 ・カフェ&バー利用代金 : 飲食の実費分 |
| 空気清浄機リース料金 | ・1ヶ月 1,850円 |
| 義歯洗浄 | ・1ヶ月1回につき 200円 |

12 利用料金のお支払い方法

利用料金については、1か月ごとに計算し、ご請求させて頂きます。
 原則として、南都銀行通帳自動引落とさせていただきます。自動引落を利用されない場合は、振込でも結構です。その場合、振込手数料はご利用者負担となります。
 金銭管理サービスをご利用されている方は、お預かりした預金通帳より徴収させて頂きます。

13 苦情等申立先

| | |
|-------------------|--|
| 当施設ご利用 相談窓口 | <p>窓口担当者 生活相談員</p> <p>ご利用時間 每日 午前 10 時～午後 6 時</p> <p>ご利用方法 電話 0745-82-8111 面談 ゆあほうむ榛原相談室</p> <p>苦情箱（医務室前に設置）</p> |
| 行政機関その他 苦情受付機関 | <p>(1) 宇陀市役所 介護福祉課 宇陀市榛原下井足 17-3 0745-82-3675</p> <p>(2) 奈良県国民健康保険団体連合会 橿原市大久保町 302-1 0744-21-6822</p> |

14 配置医

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 医療法人 豊生会 加藤クリニック |
| 院長名 | 加藤久和 |
| 所在地 | 奈良県宇陀市榛原長峯 200 番地の 2 |
| 電話番号 | 0745-82-8880 |
| 診療科 | 内科一般(在宅医療) |
| 入院設備 | 無(但し、必要な場合は院長より医療機関を紹介) |
| 救急指定の有無 | 無 |
| 契約の概要 | 当施設にて、利用者に病状の急変があった場合は、院長の紹介等にて近隣の医療機関に引継ぐものとする。 |

※施設基準の届出 在宅療養支援診療所(24時間対応)

15 協力医療機関

| | |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 宇陀市立病院 |
| 所在地 | 奈良県宇陀市榛原萩原 815 番地 |
| 電話番号 | 0745-82-0381 |
| 診療科 | 内科・外科・婦人科等 |
| 医療機関の名称 | 医療法人 拓誠会 辻村病院 |
| 所在地 | 奈良県宇陀市菟田野松井 7-1 |
| 電話番号 | 0745-84-2133 |
| 診療科 | 総合内科・循環器内科・脳神経外科等 |

16 協力歯科医療機関

| | |
|---------|-------------------------|
| 名 称 | 医療法人 萩乃里診療所 榛見が丘歯科クリニック |
| 院 長 名 | 院長 鈴木 寿和 |
| 所 在 地 | 奈良県宇陀市榛原榛見が丘1丁目5-16 |
| 電 話 番 号 | 0745-82-8275 |

17 緊急時の対応

緊急時には相談員・看護師及び配置医に連絡し、救急処置を行い、状態に応じて医師の指示に従い対応する。

18 事故発生時の対応

事故発生時には奈良県宇陀市等関係機関及び契約者の家族又は契約者の関係者にすみやかに連絡し、必要な対応や処置をする。

19 看取りに関する指針

看取りに関する指針に則り対応させて頂きます。

20 非常災害時の対策

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------|-------|--|
| 非常時の対応 | 別途定める「特別養護老人ホーム ゆあほうむ榛原消防計画」に則り対応を行います。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 宇陀広域消防組合消防本部と、密な関係を築き協力体制を確立しています。 | | | |
| 平常時の訓練等 防災設備 | 別途定める「特別養護老人ホーム ゆあほうむ榛原消防計画」にのっとり年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して頂き実施します。 | | | |
| 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 | |
| スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | 12 個所 | |
| 避難階段 | 4 個所 | 屋内消火栓 | あり | |
| 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | あり | |
| 避難器具 | すべり台 救助袋 | 漏電火災報知機 | あり | |
| 誘導灯 | 44 個所 | 非常用電源 | あり | |
| カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。 | | | | |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：防災計画及び防災設備点検記録を毎年1回 届出ます。 防火管理者：永塚均司 | | | |

21 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|----------------|---|
| 来訪・面会 | 来訪者は、面会時間中（午前9時～午後8時）であればご自由にご来訪下さい。ご来訪時には、玄関に備付の面会簿に記入の上、当ホーム内へお入りください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 |
| 外出・外泊 | 外泊・外出の際には必ず外出・外泊簿に行き先と帰宅時間等をご記入のうえ職員に申出てください。 |
| 配置医以外の医療機関への受診 | 外部の医療機関に受診等を受ける場合は、その介添えについて、できるだけ配慮させて頂きます。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただこうと思います。 |
| 喫煙 | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにご注意下さい。 |
| 所持品の管理 | 所持品等の紛失、破損等の責任はおいかねますので、貴重品等の保管には十分注意し、必要であれば事務所へお預けください。 |
| 現金等の管理 | 利用者ご本人様が現金等を管理される場合は、紛失等の責任はおいかねますので、保管等に十分ご注意下さい。 |
| 宗教活動 政治活動 | 施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。 |

22 その他

傷害保険の加入について

施設内の偶然な事故等によりケガなどをした場合の傷害保険の加入も可能となっております。別途ご相談ください。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名_____氏名_____）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

平成_____年_____月_____日

利 用 者 住所_____

(代筆の場合は

カッコ書) 氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所_____

氏名 _____ 印

続柄 _____