

ケアステーション梅寿園 重要事項説明書
(ユニット型)

1、事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2、施設の内容

(1) 提供できるサービスの地域

施設名 ケアステーション梅寿園
指定番号 0870105814
所在地 茨城県水戸市見川町 1820-10
管理者の氏名 武藤 邦彦
電話番号 029-243-5322
FAX番号 029-243-5765
サービスを提供する地域 水戸市

(2) 施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	1名(非常勤)
生活相談員	生活相談及び指導	1名以上
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	1名以上
介護職員	介護業務	10名以上
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	3名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名
栄養士又は管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名以上

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	
医 師 (嘱 託)	毎週 火曜日 木曜日	
介 護 職 員	早 番	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
	遅 番	1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0
	遅々番	1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
	深夜勤	2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0
看 護 職 員	日 勤	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
機能訓練指導員	日 勤	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
生 活 相 談 員	日 勤	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
介護支援専門員	日 勤	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
事 務 職 員	日 勤	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
管 理 栄 養 士	日 勤	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0

(4) 設備の概要

定員 30名

居室・設備の種類	室 数	備 考
全室個室	1ユニット (10室) (3ユニット)	各ユニット内に食堂・談話 スペース・キッチン トイレ・浴室 (個浴)
特 別 浴 室	2室	
医 務 室	1室	

3、サービスの内容

(1) 基本サービス

- ①食事 朝食 8 : 0 0 ~ 9 : 3 0
 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 3 0
 夕食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 3 0

②介 護

- ・食事等の介助、口腔ケア、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話

③入 浴

- ・最低、週 2 回以上入浴可能です。希望の方は週 3 回以上行います。障害や身体状況にあわせ機械浴槽等を使用して入浴することができます。

④排 泄

- ・排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、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またはその減退を防止するための生活動作を中心に訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦その他自立への支援

- ・寝たきりの防止のため、できるかぎり離床を行います。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うようにします。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう援助します。

(2) サービス利用料金と入居者負担金（自己負担額。以下、サービス利用料金と併せて「料金」または「料金表」という。）

① 料金表は、「別表」のとおりです。

「別表」の料金表によって、利用者の要介護度等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）をお支払い下さい。（サービス利用料金は、入居者の要介護度及び被保険者段階に応じて異なります。）

② 入居者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から支払われます。（償還払い）

③ また、在宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合は、入居者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

④ 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、入居者の負担額を変更します。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が入居者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 居住費

個室（1人部屋） ※「別表」のとおり

② 食費

当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。利用料金は、「別表」のとおりです。

また、利用者のご希望に基づいて特別な食事も提供いたします。料金は要した費用の実費となります。

③ 理髪・美容とその利用料金

理容師・美容師の出張による理髪、美容サービスをご利用いただけます。
料金は要した費用の実費となります。

④ 貴重品の管理とその料金

ご希望の方には契約により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

管理する金銭の形態	施設の指定する金融機関に預け入れている預金
お預かりするもの	上記預貯金通帳と金融機関への届け出た印鑑、有価証券、年金証書
保 管 管 理 者	施設長
出 納 方 法	<p>手続きの概要は以下の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合は、備え付けの届出書を保管、管理者へ提出していただきます。 ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の受け入れ及び引き出しを行います。 ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。
利 用 料 金	1か月 2,000円

⑤ レクリエーション、クラブ活動

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。
利用料金：通常の活動を超えて希望した場合及び外出行事の食事代等については、実費をいただきます。以下「⑥、⑦、⑧、⑨」いずれも同様です。

⑥ 複写物の交付

サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

⑦ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等は、日常生活に要する費用で入居者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

⑧ 入居者の移送に係る費用

指定協力医療機関以外の通院、外出泊、その他の際の移送を行います。

水戸市内または近隣 1回の利用につき 1,500円

⑨ 持込等による専用の電気製品とその利用料金（電気使用料） ※「別表」のとおり

テレビ・電気毛布、またはその他の電気製品をご使用になれます。

(4) 利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し請求いたしますので、原則、口座振替による支払いをよろしくご願ひいたします。やむを得ない場合のみ翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(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。)

ア、窓口での現金払い

イ、下記指定口座への振込みによる支払い

常陽銀行 末広町支店 口座番号 6325099

社会福祉法人 親愛会

特別養護老人ホーム梅寿園 施設長 武藤 邦彦

4、サービス利用に当たっての留意事項

- ① 入居者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- ② 入居者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ③ 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、必ず従業者に声をかけてください。

5、非常災害対策

施設では非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し防災計画に基づき、年2回以上入居者及び従業者等の訓練を行います。

6、緊急時の対応

サービス提供時に入居者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

7、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8、守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

9、入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

10、身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

11、苦情相談窓口、

※サービスに関する相談や苦情については、次の専用窓口で対応します。

ご利用相談室 苦情解決責任者 武藤 邦彦（施設長）
窓口担当者 長谷川 崇（生活相談員）

ご利用時間 9時00分～18時00分

ご利用方法 電話 029-243-5322

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

○水戸市市役所介護保険担当課

茨城県水戸市中央 1-4-1

電話 029-232-9110 FAX 029-228-0102

受付時間 8時30分～17時00分（土日、祝日を除く）

○国民健康保険団体連合会

茨城県水戸市笠原町 978-26 茨城県市町村会館内

電話 029-301-1565 FAX 029-301-1579

受付時間 9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

○茨城県福祉協議会

茨城県水戸市千波町 1918

電話 029-241-1133 FAX 029-241-1431

受付時間 8時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員

氏名 矢野倉 直

役職 元福祉施設職員

電話 029-251-2763

氏名 佐久間 公明 役職 法人監事

電話 029-292-2225

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

1 2、第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施しておりません。

1 3、協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

・名称 医療法人 圭友会 山手クリニック

・住所 茨城県日立市千石町2丁目13番3号

・協力歯科医療機関

・名称 見和歯科クリニック

・住所 茨城県水戸市見和2-246-1 堤ビル3F

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」に記入いただいた連絡先に連絡します。

1 4、損害賠償について

当施設において、施設の責任により入居者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入居者様に故意又は過失が認められた場合には、入居者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 茨城県水戸市見川町 1820-10

施設名 ケアステーション梅寿園
(0870105814)

管理者名 武藤 邦彦 印

説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<入居者>

住所

氏名 印

<入居者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印（続柄 ）

ケアステーション梅寿園 重要事項説明書
(多床型)

1、事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2、施設の内容

(1) 提供できるサービスの地域

施設名 ケアステーション梅寿園
指定番号 0870100377
所在地 茨城県水戸市見川町 1820-10
管理者の氏名 武藤 邦彦
電話番号 029-243-5322
FAX番号 029-243-5765
サービスを提供する地域 水戸市

(2) 施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	1名(非常勤)
生活相談員	生活相談及び指導	1名以上
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	1名以上
介護職員	介護業務	17名以上
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	3名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名
栄養士又は管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名以上

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
医 師 (嘱 託)	毎週 月曜日 木曜日
介 護 職 員	早 番 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
	遅 番 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0
	遅々番 1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
	深夜勤 2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0
看 護 職 員	日 勤 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
機能訓練指導員	日 勤 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
生活指導員	日 勤 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
介護支援専門員	日 勤 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
事 務 職 員	日 勤 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
管 理 栄 養 士	日 勤 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0

(4) 設備の概要

定員 50名

居室・設備の種類	室 数	備 考
居室 4人部屋	13室 (3ユニット)	各ユニット内に食堂・談話 スペース・キッチン 各4人部屋にトイレ・浴室(個浴)
特 浴 室	2室	
医 務 室	1室	

3、サービスの内容

(1) 基本サービス

- ①食事 朝食 8 : 0 0 ~ 9 : 3 0
昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 3 0
夕食 1 7 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0

②介 護

- ・食事等の介助、口腔ケア、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話

③入 浴

- ・最低、週2回以上入浴可能です。希望の方は週3回以上行います。障害や身体状況にあわせ機械浴槽等を使用して入浴することができます。

④排 泄

- ・排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、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またはその減退を防止するための生活動作を中心に訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦その他自立への支援

- ・寝たきりの防止のため、できるかぎり離床を行います。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うようにします。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう援助します。

(2) サービス利用料金と入居者負担金（自己負担額。以下、サービス利用料金と併せて「料金」または「料金表」という。）

⑤ 料金表は、「別表」のとおりです。

「別表」の料金表によって、利用者の要介護度等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）をお支払い下さい。（サービス利用料金は、入居者の要介護度及び被保険者段階に応じて異なります。）

⑥ 入居者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から支払われます。（償還払い）

⑦ また、在宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合は、入居者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

⑧ 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、入居者の負担額を変更します。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が入居者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

⑩ 居住費

4人部屋 ※「別表」のとおり

⑪ 食費

当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。利用料金は、「別表」のとおりです。

また、利用者のご希望に基づいて特別な食事も提供いたします。料金は要した費用の実費となります。

⑫ 理髪・美容とその利用料金

理容師・美容師の出張による理髪、美容サービスをご利用いただけます。
料金は要した費用の実費となります。

⑬ 貴重品の管理とその料金

ご希望の方には契約により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

管理する金銭の形態	施設の指定する金融機関に預け入れている預金
お預かりするもの	上記預貯金通帳と金融機関への届け出た印鑑、有価証券、年金証書
保管管理者	施設長
出納方法	手続きの概要は以下の通りです。 ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合は、備え付けの届出書を保管、管理者へ提出していただきます。 ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の受け入れ及び引き出しを行います。 ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。
利用料金	1か月 2,000円

⑭ レクリエーション、クラブ活動

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。
利用料金：通常の活動を超えて希望した場合及び外出行事の食事代等については、実費をいただきます。以下「⑥、⑦、⑧、⑨」いずれも同様です。

⑮ 複写物の交付

サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

⑯ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等は、日常生活に要する費用で入居者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

⑰ 入居者の移送に係る費用

指定協力医療機関以外の通院、外出泊、その他の際の移送を行います。
水戸市内または近隣 1回の利用につき 1,500円

(4) 利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し請求いたしますので、原則、口

座振替による支払いをよろしく願いいたします。やむを得ない場合のみ翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（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。）

ア、 窓口での現金支払い

イ、 下記指定口座への振込みによる支払い

常陽銀行 末広町支店 口座番号 6325099

社会福祉法人 親愛会

特別養護老人ホーム梅寿園 施設長 武藤 邦彦

4、サービス利用に当たっての留意事項

- ④ 入居者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- ⑤ 入居者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ⑥ 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、必ず従業者に声をかけてください。

5、非常災害対策

施設では非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し防災計画に基づき、年2回以上入居者及び従業者等の訓練を行います。

6、緊急時の対応

サービス提供時に入居者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

7、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8、守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

9、入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

10、身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

11、苦情相談窓口、

※サービスに関する相談や苦情については、次の専用窓口で対応します。

ご利用相談室 苦情解決責任者 武藤 邦彦（施設長）
窓口担当者 長谷川 崇（生活相談員）

ご利用時間 9時30分～18時30分

ご利用方法 電話 029-243-5322

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

○水戸市市役所介護保険担当課

茨城県水戸市中央 1-4-1

電話 029-232-9110 FAX 029-228-0102

受付時間 8時30分～17時00分（土日、祝日を除く）

○国民健康保険団体連合会

茨城県水戸市笠原町 978-26 茨城県市町村会館内

電話 029-301-1565 FAX 029-301-1579

受付時間 9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

○茨城県福祉協議会

茨城県水戸市千波町 1918

電話 029-241-1133 FAX 029-241-1431

受付時間 8時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員

氏名 矢野倉 直

役職 元福祉施設職員

電話 029-251-2763

氏名 佐久間 公明 役職 法人監事

電話 029-292-2225

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

1 2、第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施しておりません。

1 3、協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

- ・名称 医療法人 圭友会 山手クリニック
- ・住所 茨城県日立市千石町2丁目13番3号

・協力歯科医療機関

- ・名称 見和歯科クリニック
- ・住所 茨城県水戸市見和2-246-1 堤ビル3F

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」に記入いただいた連絡先に連絡します。

1 4、損害賠償について

当施設において、施設の責任により入居者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入居者様に故意又は過失が認められた場合には、入居者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 茨城県水戸市見川町 1820-10

施設名 ケアステーション梅寿園
(0870100377)

管理者名 武藤 邦彦 印

説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<入居者>

住所

氏名 印

<入居者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印（続柄 ）