

重要事項説明書

(施設介護サービス利用契約書)

1 事業者及び利用施設

事業者及び施設の名称	介護医療院 ちとせ
施設所在地	岡山県岡山市東区西大寺中野 498 - 1
代表者氏名	林 秀宣
電話番号	086-942-2980
ファクシミリ番号	086-942-3755

2 施設の概要

介護医療院

敷地面積	2,808.88 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造5階建(耐火建築)
	延べ床面積	3,081.16 m ²
	利用定員	16名

(1) 居室(2階, 3階)

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
4人部屋	4室	34.2 m ²	8.5 m ²

(注) 指定基準は、居室1人当たり8.0 m²以上

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積
食堂兼談話室(5階)	1室	68.4 m ²
機能訓練室(4階)	1室	51.3 m ²
浴室(4階)	1室	34.2 m ²
介助入浴設備	シャワートローリー 2台	

(注) 食堂の指定基準は、1人あたり1 m²以上

3 職員の勤務体制

職種	勤務体制
看護職員	非常勤3名 日勤(8:00~17:00) 看護職員1名あたり入所者6名のお世話をします。
介護職員	非常勤3名 早出(6:00~15:00) 日勤(8:00~17:00) 遅出(12:00~21:00) 介護職員1名あたり入所者4名のお世話をします。
介護支援専門員	非常勤1名

4 施設サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

種類	内容
排泄	・入所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。
入浴	・週2回の入浴または清拭を行います。入浴日は毎週、月火木金(但し祝日の介助入浴はありません。) ・寝たきり等で座位のとれない方は、シャワートローリーを用いての入浴も可能です。
着替え 整容等	・生活のリズムを考え、毎日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(水)。寝具の消毒は、週1回外部業者が実施します。
機能訓練	・入所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努めます。 ・当施設の保有するリハビリ器具 歩行器8台 車椅子14台 歩行訓練用手すり付昇降階段1機 上肢機能訓練機1機

医療管理	林 病院、常勤医師 2 名。非常勤医師、13 名が対応。 但し当院で対応できない急性期医療を要すると医師が判断した場合、患者様及びご家族に説明し同意の上、適切な医療機関へ紹介致します。
------	---

(2)介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
食 事	(食事時間) 朝食 8 : 0 0 ~ 9 : 0 0 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 7 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
日常生活品の購入代行	・入所者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスを有料でご利用いただけます。ご利用いただく場合は、1 階受付にお申し出ください。
金銭管理	・当施設での金銭管理は行いません。 ご家族、又は後見人をお願いします。
理髪	・毎月 1 回 (第 1 水曜日) 予約の上、理髪店出張による理髪サービスを利用いただけます。

5 利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領分	介護報酬告示上の額の 1 割、2 割又は 3 割
法廷代理受領受領分以外	介護報酬告示上の額

(2) 法定外給付

区 分	利 用 料
理容サービス	・理容サービス 1 回 1 6 0 0 円(税別)から (専門理容師によるカットと顔剃り)
日常生活品の購入代行サービス	・購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費

各家電製品持込使用代	ラジオ その他、家電製品	1日50円 1日100円
院内歯科治療	4階 林病院 歯科医師が対応致します。	
居住費（光熱水費）	1日 370円/1日	
食費 （食材及び調理に係る費用）	1日 2180円/1日	

6 苦情等申立先

当施設外来受付	苦情担当者 奥田康子 ご利用時間 午後3時～午後5時(月～金) ご利用方法 面接 意見箱（外来受付に設置）
市町村	岡山市事業者指導課 086-212-1014 岡山市介護保険課 086-803-1240 瀬戸内市介護保険課 0869-26-5926
国民健康保険 団体連合会	086-223-9101

7 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 午前10時～午後8時 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度1階受けまたは2階 詰所に届出てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には所定の届出用紙に行き先と帰宅時間を記入し 2階看護師詰所に提出してください。届出用紙は2階看護師詰所に あります。 外泊は3泊4日まで。 午前7:30以前、午後8時以降の外出はご遠慮願います。
居室・設備・ 器具の利用	ご家族の方が洗濯できない場合、当施設より洗濯業者に有料で委託 致します。

	<p>居室内設置のテレビご利用の際は2階、3階各エレベーター横に設置してあるテレビカード自動販売機でカードを購入してご覧ください。</p> <p>トイレに設置しているトイレットペーパー以外は使用できません。ポータブルトイレをご使用の際は当施設指定のトイレットペーパーをご使用願います。</p> <p>正面玄関 開門 午前8:00 閉門 午後6:30</p> <p>裏勝手口 開門 午前7:30 閉門 午後8:00</p>
消灯時間	午後9時
禁止事項	<ul style="list-style-type: none"> * 施設内の喫煙、飲酒 * 騒音等他の入所者の迷惑になる行為 * 他の入所者居室等の立ち入り * 施設内で他の入所者に対する政治宗教活動、及び営業活動 * 食べ物の差し入れ * 付添い (付添いを希望される方は所定の用紙に記入して2階詰所へ届け出て下さい。)
会計	入所費用は毎月10日、20日、月末締めで会計させていただきます。
その他	入所費用の滞納が3ヶ月に及んだ場合、退所して頂きます。

8 入所中に発生した事故に対する対応。

- ① 事故発生直後、迅速な事後処置をいたします。
- ② 入所者のご家族及び岡山市事業者指導課に連絡をとり状況の説明を致します。
- ③ 損害賠償の責任があるときは、速やかに対応します。
- ④ 事故の再発、防止を講じます。

以上、介護医療院 ちとせ 入所申込みの際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

_____年_____月_____日

介護医療院 ちとせ

説明者 職・氏名

印

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、介護医療院 ちとせ 入所サービス提供の開始に同意しました。

_____年_____月_____日

入所者

住所 _____

氏名

印

入所者の家族等

住所 _____

氏名

印

続柄 _____

注 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。