タムスさくらの杜 江戸川

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
（指定事業者番号　東京都　第 1372307437 号）

施設は契約者に対して指定介護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致します。

目　　次

１．施設経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

２．利用施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

３．居室の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

４．職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

５．施設が提供するサービスとサービス利用料金・・・・・・・・・・・・・・4

６．施設を退居していただく場合(契約の終了について)・・・・・・・・・・・9

７．身元引受人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

８．苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

９．利用上の注意・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

10．事故発生時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12

１．施設経営法人

（１）法　人　名　　社会福祉法人春和会

（２）法人所在地　　東京都江戸川区東小松川一丁目５番４号

（３）電 話 番 号　　０３-５６０７-３３６６

（４）代表者氏名　　理事長　岡本　和久

（５）設 立 年 月　　平成２４年２月２日

２．利用施設

（１）施設の種類　　ユニット型介護老人福祉施設（指定介護老人福祉施設）
平成２６年１月１日指定　（東京都　第 1372307437 号）

（２）施設の定義　　施設の全てにおいて少人数の居室及び当該居室に近接して設けられる、当該居室の契約者が交流し、共同で日常生活を営むための共同生活室により、一体的に構成されるユニットごとに利用者の日常生活が営まれ、これに対する支援を行う施設です。

（３）施設の目的　　施設は、老人福祉法並びに介護保険法令に従い、利用者一人ひとりの意思及び人権を尊重し、施設サービス（ユニットケア）計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続ものとなるよう配慮しながら、各ユニット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することを目的と致します。

（４）施設の名称　　タムスさくらの杜 江戸川　（以下「施設」という。）

（５）施 設 概 要　　鉄筋コンクリート造地上５階地下１階建（延床面積 5,361.12 ㎡）

（６）施設の所在地　　東京都江戸川区東小松川１丁目５番４号

（７）電 話 番 号　　０３－５６０７－３３６６

（８）ＦＡＸ番号　　０３－５６０７－３３６７

（９）管　理　者　　原　勇輝

（10）施設の運営方針　　施設はユニットケアに基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上のお世話、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、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にすることを目指します。施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。施設は、事業の運営にあたっては、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視し、関係行政機関、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、他の介護保険施設その他の保健、医療または福祉サービスを提供する事業所との密接な連携に努めます。

（11）開 設 年 月　　平成２６年１月１日

（12）入 居 定 員　　１２０名

（13）面 会 時 間　　１０：００～１７：３０（来訪者は都度、面会票をご記入ください）

３．居室の概要

（１）居室等の概要

施設では以下のユニットごとに居室・設備を用意しています。

ユニット名称	種　類	室　数	設　備
2A ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
2B ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
2C ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
3A ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
3B ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
3C ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
4A ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
4B ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
4C ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
5A ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
5B ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
5C ユニット	ユニット	10 室	共同生活室 1 室、トイレ 3 室、個浴室
特殊浴室		1 室	機械浴（寝台、車イス）
医務室		1 室	

※　契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、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、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、契約者やその家族等と協議のうえ決定するものとします。

４．職員の配置状況

施設では、契約者に対してユニット型介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、下記職種の職員を配置しています。

（１）主な職員の配置状況（※職員の配置については、指定基準を満たしています。）

職　　種	指定基準
１．施設長（管理者）	１人
２．生活相談員	２人以上
３．介護支援専門員	２人以上
４．看護職員	３人以上
５．介護職員	３７人以上
６．機能訓練指導員	１人以上
７．管理栄養士	１人以上
８．医師	１人以上（非常勤）
９．事務職員	２人以上

※　常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝１名）となります。

（２）主な職種の勤務体制〉

職　　種	勤　務　体　制
１．医師（内科医）	月４回・週１回
２．医師（精神科医）	月４回・週１回
３．看護職員	標準的な時間帯(8:45～17:45)における最低配置人員　１名
４．介護職員	早　番：　7:00～16:00　４名
	日　勤：　8:45～17:45　８名
	遅　番：　12:00～21:00　４名
	夜　勤：　17:00～10:00　８名
	標準的な時間帯(8:45～17:45)における最低配置人員　１２名

※　始業及び就業時刻は、業務都合により所定労働時間の範囲内で職場の全部または一部において変更する場合があります。

５．施設が提供するサービスとサービス利用料金

施設では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、ご利用料金の約７割から９割が介護保険から給付されます。

①入浴

・　原則、週２回以上入浴を行います。ただし、やむを得ない場合には清拭を行います。

・　寝たきりの状態でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

・　排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③健康管理

・　医師や看護職員が、健康管理を行います。

④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。

・　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。

・　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。

・　外出の機会を確保できるよう努めます。

（２）サービス利用料金（１日あたり）

下記の料金表によって、契約者の要介護度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）と食事、居室費に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

（サービス利用料金は、契約者の要介護度や所得等に応じて異なります。）

① 利用料金表　〈1 割負担〉

要介護	介護保険給付対象(1 割負担分)		介護保険給付対象外			日額（⑥）(①+③+④)	月額 小計（⑦）(⑥×30 日)
	介護サービス費(①)	加算（②）	居住費（③）	食費（④）	その他費用(⑤)		
1	731 円／日	以下の【加算一覧】を参照	2,420 円(第 4 段階)	2,430 円(第 4 段階)	以下の【実費負担一覧】を参照	5,581 円	167,430 円
2	807 円／日					5,657 円	169,710 円
3	889 円／日					5,739 円	172,170 円
4	966 円／日					5,816 円	174,480 円
5	1,041 円／日					5,891 円	176,730 円

〈2 割負担〉※一定の収入条件に該当した方の料金表となります。

要介護	介護保険給付対象(2 割負担分)		介護保険給付対象外			日額（⑥）(①+③+④)	月額 小計（⑦）(⑥×30 日)
	介護サービス費(①)	加算（②）	居住費（③）	食費（④）	その他費用(⑤)		
1	1,461 円／日	以下の【加算一覧】を参照	2,420 円(第 4 段階)	2,430 円(第 4 段階)	以下の【実費負担一覧】を参照	6,311 円	189,330 円
2	1,614 円／日					6,464 円	193,920 円
3	1,777 円／日					6,627 円	198,810 円
4	1,932 円／日					6,782 円	203,460 円
5	2,082 円／日					6,932 円	207,960 円

〈3 割負担〉※平成 30 年 4 月 1 日からの介護保険費用負担割合の変更に伴い
一定の収入条件に該当した方の料金表となります。

要介護	介護保険給付対象(3 割負担分)		介護保険給付対象外			日額（⑥）(①+③+④)	月額 小計（⑦）(⑥×30 日)
	介護サービス費(①)	加算（②）	居住費（③）	食費（④）	その他費用(⑤)		
1	2,191 円／日	以下の【加算一覧】を参照	2,420 円(第 4 段階)	2,430 円(第 4 段階)	以下の【実費負担一覧】を参照	7,041 円	211,230 円
2	2,420 円／日					7,270 円	218,100 円
3	2,665 円／日					7,515 円	225,450 円
4	2,898 円／日					7,748 円	232,440 円
5	3,123 円／日					7,973 円	239,190 円

※「①介護サービス費」は、法定単位数に地域加算を掛けた「日額」を表記しています。

※「③居住費」には、電気・水道・光熱費が含まれています。個人専用の家電を使用の場合は別途持込に伴う家電製品の種類や数に応じた電気代相当分をご負担いただきます。

テレビ　　月額 900 円

持込 3 個まで　月額 300 円　持込 4 個以上　月額 600 円

※「④食費」は、朝食・昼食・おやつ・夕食の全てを含んだ金額です。

（食事配膳開始時刻）朝食７：３０　昼食１２：００　夕食１７：３０　おやつ１４：３０

・イベント等で外食した場合の食事・おやつ・飲み物等の費用は、実費をご負担いただきます。

・その他、ご希望に基づき特別な食事を提供しますが要した費用の実費をご負担いただきます。

・食事が不要の場合は、前日の１２：００までに申し出ください。

※「③居住費」「④食費」には、【ご利用者負担段階】が設けられています(別表参照)。

※「⑥日額」と「⑦月額 小計」には、「②加算」と「⑤その他費用」は含まれていません。

（『月額合計』は、「②加算」と「⑤その他費用」を加えた金額となりますので、十分ご注意下さい。）

※通常の計算においては、[介護報酬の月額＝全単位数の合計×地域加算]で算出致しますが、当料金表においては、便宜上「日額」を表記しているために、[介護サービス費・加算の日額＝１日の単位数×地域加算]としています。そのため、最終的にご請求する合計金額(月額) に多少の差異が生じる場合がございますことをご了承下さい。

②所得に応じた減額措置（日額）

	居住費	食　費	対象者
第１段階	880 円	300 円	世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 生活保護受給者
第２段階	880 円	390 円	世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が 80 万円以下
第３段階①	1,370 円	680 円	世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が 80 万円超 120 万円以下
第３段階②	1,470 円	1,420 円	世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が 120 万円超
第４段階	2,420 円	2,430 円	第 1 段階～第 3 段階に該当しない人

③【加算一覧】[上記以外で加算されるもの]

〈2 割・3 割負担〉※一定の収入条件に該当した方の料金表となります。

加算項目		1 割 負担	2 割 負担	3 割 負担	施設 算定
基本加算(全ご入居者対象)	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月の算定単位数×0.163 単位			○
	日常生活継続支援加算（Ⅱ）	51 円／日	101 円／日	151 円／日	○
	看護体制加算（Ⅰ）ロ	5 円／日	9 円／日	13 円／日	○
	看護体制加算（Ⅱ）	9 円／日	18 円／日	27 円／日	○
	夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ	20 円／日	40 円／日	59 円／日	○
	初期加算（30 日間）	33 円／日	66 円／日	99 円／日	○
	栄養マネジメント強化加算	12 円／日	24 円／日	36 円／日	○
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	13 円／日	26 円／日	39 円／日	○
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	22 円／月	44 円／月	66 円／月	○
	個別機能訓練加算（Ⅲ）	22 円／月	44 円／月	66 円／月	○
	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	55 円／月	109 円／月	164 円／月	○
	自立支援促進加算	306 円／月	611 円／月	916 円／月	○

基本加算（全ご入居者対象）	ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）	33 円／月	66 円／月	99 円／月	×
	ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）	66 円／月	131 円／月	197 円／月	○
	排せつ支援加算（Ⅰ）	11 円／月	22 円／月	33 円／月	○
	排せつ支援加算（Ⅱ）	17 円／月	33 円／月	49 円／月	×
	排せつ支援加算（Ⅲ）	22 円／月	44 円／月	66 円／月	×
	排せつ支援加算（Ⅳ）	109 円／月	218 円／月	327 円／月	×
	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	4 円／3 ヶ月	7 円／3 ヶ月	10 円／3 ヶ月	○
	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	15 円／3 ヶ月	29 円／3 ヶ月	43 円／3 ヶ月	○
	褥瘡マネジメント加算（Ⅲ）	11 円／3 ヶ月	22 円／3 ヶ月	33 円／3 ヶ月	×
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	120 円／月	240 円／月	360 円／月	○
個別加算（対象契約者のみ）	若年性認知症入所者受入加算	131 円／日	262 円／日	393 円／日	×
	外泊時費用	269 円／日	537 円／日	805 円／日	×
	経口移行加算	31 円／日	61 円／日	92 円／日	×
	経口維持加算（Ⅰ）	436 円／月	872 円／月	1,308 円／月	○
	経口維持加算（Ⅱ）	109 円／月	218 円／月	327 円／月	×
	看取り介護加算Ⅰ（死亡日 31 日以上 45 日以下）	79 円／月	157 円／月	236 円／月	○
	看取り介護加算Ⅰ（死亡日 4 日以上 30 日以下）	157 円／日	314 円／日	471 円／日	○
	看取り介護加算Ⅰ（死亡日前日又は前々日）	742 円／日	1,483 円／日	2,224 円／日	○
	看取り介護加算Ⅰ（死亡日）	1,396 円／日	2,791 円／日	4,186 円／日	○
	安全対策体制加算	22 円／回	44 円／回	66 円／回	○
	再入所時栄養連携加算	218 円／月	436 円／月	654 円／月	×
	協力医療機関連携加算（Ⅰ）	55 円／月	109 円／月	164 円／月	○
	協力医療機関連携加算（Ⅱ）	6 円／回	11 円／回	17 円／回	×
	生産性向上推進加算（Ⅰ）	109 円/月	218 円/月	327 円/月	×
	生産性向上推進加算（Ⅱ）	11 円/月	22 円/月	33 円/月	○
	退所時情報提供加算	273 円/回	545 円/回	818 円/回	○
	配置医師緊急時対応加算（早朝・夜間の場合）	709 円／回	1,417 円／回	2,126 円／回	×
	配置医師緊急時対応加算（深夜）	1,417 円／回	2,834 円／回	4,251 円／回	×

※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、契約者の負担額を変更します。

※利用料の自己負担は１か月の総単位数に係数を乗じて算出されるため、上記料金に日数を乗じたものと誤差が生じる場合があります。

④【実費負担一覧】[その他費用]

介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第４条）以下のサービスは、サービス利用料金の全額が契約者の負担となります。

その他日常生活費	日用品費	別表のとおり
	理美容代（外部委託）	実　費
	健康管理費(ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ接種等)	実　費
その他実費負担	外部にクリーニングを依頼した場合	実　費
	個人専用の家電の電気代	テレビ　900 円／月 持込 3 個まで　300 円/月 持込 4 個以上 600 円/月

※医療費負担

施設外医療機関で診察、デイケア等に参加した場合の費用、医師の処方箋による薬代、インフルエンザ等の予防接種費用

※協力医療機関外への通院に要する送迎・付き添い費用（※別紙料金表参照）

※その他の日常生活費

契約者の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。

	行事とその内容【例】
１月	新年のお祝い（おせち料理をいただき、新年をお祝いします）
２月	節分（豆まきをします）・バレンタインデー
３月	雛祭り（お雛さまの飾り付けを行います）・ホワイトデー
４月	お花見
５月	端午の節句（飾り付けと地域との交流会を催します）・母の日のお祝い
６月	父の日のお祝い
７月	七夕（笹に短冊の飾り付けを行います）
８月	納涼祭
９月	敬老の日（敬老会を催します）・十五夜（中秋の名月）
10 月	運動会・ハロウィン
11 月	文化の日（文化鑑賞会）
12 月	クリスマス会、大晦日

※お誕生日会は、ユニット毎に随時催されます。

※その他契約者の日常生活上必要となる諸費用に関して日常生活品の購入代金等、日常生活に要する費用で、契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用については実費をご負担いただきます。

（３）サービス利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金･費用を月末締めで算定し、翌月１５日ごろにご請求を送付いたします。請求月の２８日（休日の場合は、翌営業日）に自動引き落としをさせていただきます。１ヵ月に満たない期間のサービスに関するサービス利用料金は、ご利用日数に基づいて計算した金額とします。

ただし、自動引き落とし手続き期間中は、２８日までに以下の指定口座にお振込み下さい。

指定口座 ： りそな銀行　小岩支店　普通　社会福祉法人　春和会（1674208）

（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、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できます。(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・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	タムスさくら病院江戸川、六町駅前歯科クリニック タムス総合クリニック篠崎駅前

②内服薬

院外処方になります。

6．施設を退居していただく場合（契約の終了について）

施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスをご利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、施設との契約は終了し、契約者に退居していただくことになります。

① 要介護認定により契約者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合。
② 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
③ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合。
④ 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。
⑤ 契約者から退居の申し出があった場合。

（1）契約者からの退居の申し出（契約者からの契約解除）

契約の有効期間であっても、契約者から退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の１ヵ月前までに解約届出書をご提出下さい。

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

① 介護保険給付対象外サービス利用料金の変更に同意できない場合。
② 施設の運営規程の変更に同意できない場合。
③ 契約者が入院された場合。
④ 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。
⑤ 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。
⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により契約者の身体・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。
⑦ 契約者等が他の利用者の身体・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）施設からの申し出により退居していただく場合(事業者からの契約解除)

以下の事項に該当する場合には、施設からご退居していただくことがあります。

① 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、または不実の告知を行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

② 契約者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく３ヵ月以上遅延し、サービス利用料金を支払うよう催告したにもかかわらず３０日間以内に支払われない場合。

③ 契約者が、故意または重大な過失により事業者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・信用等を傷つけ、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せた場合。

④ 契約者が連続して３ヵ月以上病院また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 契約者が他の介護保険施設に入居した場合。

（３）医療機関へ入院した場合の対応について

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 ３ヵ月以内の入院の場合の取り扱い

入院され３ヵ月以内に退院された場合には、再び施設に優先的に入居できるよう努めます。またその期間の居室費につきましては、入院した翌日から当該月6日間(当該入院が月をまたがる場合には最大で12日間)を限度に、介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担額)を施設に支払うものとし、以後は１日あたり２，４２０円を申し受けます（第４段階)。第１段階～第３段階に該当する場合は、１日あたり２，０６６円を申し受けます。

② ３ヵ月以内の退院が見込まれない場合

３ヵ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。

（４）円滑な退居のための援助

契約者が当施設を退居する場合には、契約者の希望により、施設は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契約者に対して速やかに行います。

○適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設などの紹介
○居宅介護支援事業者の紹介
○その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

７．身元引受人

契約に基づく契約者の施設に対するサービス利用料金など経済的な債務（極度額は 2,000,000 円）につき、契約者と連帯して一切の責任を負います。

契約者が死亡した場合、その他契約が終了した場合に速やかに、ご遺体及び残置品（居室内に残置する日用品や身の回り品等であり、高価品は除く）の引取りなど必要な処理を行うこととします。

施設は、契約者が入院を必要とする場合並びに本契約が終了した場合、身元引受人にその旨連絡するものとします。

８．苦情の受付等について

（１）施設における苦情の受付

施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

〇苦情受付窓口

苦情受付担当者　：　生活相談員

苦情解決責任者　：　施　設　長

〇受付時間

月曜日～金曜日（除く祝祭日、１２月２９日～１月３日）

午前９時～午後５時（電話　０３－５６０７－３３６６）

（２）第三者委員

〇委員構成

黒坂　振一郎（電話　０８０－８８６５－１４０９）

藍澤　大輔　（電話　０８０－８８１５－４８７０）

（３）そ　の　他

当施設以外にも役所窓口、国民健康保険団体連合会等でも苦情を受付けております。

東京都国民健康保険団体連合会　介護サービス苦情相談窓口（電話　０３－６２３８－０１７７）

江戸川区介護保険課　　（電話　０３－５６６２－００３２）

９．利用上の注意等

施設の利用に当たって、施設に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（１）持ち込みの制限等について

① 施設入居にあたり、危険物等は原則として持ち込むことができません。なお、持ち込み希望家電製品につきましては、事前にご相談ください。

各居室には、次の家電製品は持ち込み禁止です。

１）電子レンジ、２）オーブントースター、３）電気ストーブ、４）電気毛布 等

今までの自宅での生活を継承していただくため、家具類等は備え付けておりません。身の回りの品々と併せてご用意下さい。電話機の設置及びテレビ、ラジオ等の持ち込みは可能です（契約が必要な場合は、個人でお願いいたします)。但し、音量等で他の入居者に迷惑を及ぼす場合には、ご遠慮いただく場合があります。

② 施設入居者への飲食物の持ち込みには制限があります。医師・看護職員・管理栄養士が、入居者の栄養指導や健康管理を行っています。個人の身体状態等によってカロリー制限等の管理や摂取飲食物が制限されていることがあり、お持ちになる場合は事前にご相談ください。

なお、食中毒を発生させる生ものや、お餅やゼリー食品など喉に詰まる可能性がある食べ物の持ち込みは厳禁です。

（２）外出・外泊（入居契約書第２３条参照）

外出・外泊をされる場合は、職員に事前にお申し出下さい。

（3）食事

食事が不要な場合は、前日の１２：００までにお申し出下さい。

（4）施設・設備の使用上の注意

・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用して下さい。
・故意に、または不注意により、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、契約者の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
・契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。
但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
・施設の職員や他の入居者や来訪者に対し、迷惑を及ぼすような行為または宗教活動、政治活動、名運動や営利活動は行うことは出来ません。

（5）喫煙

敷地内の定められた場所以外での喫煙はできません。館内は全面禁煙です。

１０．　事故発生時の対応について

施設において契約者に対する施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市区町村、契約者の家族等に連絡をおこなうとともに必要な措置を講じます。 また、事故の状況及び事故に際して取った処置を記録いたします。

施設において、契約者に対し事業者の過失により生じた損害について、誠心誠意対応するとともに、その損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。事業者に対し契約者の過失により生じた損害については実費を請求いたします。契約者間に発生した損害等については、原則、契約者間でその損害を補償していただきます。ただし、その損害の発生について、契約者の心身の状況を鑑みて円満に解決していただくよう施設が仲介する場合が有ります。

ユニット型介護老人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。

令和　　年　　月　　日

指定介護老人福祉施設 タムスさくらの杜 江戸川

説　明　者　　職　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契　約　者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【署名代理人】　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

契約者との関係　（　　）