

特別養護老人ホームけやき園 重要事項説明書

1. 法人概要

| | | | |
|------------|----------------------------------|------|--|
| 法人名 | 社会福祉法人 <small>しゅうんかい</small> 紫雲会 | 代表者名 | <small>りじちよう なかたに たつひろ</small> 理事長 中谷 達廣 |
| 主たる事務所の所在地 | 千葉県緑区鎌取町75番1 | 電話番号 | 043-300-2111 |

2. 事業所概要

| | | | |
|------|--------------------------------------|-------|------------------------------|
| 施設名称 | 特別養護老人ホームけやき園 | 事業所番号 | 1270500539 |
| 所在地 | 千葉県緑区鎌取町75番1 | 施設長 | <small>たなか かなた</small> 田中 要太 |
| 連絡先 | (電話) 043-300-2111 (FAX) 043-300-2112 | | |

3. 設備の概要

(1) 構造等

| | | |
|----|-----------|--------------------|
| 敷地 | 5,915.89㎡ | |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造 地下1階地上3階 |
| | 延べ床面積 | 5,578.57㎡ |
| | 利用定員 | 80名(うち、ショートステイ10名) |

(2) 主な設備

| | | |
|----------|---------------------|--------------------------------|
| 定員 | 80名(うち、ショートステイ10名) | |
| 居室 | 2人部屋 | 12室(1室平均23.8㎡) ナースコール設置・ベッド等備付 |
| | 個室 | 56室(1室平均14.4㎡) ナースコール設置・ベッド等備付 |
| 浴室 | 一般浴槽・中間浴槽・特殊浴槽・個人浴槽 | |
| 静養室・看護室 | 各1室2床(各18.15㎡) | |
| 医務室 | 1室(18.27㎡) | |
| 地域交流スペース | 1室(127.71㎡) | |
| 会議室 | 1室(52.23㎡) | |

4. 職員体制

| 従業者の職種 | 職員(人) | 区分 | | | |
|---------|-------|-------|----|--------|----|
| | | 常勤(人) | | 非常勤(人) | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 施設長 | 1 | 1 | | | |
| 副施設長 | 1 | 1 | | | |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | | |
| 介護職員 | 31 | 25 | | 6 | |
| 看護職員 | 6 | 4 | | 3 | |
| 医師(嘱託) | 1 | | | | 1 |
| 管理栄養士 | 2 | 1 | | 1 | |
| 事務員 | 2 | 2 | | | |
| 介護支援専門員 | 2 | 2 | | | |
| 清掃・洗濯 | 3 | | | 3 | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | | |
| 運転士 | 3 | | | 3 | |
| 調理師(委託) | | | | | |

5. 勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 | |
|---------|------------|--------------|
| 施設長 | 勤務時間帯（常勤） | 8：30～17：30 |
| 副施設長 | 勤務時間帯（常勤） | 8：30～17：30 |
| 生活相談員 | | 10：00～19：00 |
| 管理栄養士 | | |
| 事務員 | | |
| 介護支援専門員 | | |
| 機能訓練指導員 | | |
| 介護職員 | 早番 | 7：00～16：00 |
| | 早番（非常勤のみ） | 7：15～13：15 |
| | 早番（非常勤のみ） | 7：15～16：15 |
| | 日勤 | 8：00～17：00 |
| | 遅番1 | 10：00～19：00 |
| | 遅番2 | 11：00～20：00 |
| | 遅番（非常勤のみ） | 13：00～19：00 |
| | 夜勤 | 16：30～翌日9：30 |
| 看護職員 | 勤務時間帯 | 8：00～17：00 |
| 医師（嘱託） | 月4回 | 14：30～16：30 |
| 清掃・洗濯 | 勤務時間帯（非常勤） | 8：30～17：30 |
| 運転士 | 勤務時間帯（非常勤） | 8：00～17：00 |
| 調理師（委託） | 業務委託契約による | |

6. サービスの内容

| 種 類 | 内 容 |
|-----------|--|
| 食 事 | <p>（食事時間） 朝 食 7：30～ 8：30 昼 食 12：00～13：00 おやつ 15：00～15：30 夕 食 18：00～19：00</p> <p>管理栄養士の立てる献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮した食事を提供します。</p> |
| 入 浴 | 週2回の入浴又は清拭を行います。 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。 |
| 排 泄 | 入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 離床・着替え整容等 | 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 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。 |
| 健康管理 | 嘱託医師による月4回の診察日を設けます。診察日に予定していない方でも状態に応じて診察して頂くか判断させていただきます。 また、協力病院による年1回の検診により、入居者の健康管理に努めます。 必要に応じて協力医療機関で受診させていただきます。 協力病院以外の受診を希望する場合は、原則家族にて対応をお願い致します。 |
| 理美容サービス | 毎週木曜日、理美容師が来園します。AM10：00～PM4：00まで予約制で受け付けます。料金は、別途料金表によります。 |
| 相談及び援助 | 入居者とその家族からのご相談に応じます。 |

7. 施設利用にあたっての留意事項

| | |
|-----------|--|
| 面会 | 面会時間 完全予約制となっております。施設代表電話へご連絡ください 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には必ず施設へ1週間前にご相談下さい。入居者の状態により外出・外泊を許可できないこともございます |
| 禁煙 | 喫煙は、施設内ではできませんので、禁煙にご協力いただきます。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入居者の居室に立ち入らないで下さい。 |
| 貴重品の管理 | 施設で現金のお預かりは実施しておりません。立替金で対応致します |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及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及び飼育はお断りします。 |
| 謄写 | 入居者及び保証人は、必要がある場合はサービス提供に関する記録をA4サイズ1枚につき、10円でコピーをすることができます。 |

8. 利用料金

以下の料金表は、1日当り利用料のうちの入居者負担額です（当園の所在地である千葉市は、地域区分「3級地」に指定されているため、施設サービス費、該当する加算に、10.68円を乗じています。料金表は、利用料の1割、2割または3割相当額です。残りの7割、8割または9割が介護保険により給付されます。負担割合は『介護保険負担割合証』の記載内容によって決定されます）。

また、食費・居住費については、市町村民税非課税などの低所得者で、保険者より減免の認定を受け、施設に『介護保険負担限度額認定証』を提示された方は、提示された月の初日より減免率に応じた下記の金額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額【施設サービス費分は利用料1割、2割または3割相当額と保険者支払いの7割、8割または9割を合わせたもの】をお支払ください。利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

① 基本料金（施設サービス費1割負担）

料金表 <2人部屋>

(単位;円)

| | 利用者負担第4段階 | | | | 利用者負担第3段階① | | | |
|------|---------------------|--------------|-------|------------------|---------------------|-----|-----|------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位)1割 | 食費 | 居住費 | 1日あたりの 入居者負担額 | 施設サービス費 (基本単位)1割 | 食費 | 居住費 | 1日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護1 | 629 (589) | 1,780 | 1,097 | 3,506 | 629 (589) | 650 | 430 | 1,709 |
| 要介護2 | 704 (659) | 1,780 | 1,097 | 3,581 | 704 (659) | 650 | 430 | 1,784 |
| 要介護3 | 781 (732) | 1,780 | 1,097 | 3,658 | 781 (732) | 650 | 430 | 1,861 |
| 要介護4 | 856 (802) | 1,780 | 1,097 | 3,733 | 856 (802) | 650 | 430 | 1,936 |
| 要介護5 | 931 (871) | 1,780 | 1,097 | 3,808 | 931 (871) | 650 | 430 | 2,011 |

| | 利用者負担第2段階 | | | | 利用者負担第1段階 | | | |
|------|---------------------|-----|-----|------------------|---------------------|-----|-----|------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位)1割 | 食費 | 居住費 | 1日あたりの 入居者負担額 | 施設サービス費 (基本単位)1割 | 食費 | 居住費 | 1日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護1 | 629 (589) | 390 | 430 | 1,449 | 629 (589) | 300 | 0 | 929 |
| 要介護2 | 704 (659) | 390 | 430 | 1,524 | 704 (659) | 300 | 0 | 1,004 |
| 要介護3 | 781 (732) | 390 | 430 | 1,601 | 781 (732) | 300 | 0 | 1,081 |
| 要介護4 | 856 (802) | 390 | 430 | 1,676 | 856 (802) | 300 | 0 | 1,156 |
| 要介護5 | 931 (871) | 390 | 430 | 1,751 | 931 (871) | 300 | 0 | 1,231 |

| | 利用者負担第3段階② | | | |
|------|---------------------|-------|-----|------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位)1割 | 食費 | 居住費 | 1日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護1 | 629 (589) | 1,360 | 430 | 2,419 |
| 要介護2 | 704 (659) | 1,360 | 430 | 2,494 |
| 要介護3 | 781 (732) | 1,360 | 430 | 2,571 |
| 要介護4 | 856 (802) | 1,360 | 430 | 2,646 |
| 要介護5 | 931 (871) | 1,360 | 430 | 2,721 |

基本料金（施設サービス費2割負担）

料金表 <2人部屋> 該当者のみ

(単位;円)

| | 利用者負担第4段階 | | | |
|------|---------------------|--------------|-------|------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位)2割 | 食費 | 居住費 | 1日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護1 | 1,258 (589) | 1,780 | 1,097 | 4,135 |
| 要介護2 | 1,408 (659) | 1,780 | 1,097 | 4,285 |
| 要介護3 | 1,562 (732) | 1,780 | 1,097 | 4,439 |
| 要介護4 | 1,712 (802) | 1,780 | 1,097 | 4,589 |
| 要介護5 | 1,862 (871) | 1,780 | 1,097 | 4,739 |

基本料金（施設サービス費3割負担）

料金表 <2人部屋> 該当者のみ

(単位;円)

| | 利用者負担第4段階 | | | |
|------|---------------------|--------------|-------|------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位)3割 | 食費 | 居住費 | 1日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護1 | 1,887 (589) | 1,780 | 1,097 | 4,764 |
| 要介護2 | 2,112 (659) | 1,780 | 1,097 | 4,989 |
| 要介護3 | 2,343 (732) | 1,780 | 1,097 | 5,220 |
| 要介護4 | 2,568 (802) | 1,780 | 1,097 | 5,445 |
| 要介護5 | 2,793 (871) | 1,780 | 1,097 | 5,670 |

② 基本料金（施設サービス費 1 割負担）

料金表 <個室>

（単位；円）

| | 利用者負担第 4 段階 | | | | 利用者負担第 3 段階① | | | |
|-------|-----------------------|--------------|-------|-------------------|-----------------------|-----|-----|-------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位) 1 割 | 食費 | 居住費 | 1 日あたりの 入居者負担額 | 施設サービス費 (基本単位) 1 割 | 食費 | 居住費 | 1 日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護 1 | 629 (589) | 1,780 | 1,413 | 3,822 | 629 (589) | 650 | 880 | 2,159 |
| 要介護 2 | 704 (659) | 1,780 | 1,413 | 3,897 | 704 (659) | 650 | 880 | 2,234 |
| 要介護 3 | 781 (732) | 1,780 | 1,413 | 3,974 | 781 (732) | 650 | 880 | 2,311 |
| 要介護 4 | 856 (802) | 1,780 | 1,413 | 4,049 | 856 (802) | 650 | 880 | 2,386 |
| 要介護 5 | 931 (871) | 1,780 | 1,413 | 4,124 | 931 (847) | 650 | 880 | 2,461 |
| | 利用者負担第 2 段階 | | | | 利用者負担第 1 段階 | | | |
| | 施設サービス費 (基本単位) 1 割 | 食費 | 居住費 | 1 日あたりの 入居者負担額 | 施設サービス費 (基本単位) 1 割 | 食費 | 居住費 | 1 日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護 1 | 629 (589) | 390 | 480 | 1,499 | 629 (589) | 300 | 380 | 1,309 |
| 要介護 2 | 704 (659) | 390 | 480 | 1,574 | 704 (659) | 300 | 380 | 1,384 |
| 要介護 3 | 781 (732) | 390 | 480 | 1,651 | 781 (732) | 300 | 380 | 1,461 |
| 要介護 4 | 856 (802) | 390 | 480 | 1,726 | 856 (802) | 300 | 380 | 1,536 |
| 要介護 5 | 931 (871) | 390 | 480 | 1,801 | 931 (871) | 300 | 380 | 1,611 |

| | 利用者負担第 3 段階② | | | |
|-------|-----------------------|-------|-----|-------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位) 1 割 | 食費 | 居住費 | 1 日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護 1 | 629 (589) | 1,360 | 880 | 2,869 |
| 要介護 2 | 704 (659) | 1,360 | 880 | 2,944 |
| 要介護 3 | 781 (732) | 1,360 | 880 | 3,021 |
| 要介護 4 | 856 (802) | 1,360 | 880 | 3,096 |
| 要介護 5 | 931 (871) | 1,360 | 880 | 3,171 |

基本料金（施設サービス費 2 割負担）

料金表 <個室> 該当者のみ

（単位；円）

| | 利用者負担第 4 段階 | | | |
|-------|-----------------------|--------------|-------|-------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位) 2 割 | 食費 | 居住費 | 1 日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護 1 | 1,258 (589) | 1,780 | 1,413 | 4,451 |
| 要介護 2 | 1,408 (956) | 1,780 | 1,413 | 4,601 |
| 要介護 3 | 1,562 (732) | 1,780 | 1,413 | 4,755 |
| 要介護 4 | 1,712 (802) | 1,780 | 1,413 | 4,905 |
| 要介護 5 | 1,862 (871) | 1,780 | 1,413 | 5,055 |

基本料金（施設サービス費 3 割負担）

料金表 <個室> 該当者のみ

（単位；円）

| | 利用者負担第 4 段階 | | | |
|-------|-----------------------|---------------|--------|-------------------|
| | 施設サービス費 (基本単位) 3 割 | 食費 | 居住費 | 1 日あたりの 入居者負担額 |
| 要介護 1 | 1, 887 (589) | 1, 780 | 1, 413 | 5, 080 |
| 要介護 2 | 2, 112 (956) | 1, 780 | 1, 413 | 5, 305 |
| 要介護 3 | 2, 343 (732) | 1, 780 | 1, 413 | 5, 536 |
| 要介護 4 | 2, 568 (802) | 1, 780 | 1, 413 | 5, 761 |
| 要介護 5 | 2, 793 (871) | 1, 780 | 1, 413 | 5, 986 |

③実費料金（けやき園で取扱っている日用品）

料金表 該当者のみ

（単位；円 消費税込）

| 品 名 | 販 売 単 価 | 備 考 |
|------------------|----------|------------------|
| 歯ブラシ | 135 円 | 1 本 |
| 歯磨き粉 | 180 円 | 150 g |
| タフデント（義歯洗浄剤） | 700 円 | 108 錠入り |
| モアブラシ | 535 円 | 1 本 |
| 口腔ケアガーゼ | 735 円 | 200 枚入り |
| 新ポリグリップ（義歯安定剤） | 1, 450 円 | 75 g |
| うるおいキープ（口腔保湿ジェル） | 730 円 | 1 個 |
| 舌ブラシ | 90 円 | 1 本 |
| 口腔ケアスポンジ | 1, 400 円 | 1 箱 50 本入り |
| ボックスティッシュ | 100 円 | 1 箱 400 枚(200 組) |
| 単 4 乾電池 1 本 | 140 円 | |
| 単 3 乾電池 1 本 | 140 円 | |
| ポカリスエットペットボトル | 210 円 | 1.5 リットル |

※他の日用品に関しましては、購入にかかった費用をご負担いただきます。

④その他の加算料金

(単位 ; 円)

| 算定項目 | 入居者負担料金 | | 備 考 |
|--------------------------------|-----------------------|----------------|------------------|
| | およそ日額 (基本単 位) 1割負担 | 30日 1割負担 | |
| 初期加算 | 32.04(30) | 961 | 入居日から起算して30日間 |
| 入院・外泊時加算 | 262(246) | 7,860 | 基本的に入居者全員に算定します。 |
| 日常生活継続支援加算Ⅰ | 38.44(36) | 1,153 | 基本的に入居者全員に算定します。 |
| 看護体制加算Ⅰロ | 4.27(4) | 128 | 基本的に入居者全員に算定します。 |
| 夜勤職員配置加算Ⅲロ | 17.01(16) | 512 | 基本的に入居者全員に算定します。 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 11.8(11) | 353 | LIFE対応した場合 |
| 療養食加算 | 6.40(6) 1食あたり | 576 | 該当者のみ |
| 科学的介護推進体制加算Ⅱ | 月額53.4(50) | 53 | 該当者にLIFE対応した場合 |
| 個別機能訓練加算Ⅰ | 12.81(12) | 384 | 該当者にLIFE対応した場合 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 月額21.4(20) | 21 | 該当者にLIFE対応した場合 |
| 個別機能訓練加算Ⅲ | 月額21.4(20) | 21 | 該当者にLIFE対応した場合 |
| ADL維持加算Ⅰ | 月額32.0(30) | 32 | 該当者にLIFE対応した場合 |
| ADL維持加算Ⅱ | 月額64.0(60) | 64 | 該当者にLIFE対応した場合 |
| 排せつ支援加算Ⅰ | 月額10.7(10) | 10 | 該当者にLIFE対応した場合 |
| 口腔衛生管理加算Ⅱ | 月額117.5(110) | 117 | 該当者にLIFE対応した場合 |
| 経口維持加算Ⅰ | 月額427(400) | 427 | 該当者のみ |
| 経口維持加算Ⅱ | 月額107(100) | 107 | 該当者のみ |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ | 月額10.7(10) | 10 | 基本的に入居者全員に算定します。 |
| 高齢者施設等感染対策 向上加算Ⅰ | 月額10.7(10) | 10 | 基本的に入居者全員に算定します。 |
| 高齢者施設等感染対策 向上加算Ⅱ | 月額5.3(5) | 5 | 基本的に入居者全員に算定します。 |
| 協力医療機関連携加算 | 月額107(100) | 107 | 基本的に入居者全員に算定します。 |
| 看取り介護加算Ⅰ (死亡日 以前31日以上45日以下) | 76.9(72) | 1,153 (15日) | 該当者のみ |
| 看取り介護加算Ⅰ (死亡日以 前4日以上30日以下) | 153.8(144) | 4,152 (27日) | |
| 看取り介護加算Ⅰ (死亡日前 日及び前々日) | 726.2(680) | 1,452 (2日) | |
| 看取り介護加算 (死亡日) | 1367(1280) | 1,367 | |
| サービス提供体制強化 加算(Ⅰ)イ | 19.2(18) | 576 | 体制に該当した場合 |
| サービス提供体制強化 加算(Ⅰ)ロ | 12.81(12) | 384 | |
| サービス提供体制強化 加算(Ⅱ)ロ | 12.81(12) | 384 | |
| サービス提供体制強化 加算(Ⅲ) | 6.4(6) | 192 | |
| 褥瘡マネジメント加算 | (10) | | 該当者のみ |

| | | | |
|---------------------------|---|----|----------|
| 安全対策体制加算 | 月額 21.4(20) | 21 | 入所時に 1 回 |
| 退所時情報提供加算 | 267(250)/回 | | 該当者のみ |
| 新興感染症等施設療養費 | 256(240)/日 | | 該当者のみ |
| 退所時栄養情報連携加算 | 74(70)/回 | | 該当者のみ |
| 介護職員等処遇改善加算 (R8.6 月から) | 施設サービス費に該当する加算を加えた総単位数に 17.6%を乗じた単位数で算定 | | |

※『介護保険負担割合』 2 割 3 割の方は、上記の入居者負担料金の 2 倍 3 倍の額となります。

⑤食費の変更

介護保険負担限度額認定証（※第 4 段階）をお持ちでない方の食費が 1 日 100 円のご負担増となります。又経管栄養の方の栄養食も食費に該当いたしますので値上げの対象となります。

⑥おやつ代金の新設

2025 年 4 月より特養及びショートステイをご利用されているご利用者様すべての方におやつ代金として 1 日 110 円のご負担をお願い致します。身体状況により喫食されない方は対象外とさせていただきます。

⑦食事キャンセル

食事のキャンセルについては、事業所が緊急やむを得ない場合と判断した場合を除き、前日の 17 時までとします。なお、17 時以降のキャンセルの場合は当該日の食費相当額をキャンセル料として頂きますので予めご了承下さい。

⑧電化製品持込料の新設

2025 年 4 月より特養及びショートステイをご利用されているご利用者様すべての方に電化製品持込料として 1 日定額で 100 円のご負担をお願い致します。

⑨入院又は外泊時費用

- ・施設サービス費、該当する加算に換えて、1 日につき 1 割負担の場合 2 6 3 円（2 4 6 単位）がかかります。また、1 ヶ月に 7 泊（6 日分）を限度とします。
- ・入院・外泊期間中においても原則として、引き続き居住費の対象となります。個室の方は居住費 1 日 1,413 円、二人部屋の方は 1 日 1,097 円がかかります。
- ・入院の間は、お部屋を短期入所生活介護等に使用させて頂くこともございますのでご了承下さい。但し、使用させて頂いた場合は、前項記載の居住費は発生いたしません。
- ・原則入院され 3 ヶ月を過ぎますと退所とさせていただきます。また入院が長引くことを主治医等が判断した場合は、退所して頂くことがありますのでご了承下さい。

⑩その他

- ・行事費、行事食、インフルエンザ予防ワクチン接種など医療費、経管栄養に使用する消耗品、日用品費等は別途料金がかかります。
- ・栄養ケア計画において必要と認められた食事に関し、実費が発生する場合があります。

⑪医療費、日用品費購入等の立替

入居者及びご家族のご依頼に基づいて、入居者が通院した場合の医療費及び日用品の購入に際して施設が代金を立替えした場合は、毎月の利用料と併せてご請求お支払いいただきます。

9. 利用料等お支払い方法

- ・千葉興業銀行の入居者（ご本人）名義または、ご家族名義の普通口座よりご利用月の翌月 2 0 日に自動引き落としをさせていただきます。（2 0 日が金融機関休業日の場合は翌営業日）
- ・引き落とし手数料は入居者のご負担となり、請求額に加えて引き落としさせていただきますのでご了承ください（1 回 100 円）。また残高不足等による 2 回目以降の引落手数料も同様となります。

※自動引き落としが困難な場合は、下記のお支払いが可能です。

(1) 支払期日 25日まで

(2) 支払い方法

①銀行振込にてお支払い。(振込手数料は入居者のご負担となります。)

| | |
|-----------|---|
| お振込名 | 入居者（ご本人）様 |
| 取引銀行・預金種別 | 千葉興業銀行 鎌取支店 普通預金 |
| 口座番号 | 2894511 |
| 口座名義 | 特別養護老人ホーム けやき園 施設長 <small>たなか</small> 田中 <small>かなた</small> 要太 |

②受付窓口にて現金でお支払い。

お支払い受付時間 9:00～17:00

土日、祝日もお支払いいただけますが、お釣銭のないようご協力をお願いいたします。

10. 領収書（緑色の用紙）

- ・医療費控除を受ける場合は、この領収書が必要となりますので大切に保管してください。また、再発行はいたしません。
- ・自動引き落としまたは、銀行振込にてお支払いの領収書は、翌月の請求書に同封して郵送いたします。
- ・現金にてお支払いの領収書は、その場でお渡しいたします。
- ・その他（理美容、病院診療等）の領収書は、当施設の領収書（緑色の用紙）に添付してお渡しいたします。

11. 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、従業員教育を行います。

12. 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その限りではなく、例外的に身体拘束を行った場合には、施設は、直ちにその日時、態様、入居者の心身の状況、緊急やむを得ないと判断した理由、当該行為が必要と判断した従業員等及び当該行為を行った従業員等の氏名その他必要な事項について記録します。

13. 守秘義務に関する対策

施設及び従業員は、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、従事者との雇用契約の内容としています。

14. 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。

15. 協力医療機関等

体調の変化等、緊急の場合は、ご家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医又は歯科医師に連絡をとる等、必要な措置を講じます。

| | | | |
|--------|------|------|-----------------------------------|
| 協力医療機関 | 協力病院 | 病院名 | 医療法人社団 ^{しうんかい} 紫雲会 千葉南病院 |
| | | 所在地 | 千葉市緑区高田町401-5 |
| | | 電話番号 | 043-292-5111 |
| | | 診療科 | 内科 |
| | | 入院設備 | あり |
| | 歯科 | 病院名 | 医療法人社団 亮山会 ハート歯科 |
| | | 所在地 | 千葉市若葉区西都賀2-11-12 |
| | | 電話番号 | 043-441-7261 |

16. 非常災害時の対策

| | |
|--------|---|
| 災害時の対応 | 別途定める「特別養護老人ホームけやき園の消防計画」に則り対応いたします。 |
| 防災設備 | スプリンクラー、避難階段、防火扉・シャッター、屋内消火栓、自動火災報知機等。カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。 |
| 防災訓練 | 別途定める「特別養護老人ホームけやき園の消防計画」に則り対応いたします。年2回以上行ないます。 |
| 防災責任者 | 田中 要太 |

17. サービス内容に関する相談・要望・苦情

① 利用者相談・要望・苦情受付窓口

| | |
|------|-----------------------|
| 担当者 | 介護支援専門員 |
| 電話番号 | 043-300-2111 |
| 受付時間 | 月曜日～金曜日 午前8:30～午後5:30 |

② その他

| | |
|--------------------|---|
| 千葉市 介護保険事業課 | 月曜日～金曜日(年末年始・土日・祝日休み) 午前8:30～午後5:30 電話 043-245-5064 |
| 千葉県国民健康保険 団体連合会 | 月曜日～金曜日(年末年始・土日・祝日休み) 午前8:30～午後5:00 電話 043-254-7428 (苦情相談専用) |
| 提供するサービスの 第三者評価 | 無 |

18. 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、入居者に故意又は過失が認められた場合には、入居者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。

年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から特別養護老人ホームのサービス内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

入居者

<住 所>.....
<氏 名>..... 印

保証人（１）

（緊急連絡先１）

<住 所>.....
<電話１>.....（.....）
<電話２>.....（.....）
<氏 名>..... 印（続柄.....）

保証人（２）

（緊急連絡先２）

<住 所>.....
<電話１>.....（.....）
<電話２>.....（.....）
<氏 名>..... 印（続柄.....）

当事業者は、契約書及び本書面に基づいて、入居者に対して特別養護老人ホームのサービス内容及び重要事項を説明しました。

事業者

<所在地> 千葉県千葉市緑区鎌取町 7 5 番 1
<名 称> 特別養護老人ホームけやき園 印
<説明者> 所 属 生活支援課
氏 名..... 印