

重要事項説明書

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	
	※法人の場合、その種類	有限会社
◎名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほ一むゆきちゃんのいえ 有料老人ホーム幸ちゃんの家	
◎主たる事務所の所在地	〒886-0212 宮崎県小林市野尻町東麓2658-86	
◎連絡先	電話番号	0984-25-7711
	FAX番号	0984-25-7311
	ホームページアドレス	http://yukichannoie.info/
◎代表者の氏名及び職名	氏名	上原 幸久
	職名	代表取締役社長
◎設立年月日	平成 12年7月6日	
◎主な実施事業	※別添 1	

2. 有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）

◎施設の名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほ一むゆきちゃんのいえ 有料老人ホーム幸ちゃんの家	
◎施設の所在地	〒88-0212 小林市野尻町東麓2657-11	
◎事業所までの主な利用交通手段	ゆーぱる野尻バス停より徒歩 5分	
◎施設の連絡先	電話番号	0984-25-7711
	FAX番号	098-25-7311
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://yukichannoie.info/
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	坂元ひとみ
	職名	管理者
◎建物の竣工日	平成 22年6月15日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	平成 23年11月15日	

【類型】 【表示事項】

◎施設の類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供） 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供） ③ 住宅型 4 健康型	
○ 1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

◎土地	敷地面積	742.02 m ²					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地					
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地					
		抵当権の有無	① <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
◎建物	延床面積	全体492m ²	うち有料老人ホーム部分 m ²				
		耐火構造	1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物）				
			② <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物）				
構造	1 鉄筋コンクリート造 ② <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ）						
◎居室の状況	居室区分	居室区分【表示事項】		①全室個室 2 相部屋あり（最少 1人部屋）（最大 人部屋）			
			トイレ	浴室	面積	戸数/室数	区分※
		居室タイプ1	有/⊕	有/⊕	11m ²	10	
		居室タイプ2	有/⊕	有/⊕	8m ²	5	
居室タイプ3		有/無	有/無	m ²			
居室タイプ4		有/無	有/無	m ²			
居室タイプ5		有/無	有/無	m ²			
居室タイプ6		有/無	有/無	m ²			
居室タイプ7	有/無	有/無	m ²				
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入すること。							
◎共用施設	共用便所の設置数	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な数		ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室			1ヶ所	
			大浴場			ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴			ヶ所	
			リフト浴			ヶ所	
			ストレッチャー浴			ヶ所	
その他（ ）			ヶ所				
食堂	① <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし						
入居者や家族が利用できる調理設備	① <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし						
エレベータ	1 あり（車椅子対応、ストレッチャー対応、その他） ② <input checked="" type="checkbox"/> なし						
◎消火設備	消火器	① <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	自動火災報知設備	① <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	火災通報設備	① <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	スプリンクラー	① <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	防火管理者	① <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					

4. サービスの内容

（全体の方針）

◎運営に関する方針	家庭らしい環境を提供いたします
-----------	-----------------

○サービスの提供内容に関する特色	ご本人様、家族のニーズに寄り添った介護を提供いたします。		
◎入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託	3 なし
◎食事の提供	1 自ら実施	2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託	3 なし
◎洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託	3 なし
◎健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
◎安否確認又は状況把握サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
◎生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

○特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり	2 なし
		(I)ロ	1 あり	2 なし
(II)		1 あり	2 なし	
(III)		1 あり	2 なし	
○人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり (介護・看護職員の配置率) : 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

○医療支援 ※複数選択可	① <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配	② 入退院の付き添い
	③ 通院介助	4 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (24時間看護師連携)
○協力医療機関	名称 野尻中央病院	住所 小林市野尻町東麓1170
	診療科目 内科・整形外科	協力内容 定期的受診・往診
○協力歯科医療機関	名称 あしの歯科	住所 小林市野尻町
	協力内容 歯科	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

○入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合	2 介護居室へ戻る場合	
	3 その他 ()		
○判断基準の内容			
○手続きの内容			
○追加的費用の有無	1 あり	2 なし	
○居室利用権の取扱い			
○前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし	
○従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容:)	2 なし

(入居に関する条件)

◎入居対象となる者【表示事項】	自立している者	1 あり	② なし
	要支援の者	1 あり	② なし
	要介護の者	① あり	2 なし

○留意事項	自傷他害の無いもの	
○契約の解除の内容	契約書第 29 条	
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 29 条
	解約予告期間	30日
◎入居者からの解約予告期間	30日	
◎体験入居の内容	① あり (内容: 1泊2日) 2 なし	
◎入居定員	15名	
○その他		

5. 職員体制 ※有料老人ホームの職員について記載すること

(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません。)

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
◎管理者	1名	1名		1名
◎生活相談員				
◎直接処遇職員				
介護職員	11名	7名	4名	8.5名
看護職員	1名		1名	0.5名
◎機能訓練指導員				
◎計画作成担当者				
◎栄養士				
◎調理員				外部委託
◎事務員	1名			
◎その他職員				
◎1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				37.75時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
◎社会福祉士			
◎介護福祉士	4名	3名	1名
◎実務者研修の修了者	1名	1名	
◎初任者研修の修了者	6名	2名	4名
◎介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
◎看護師又は准看護師	1名		1名
◎理学療法士			
◎作業療法士			
◎言語聴覚士			
◎柔道整復士			
◎あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

◎夜勤帯の設定時間 (22時~8時30分)			
職種	人数	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
◎看護職員		人	人

◎介護職員	1人	1人
-------	----	----

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

○特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合省略可)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上	b 2 : 1以上
		c 2.5 : 1以上	d 3 : 1以上
	実際の配置比率 記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数	: 1	
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択			
○外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合は省略可)	ホームの職員数	人	
	訪問介護事業所の名称		
	訪問看護事業所の名称		
	通所介護事業所の名称		

(職員の状況)

◎管理者	他の職務との兼務	①あり 2 なし								
	業務に係る資格等	1 あり	資格等の名称 () ②なし							
	看護職員	介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
◎前年度一年間の採用者数										
◎前年度一年間の退職者数										
◎業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		1							
	1年以上 3年未満	1		1						
	3年以上 5年未満			3						
	5年以上 10年未満		3	1						
	10年以上		2							
◎従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

◎居住の権利形態【表示事項】	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式		
◎利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式		
	2 一部前払い・一部月払い方式		
	③ 月払い方式		
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い 3 月払い方式	
○年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし		
○要介護状態に応じた金額設定	① あり 2 なし		
○入院等による不在時における利用料金 (月払い) の取扱い	1 減額なし ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
○利用料金の改定	条件 :		
	手続き :		

(利用料金のプラン) 【代表的なプランを2例】

		プラン1	プラン2
◎入居者の状況	要介護	1	1
	年齢	80歳	80歳

◎居室の状況	床面積	11.55㎡	8㎡	
	便所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
◎入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
○月額費用の合計		67,000円	45,000円	
家賃相当額		10,000円	15,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	※2 介護保険外	食費	30,000円	30,000円
		管理費	27,000円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他()	円	円
○家賃相当額 最低額： 10,000円、最高額： 15,000円				
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む				
※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護保険費用は、同一の法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
◎家賃	10,000円～15,000円
◎敷金	なし
◎介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
◎管理費	0～27,000円
◎食費	30,000円
◎光熱水費	0
○利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
○その他のサービス利用料	理美容代 おむつ代 通院介助代

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行って居ない場合は省略可能

費目	算定根拠
○特定施設入居者介護※に対する自己負担	
○特定施設入居者介護における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

費目	算定根拠
○想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
○償却の開始日	入居日
○想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
○初期償却率	
○返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
○前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等
	2 信託契約を行う信託会社等の名称

	3 保証保険を行う保健会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称	）

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

◎性別	男性	5 人				
	女性	10 人				
◎年齢別	65歳未満	1人	65歳以上75歳未満	4人		
	75歳以上85歳未満	3人	85歳以上	7人		
◎要介護度別	自立	人	要支援	人	要支援2	人
	要介護1	2人	要介護2	2人	要介護3	4人
◎入居期間別	6ヶ月未満	人			6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	8人			5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	人			15年以上	人

（入居者の属性）

◎平均年齢	83.2歳				
◎入居者の合計	15人				
◎入居率※	100%				
※入居者の合計を入居定員で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。					

（前年度における退去者の状況）

◎退去先別の人数	自宅等	人	社会福祉施設	1人
	医療機関	人	死亡者	2人
	その他	人		
◎生前解約の状況	施設の申し出	0人		
		解約事由		
	入居者側の申し出	2人	解約事由 待機待ちであった特別養護老人ホーム移動の為	

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数回答の窓口がある場合は欄を増やして記入

◎窓口の名称	法人統括 上原 正義
◎電話番号	0984-25-7711
◎対応している時間	平日 (9時00分~17時00分) 土曜 (時 分~時 分) 日曜・祝日 (時 分~時 分)
○定休日	土・日・祝 (緊急時はこの限りではない)

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

○損害賠償責任保険の加入状況	① あり	内容：賠償責任保険加入
	2 なし	
○介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	内容：
	2 なし	
◎事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

○利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日 平成 年 月 日 結果の開示 1 あり 2 なし
	② なし	
○第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日 平成 年 月 日 評価機関名称 結果の開示 1 あり 2 なし
	② なし	

9. 入居希望者への事前の情報開示

◎入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
◎管理規程	① 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
○事業収支計画書	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	③ 公開していない
○財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	③ 公開していない
○財務諸表の原本	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	③ 公開していない

10. その他

◎運営懇談会	1 あり	開催頻度 年 回
	② なし	
	① 代替措置あり	内容：年に一度食事会を開き家族意見交換を行なう。
○提携ホームへの移行【表示事項】	1 あり (提携ホーム名：)	
	② なし	
◎有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	① あり 2 なし	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により届出不要
○高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり	② なし
◎有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり	② なし
合致しない事項がある場合の内容		
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置)	2 適合している (将来の改善計画)
	3 適合してない	
◎有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合	(その内容) ※該当する項目にチェック <input type="checkbox"/> 居室が個室でない (<input type="checkbox"/> 全室・ <input checked="" type="checkbox"/> 居室の一部)	

事項	<input type="checkbox"/> 一般居室の面積が 10.65 m ² 未満 (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
----	---

添付書類：別添 1 (事業主体が県内で実施する他の介護サービス)
別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____様
※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

別添1

◎事業主体が県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所等の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	○	なし	ヘルパーステーション幸ちゃんの家	同一敷地
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービス幸ちゃんの家 創	高原町広原2629-2
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	○	なし	ショートステイ幸ちゃんの家	同一敷地
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	○	なし	グループホーム幸ちゃんの家	同一敷地
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービス幸ちゃんの家 創	高原町広原2629-2
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイ幸ちゃんの家	同一敷地
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		なし		あり					
		介護付き有料老人ホームのみ		介護付・住宅型・健康型有料老人ホームも記載				備考	
		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2		
介護サービス	食事介助	なし	あり	㊤し	あり			円	
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	㊤し	あり			円	
	おむつ代	なし	あり	なし	㊤り			円	使用するオムツは実費
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	㊤し	あり			円	
	特浴介助	なし	あり	㊤し	あり			円	
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	㊤し	あり			円	
	機能訓練	なし	あり	㊤し	あり			円	
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	㊤り			円	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	㊤り			円		
生活サービス	居室清掃	なし	あり	㊤し	あり			円	
	リネン交換	なし	あり	㊤し	あり			円	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	㊤り			3500円（税別）	外部委託
	居室配膳・下膳	なし	あり	㊤し	あり			円	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	㊤し	あり			円	
	おやつ	なし	あり	㊤し	あり			円	
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	㊤し	あり			円	
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	㊤し	あり			円	※利用できる範囲を明確化すること
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	㊤し	あり			円	※利用できる範囲を明確化すること
	役所手続き代行	なし	あり	㊤し	あり			円	
金銭・貯金管理	なし	あり	㊤し	あり			円		
健康管理サービス	定期健康診断	なし	あり	㊤し	あり			円	※回数（年1回）長寿検診利用
	健康相談	なし	あり	㊤し	あり			円	
	生活指導・栄養指導	なし	あり	㊤し	あり			円	
	服薬支援	なし	あり	㊤し	あり			円	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	㊤し	あり			円	
入退院時・入院サービス	移送サービス	なし	あり	㊤し	あり			円	
	入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	㊤し	あり			円	※付添いができる範囲を明確化すること
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	㊤し	あり			円	※付添いができる範囲を明確化すること
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	㊤し	あり			円	
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	㊤し	あり			円	

※1 利用者の所得に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用負担者）※2 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。※3 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

病院受診代に関する説明書・同意書

幸ちゃんの家看護師・スタッフの対応にて、病院受診（定期受診・急変時・状態報告の内服取りなど）の援助をしております。

つきましては下記の通り、病院受診代を請求させていただきます。

なお、ご家族付添のもと、病院受診（定期受診・内服取り）ができる方はご協力をお願いいたします。往診を希望される方は、お申し出下さい。

なにとぞ、ご理解いただきますようお願いいたします。

記

病院受診・内服取り（状態報告） 15分 250円（上限 1日 3,000円）

急変時（救急搬送） 1時間 1500円

※医療費は別途かかります。

以上

同意書

有限会社 ウエハラ 幸ちゃんの家
代表取締役 上原 幸久 殿

上記の件に関しまして、同意いたします。

令和 年 月 日 利用者様名
ご家族名

④
(続柄)

【入所時リスク説明書】

幸ちゃんの家では、利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

(ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による事故の恐れがあります。
 - 当施設では原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。
 - 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
 - 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
 - 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
 - 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
 - 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
 - 本人の全身状態が急に悪化した場合、協力医療機関の医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- このことは、ご自宅でも起こりうることで、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

説明者 _____ 印

私は、上記項目について入所者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

令和 年 月 日

利用者： _____ 様

御家族： _____ 印（続柄 ）

契約時の事務連絡

氏名

* 支払状況について

現金（次の月の20日までにお支払ください。）

振込み ゆうちょ銀行

記号 17300 番号 13091161 (有)ウエハラ

高鍋信用金庫 上町支店 普通) 0086552

有限会社ウエハラ 代表取締役社長 上原幸久

口座引落 ゆうちょ銀行（毎月15日引落）

その他の銀行（毎月20日引落）

* 口座登録に2週間～4週間かかるためその間は現金でお願いします。

* 請求書送付先について

本人の住所

身元引受人の住所

その他 〒 -

* 洗濯について

外注を依頼する

洗濯物を取りに来る

必要書類について

介護保険証

負担割合証

医療保険証（コピーで可）

担当 _____