

# 介護老人福祉施設水元園重要事項説明書

## 1. 水元園の概要

### (1) 介護施設サービスの種類等

施設名称	水元園
所在地	東京都葛飾区西水元4丁目6番1号
サービスの種類	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
介護保険指定番号	東京都1372200517号

### (2) 施設の職員体制

	配置基準	常勤	非常勤	計	備考
施設長	1	1(1)		1(1)	管理者
医師	必要数		3(2)	3(2)	
生活相談員	1	1		1	
介護職員	31	28(8)	8	36(8)	
看護職員	3	3	1	4	
管理栄養士	1	1		1	
機能訓練指導員	1	1		1	
介護支援専門員	1	2		1	生活相談員兼務
事務職員	必要数	2(1)		2(1)	
調理員	必要数	4(4)	2	6(4)	
資格別	社会福祉士		2(1)	2(1)	
	准看護師		3	1	4
	介護福祉士		24(6)		24(6)
	介護支援専門員		4(1)		4(1)
計		43(14)	14(2)	56(16)	

・ ( ) 内は男性職員を再掲

・ 資格別は再掲

### (3) 当施設の設備概要

定員		100名	鉄筋コンクリート3階建	
居室	4人部屋	22室	静養室	1室
	2人部屋	4室	医務室	1室
	個室	4室	食堂	2室
浴室	特殊浴槽があります		機能訓練室	1室
			談話室	1室

## 2. 入居できる方

心身が不自由のため寝たきりであったり、認知症のため常時介護が必要な方。

要介護3以上の認定を受けている方（要介護1又は2の方は、一定の要件に該当する方のみ申し込みができます。）

### 3. 介護サービス内容

- ① 施設サービス計画の作成
- ② 食事介護
- ③ 排泄介護
- ④ 入浴介護
- ⑤ 生活介護
- ⑥ 機能訓練
- ⑦ 生活相談
- ⑧ 健康管理
- ⑨ 特別食の提供
- ⑩ 理容サービス
- ⑪ レクリエーション
- ⑫ クラブ活動
- ⑬ その他

### 4. 利用料金

- (1) [契約書別紙] の通り
- (2) 施設利用料、食費、居住費の軽減措置  
高額介護サービス費として保険者(区)から既に支払った基本料金の一部について、後日支払いを受け、また、所得の状況に応じて、食費及び居住費の軽減制度があります。
- (3) 支払い方法  
毎月、15日までに前月分の利用料金の請求をしますので、請求後20日以内(翌月の4日頃まで)にお支払いください。  
お支払いいただきますと、領収書を発行します。  
お支払い方法は、口座振替、現金支払いの中からあらかじめ選んでいただきます。

### 5. 入退居

- (1) 入居続き  
所定の入居申込書(葛飾区内介護老人福祉施設利用申込書)に介護保険被保険者証及び介護保険負担限度額認定を受けた方は、その認定証を添えて、水元園の窓口へ提出してください。  
居室の空きによって入居していただきます。  
入居の見込みがございましたら、調査にお伺いし、そのうえで、入居日等を取り決めます。  
入居と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。
- (2) 退居手続き
  - ① お客様のご都合で退居される場合は希望する日の14日前までにお申し出下さい。
  - ② お客様が病院に入院し、入院後3ヶ月以内に退院する見込みがないなどの退居理由が生じたときは、所定の手続きをもって退居していただくことになります。
  - ③ 平成12年4月1日以降入居のお客様の要介護度区分が、非該当(自立)または要支援と認定された場合  
※ この場合、所定の手続きをもって退居していただくことになります。
  - ④ 次の場合は、自動的にサービスを終了いたします。
    - ・他の介護保険施設に入居した場合
    - ・お亡くなりになった場合

### 6. 施設利用にあたっての留意事項

- ・面会  
随時、面会票に記入することにより面会願います。
- ・外出・外泊  
届出により承認します。
- ・その他、月間予定表、日課表に基づき、その都度説明します。

## 7. 健康管理体制

隣接地に施設の協力病院である江戸川病院高砂分院及び江戸川病院があり、健康管理については、医療体制が整っている中で行っています。

お客様が急病等の場合には、医師に連絡し必要な処置を講ずるほか、入院した場合などにはご家族の方に速やかに連絡いたします。

[協力病院]

- (1) 江戸川病院高砂分院  
所在地 東京都葛飾区西水元4-5-1  
電 話 03(3607)4060
- (2) 江戸川病院  
所在地 東京都江戸川区東小岩2-24-18  
電 話 03(3673)1221

## 8. 緊急時の対応

体調の変化等、緊急時の場合は下記の定める緊急連絡先に連絡します。

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

## 9. 施設、サービス内容についての相談・苦情等の窓口

当施設のサービスに関する相談、苦情等は下記の担当者までお申し出下さい。

お問い合わせ窓口	受付時間	月～金曜日	9時00分～17時00分
	電話番号	03-3607-4060 (代)	
	F A X	03-3607-4654	
	担 当 者	生活相談員	福元 はずみ

## 10. 当施設の運営法人概要

法人種別・名称 社会福祉法人 仁 生 社  
 代表者役職氏名 理事長 加藤正弘  
 本部所在地 東京都江戸川区東小岩二丁目24番18号  
 電話番号 03-3673-1221

当施設が行っている事業

- ・特別養護老人ホーム
- ・空床型短期入所生活介護
- ・空床型介護予防短期入所生活介護

法人が運営しているその他の事業所

- ・養護老人ホーム
- ・特別養護老人ホーム
- ・在宅サービスセンター
- ・包括介護支援センター
- ・居宅介護支援事業所
- ・一般病院 江戸川病院、江戸川病院高砂分院

重要事項説明者

社会福祉法人 仁 生 社  
特別養護老人ホーム 水 元 園

生活相談員 \_\_\_\_\_ 福元 はずみ \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、契約書及び本書面にて事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

お 客 様 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代 理 人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(お客様との続柄 \_\_\_\_\_ )

(連帯保証人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(お客様との続柄 \_\_\_\_\_ )