

『地域密着型特別養護老人ホーム ときわ苑』

(指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

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。
(奥州市指定 第 0391500295 号)

当施設は契約者に対して地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

◆◆ 目次 ◆◆

1. 施設経営法人.....	2
2. ご利用施設.....	2
3. 居室の概要.....	3
4. 職員の配置状況.....	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金.....	4
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）.....	9
7. 残置物引取人.....	1 2
8. 苦情の受付について.....	1 3

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 福伸会
- (2) 法人所在地 岩手県奥州市水沢中田町 4 番 18 号
- (3) 電話番号 0197-23-7111
- (4) 代表者氏名 理事長 伊藤 正次
- (5) 設立年月 平成 25 年 11 月 13 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 地域密着型特別養護老人ホーム
「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」
平成 26 年 6 月 30 日指定 奥州市指定 第 0391500295 号
- (2) 施設の目的 地域密着型施設サービス計画に基づき可能な限り、居宅生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助社会生活上の便宜の供与その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所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。
- (3) 施設の名称 地域密着型特別養護老人ホーム ときわ苑
「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」
- (4) 施設の所在地 奥州市水沢中田町 4 番 18 号
- (5) 電話番号 TEL 0197-23-7111 / FAX 0197-23-7112
- (6) 施設長（管理者）氏名 高 橋 武 敏 （たかはし たけとし）
- (7) 当施設の運営方針

利用者様の尊厳を大切に福祉サービスが総合的に提供されるよう創意工夫することにより、心身ともに健やかに笑顔に満ちあふれ、能力に応じ自立した生活を地域とのつながりを大切にして営むことができるよう支援します。

- (8) 開設年月 平成 26 年 6 月 30 日
- (9) 入所定員 29 人（奥州市民のみ）

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、個室です。

居室・設備の種類	室数	内 容
個 室	29 室	別途料金表による
居室面積	1 室	3.43 坪 (11.34 m ²)
主 な 設 備		
食 堂	3 室	各ユニットに 1 室
浴 室	3 室	特殊浴槽・車椅子対応/一般浴
医務室	1 室	
その他		

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に必置が義務づけられている施設・設備です。介護保険の介護サービス費負担限度額認定証を交付されている方は、この施設・設備の利用にあたって、契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆ 居室の変更：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。

4. 職員の配置状況

当施設では、契約者に対して地域密着型介護福祉施設入所者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種 指定基準

職種	指定基準
1. 管理者	1 名
2. 医師(非常勤)	1 名 (非常勤)
3. 介護支援専門員	1 名
4. 看護職員	1 名以上

5. 生活相談員	1 名
6. 介護職員	10 名以上
7. 機能訓練指導員	1 名（看護師兼務）
8. 栄養士	1 名
9. 事務員	1 名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 管理者	日 中： 8：30～17：30
2. 医師	月 2 回
3. 介護支援専門員（相談員兼務）	日 中： 8：30～17：30
4. 看護職員	日 中： 8：30～17：30
5. 生活相談員	日 中： 8：30～17：30
6. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早 朝： 7：00 ～ 16：00 1 名 日 中： 9：00 ～ 18：00 12：00 ～ 21：00 3 名 夜 間： 16：00 ～ 翌朝 9：00 2 名以上
7. 機能訓練指導員	日 中： 9：00～18：00
8. 管理栄養士・栄養士	日 中： 8：30～17：30

☆ 土日祝日、暦上の連休、盆・年末年始や入浴業務などの関連で
上記と異なる職員配置となる場合があります。

（平成 26 年 6 月 30 日現在）

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、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、利用料金の大部分（介護保険負担割合証の利用者負担の割合を除く）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事

・当施設では、管理栄養士の立てる栄養ケア計画により、栄養並びに契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

- ・契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食： 8：00～

昼食：12：00～ ※ 左記時間より2時間以内であれば、その日の状態に合わせて、時間

夕食：18：00～ を選択していただけます。

② 入浴

- ・入浴は介助を行い週に最低2回ご利用できます。

ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。

- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 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。

④ 日常生活動作訓練

- ・機能訓練指導員（兼務看護職員）により、生活相談員・介護職員と協同して契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための日常生活動作訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥ 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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な自立を支援します。

(2) <サービス利用料金（1日あたり）>

別紙1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）と食事及び居住費、その他加算に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いください。（サービスの利用料金は、契約者の要介護度・介護保険負担割合に応じて異なります。）

- ① 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、契約者の負担額は変更になります。（契約書第7条参照）

(3) (上記料金に加算される金額：その他の介護サービス加算の内訳)

- ① 契約者が、短期入院又は外泊をされた場合（6日以内）の所定居室料は1日当たりの自己負担は（介護保険負担割合証の利用者負担の割合に応じます）下記の通りです。
 1. サービス利用料金 2,460円
 2. うち、介護保険から給付される金額（利用者負担額割合分を除いた分）
 3. 自己負担額（1－2） *利用者負担割合分

② 入院外泊時（7日目以降）の居室料負担金1日あたり 別途の料金表に該当する居室料金

③ 初期加算

入所した当初には、施設での生活に慣れるために、様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って、1日につき利用者負担割合分が加算されます。

また、30日を超える入院後に再入所した場合にも、同様に加算されます。

利用者負担割合分／日

④ 看護体制加算（Ⅱ）

看護職員を常勤で2名以上配置しており当該指定地域密着型介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保しております。

利用者負担割合分／日

⑤ 日常生活継続支援加算

介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者6に対して1以上。かつ、「新規」入所者のうち、要介護4・5の占める割合が70%以上

利用者負担割合分／日

⑥ 介護職員等処遇改善加算

介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。

・地域密着型介護老人福祉施設 I II III IV

*介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に以下の加算率を乗じる。

加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定。

新加算（I～IV）は、加算・賃金改善額の職種間配分ルールを統一。

（介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとするが、事業所内で柔軟な配分を認める。）

⑦ 安全対策体制加算

感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築。

委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施

業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づけ。

利用者負担割合分／1回

⑧ 口腔衛生管理加算

介護保険施設において、事業所の職員による適切な口腔管理等の実施と歯科専門職による適切な口腔管理につなげる観点から、事業者の利用者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価の実施を義務付ける。

- 1、施設の従事者又は歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設入所時及び入所後の定期的な口腔の健康状態の評価を実施する。
- 2、技術的助言及び指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士においては、当該施設との連携について、実施事項を文章等で取り決めを行う。

利用者負担割合分 月/1回

⑨ 退所時栄養情報連加算

介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する加算で、再入所時栄養連携加算は医療機関から介護保険施設への再入所者であって療養食を提供する必要がある利用者を算定。

利用者負担分/1回

⑩ 再入所時栄養連携加算

栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成することで加算を算定。

利用者負担割合分 1回

(4) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者のご負担となります。

① 特別な食事。(アルコール類を含みます。)

契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

② 理髪・美容

[理美容サービス]

隔月に1回、理美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：理髪料金実費

③ 居住費

利用者が施設利用をするために必要な、1日あたりの室料・光熱費水費相当分に係る費用です。

基準費用額 個室 別途の料金表に該当する居室料金

④ 趣味活動

各ユニットにて実施（書道・御詠歌・華道など）

＊材料代等の実費をいただきます。

⑤ 複写物の交付

契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

＊モノクロ 1 枚につき 10 円， カラー 1 枚につき 30 円

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等契約者の日常生活に要する費用（衣類・ティッシュペーパー・スリッパ・歯ブラシ・化粧品 等日用品）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をご負担いただきます。

＊おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦ 入所時送迎サービス（無料）

契約者及び家族からの希望により、送迎サービスを利用できます。

但し、奥州市内に限ります。

※希望日時を前々日までにご連絡いただき、施設でその可否を決定します。

⑧ コンセント使用について

居室及び施設内のコンセント使用について、個人的な使用は別途料金をいただきます。

利用料は以下のとおり、50 円／1 日（管理費含む）

⑨ 契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から 現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金。

（1 日あたり）

契約者の要介護度 サービス利用料金	別途料金表による	自己負担額合計（日額）	別途料金表による
食 費（日額）	別途料金表による	居住費（日額）	別途の料金表に該当する 居室料金

（5）利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記（1）、（2）、（3）の料金・費用は、1 か月ごとに計算しご請求します。

（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は月額請求の基本料金を除き、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

利用料金の請求書は、毎月 10 日前後に郵送します。

また、お振り込みされた場合は、金融機関の振込み明細書をもって領収書に代えます。また、領収書発行を希望される方には利用者及び連帯保証人が指定する送付先に対して、次月請求書に同封して領収書を送付します。

利用料金口座引き落としの場合は、翌々月 6 日に予めご指定された金融機関から自動振替させていただきます。

＊収納代行会社は『東北銀ソフトウェアサービス（株）』の利用です。

- ・ 利用者が指定する金融機関は銀行・信用金庫・組合・JA・ゆうちょ銀行からの自動引き落としとなります。

名義は『ご利用者名』でも『ご家族名』でもかまいません。

※振込手数料は利用者の負担となります。

※利用料支払いについては、契約者（利用者）の身元引受人（家族等）が責任を持って、支払っていただくことで了承願います。

※3ヶ月を超えて利用料が未納の場合は、退所していただく場合がございます。

（6）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 美希病院

所在地 奥州市前沢古城字丑沢上野 100 番地 Tel 0197-56-6111

※ 救急搬送先

美希病院

奥州市総合水沢病院

岩手県立胆沢病院

その他の病院

※ 協力歯科医療機関

医療機関の名称 中田町歯科医院 Tel 0197-23-3415

所在地 奥州市水沢中田町 3 番 29 号

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）（契約書第 15 条参照）

当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。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを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、当施設との契約は終了し、契約者に退所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要介護 2 以下又は自立・要支援と判断された場合。
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ 契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) 契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 16 条 17 条参照）

契約の有効期間であっても、契約者は当施設からの退所を申し出ることができます。

その場合には、退所を希望する日の 7 日前までに事務所に申し出ください。

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

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 契約者が入院された場合
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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
- ⑥ 他の利用者が契約者の身体・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) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第 18 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所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、又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 契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 契約者が、故意又は重大な過失により事業者又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、又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 契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合
- ⑤ 契約者が連続して 3 ヶ月を超えて病院又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

1) 検査入院等、短期入院の場合

利用者が、1 ヶ月に 6 日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。なお、入院や外泊時において、利用者契約ベッドとして居室を維持されている場合は、居住費を引き続きお支払いいただきます。

＊ 料金：2, 460 円(自己負担金 利用者負担割合分)

＊ 1 ヶ月につき 6 日以内（複数の月にまたがる場合は 12 日）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。

但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（入院日～6 日目まで）（契約書第 20 条 2 参照）

外泊時費用加算利用者負担割合分／日。

2) 上記期間を超える入院の場合（7日以上3ヶ月以内）

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。

- * 入居期間中に7日を超え入院した場合の取り扱いについては、3ヶ月未満の帰苑時まで居室を確保しておくことを前提に、所定の居住費を徴収する。（契約書第20条4参照）

3) 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ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。

- * 再入所の申込みが無い場合は、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(3) 円滑な退所のための援助

契約者が当施設を退所する場合には、契約者の希望により、事業者は契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助・必要書類の提示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又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7. 利用者が死亡されたとき

死亡された時点において、当施設との契約は終了となり速やかに家族に連絡し、家族により遺体を引き取っていただきます。

8. 残置物引取人（契約書第22条2参照）

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

当施設は、契約者が残置物引取人を定めない場合には、契約者の費用で契約者の残置物を処分できるものとします。その費用については、契約者からの預り金等自己の管理下にある金銭がある場合には、その金銭と相殺できるものとします。

9. プライバシーの保護（契約書第9条参照）

当施設は、利用者に対してサービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。

また、利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、管理者の管理の下保管し、処分の際にも漏洩の防止に努めます。

ただし、利用者のための地域密着型施設サービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議や主治医、その他サービス事業者との連携調整等において必要な場合にのみ使用します。

上記個人情報使用にあたり、同意書を作成し記名・押印をいただき使用するものといたします。
(個人情報使用同意書)

※当施設では、「ご利用者様の個人情報」について適切に保護し、管理することに努めますが、下記の事項に関して、ご承諾をお願いします。

◎入居案内（電話での入居問い合わせも含む）

◎行事などで撮影した写真を、広報誌での掲載や施設内での掲示。（契約書第 9 条 4 参照）

※ 上記の事について、不都合のある利用者様は、ホーム事務局までご連絡ください。

10. 個人書類開示方法

契約者の介護記録・看護日誌等の開示は随時、事務所にて受け付けています。

尚、上記書類の開示は契約時の本人、身元引受人とさせていただきます。

11. 身体拘束について

当施設では原則的に身体拘束は行いません。緊急やむを得ない場合にはこれを行う場合があります。やむを得ず身体拘束を行う場合には本人、家族、各専門職で十分検討した後「緊急やむ得ない身体拘束に関する同意書」に内容を記載し同意していただきます。その後、経過観察・再検討記録をつけ随時再検討し改善に努めます。（別紙 記録 2）

12. サービス提供における事故発生時の対応

(1) サービスの提供を行っている際に、利用者の病変及び事故が生じた場合必要な措置を講じると共に以下の対応を行います。

① 連帯保証人及び身元引受人へ電話等により連絡する。

② 急を要する場合は事業者の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もあります。

③ 必要に応じて奥州市（保険者）へ連絡する。

(2) 当施設における再発防止策

① 事故報告書に基づき、再発防止の為に委員会設置を行い調査検討し、防止策の作成を行う。

② 担当者会議に提出し、再発防止に努める。

13. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付担当

当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。

○苦情解決責任者 施設長 高橋 武敏

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 生活相談員 田代 勝利 千葉 ひとみ

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～ 17：30

また、苦情受付ボックスを玄関受付に設置しています。

(2) 苦情処理の方法

①苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、次の事項を書面に記入し、苦情申し出人に確認します。(内容、希望、第三者委員会への報告の要否、第三者委員の話し合いへの立会い要否など)

②苦情受付の報告

苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者と第三者委員に報告します。

③苦情解決の話し合い

苦情解決責任者は職員代表による苦情解決委員会を別に組織し、十分検討のうえ、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。

(3) 当施設の第三者委員

介護施設取締役 門脇 勇人 氏
知識経験者 野里 健太郎 氏

(4) 行政機関その他苦情受付機関

奥州市役所 長寿社会課
所在地 奥州市水沢大手町一丁目一番地
電話番号 0197-24-2111 (代表)

岩手県国民健康保険団体連合会
苦情処理専用電話
所在地 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号
電話番号 019 - 623 - 4322 (代表)

岩手県福祉サービス運営適正化委員会
(社会福祉法人岩手県社会福祉協議会)
所在地 盛岡市三本柳8地割1番3／ふれあいランド岩手 1階
電話番号 019 - 637 - 8871・9718 FAX 019 - 637 - 9712

14. 喫煙について

施設内は利用者ならびに職員の健康保持のため、施設内禁煙とさせていただきます。

15. 終末期について

施設での看取り介護は、長年過ごした場所で親しい人々に見守られ自然な死を迎えられることであり、施設は利用者または家族に対し入所時に意向の確認を行い理解を得る。

(看取りに関する指針)

重要事項説明同意書

地域密着型特別養護老人ホーム ときわ苑（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）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。

説明年月日 令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム ときわ苑

説明者名 介護支援専門員 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、地域密着型特別養護老人ホーム（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）サービスの提供開始に同意しました。

利用者 氏 名 印

身元引受人 住 所 _____

氏 名 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第 39 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 4 条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。