

介護老人福祉施設楽寿園

重要事項説明書

ご契約者に対する指定介護老人福祉施設利用サービス提供開始にあたり、指定介護老人福祉施設運営規程第7条に基づいて当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 育賛会
法人所在地	沖縄県うるま市石川嘉手苅 961 番地 17
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	渡口 武正
設立年月日	昭和 53 年 10 月 7 日
電話番号	098-965-4152

2 ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設 楽寿園
施設の所在地	沖縄県うるま市石川嘉手苅 961 番地 17
施設長名	城間 郁夫
設立年月日	昭和 54 年 4 月 20 日
電話番号	098-965-4152
F A X 番号	098-964-5835

3 ご利用施設で併せて実地する事業

事業の種類		沖縄県知事の事業者指定		定員
		指定年月日	指定事業者番号	
施設	介護老人福祉施設	平成 12 年 3 月 23 日	沖縄県 4770200014 号	100 人
居宅	居宅介護支援事業	平成 11 年 10 月 4 日	〃 〃	
	訪問介護	平成 12 年 2 月 15 日	〃 〃	
	介護予防訪問介護	平成 18 年 6 月 1 日	〃 〃	
	短期入所生活介護	平成 12 年 3 月 7 日	〃 〃	
	介護予防短期入所生活介護	平成 19 年 10 月 29 日	〃 〃	
	通所介護	平成 12 年 3 月 10 日	〃 〃	
	介護予防通所介護	平成 18 年 7 月 1 日	〃 〃	
障害者福祉サービス事業楽寿園		平成 18 年 10 月 1 日	47000200160112 号	
うるま市地域包括支援センターいしかわ		平成 29 年 4 月 1 日		

4 事業の目的および運営方針

- (1) 施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談および援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理およ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。
- (2) 施設は、ご契約者の意思および人格を尊重し、常にご契約者の立場に立って介護老人福祉施設サービスの提供に努めます。
- (3) 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者（以下「保険者」という。）、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、および他の介護保険施設、その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

5 施設の概要（介護老人福祉施設）

(1) 敷地・建物

敷 地		24,540㎡
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造り（耐火構造建築）平屋
	延 べ 床 面 積	3,009㎡
	利 用 定 員	100名

(2) 居室

当施設では、以下の居室を用意しております。

居室の種類	室 数	備 考
2人部屋	5室	洗面台、冷房、収納タンス、頭床台、空気清浄機等完備
4人部屋	25室	洗面台、冷房、収納タンス、頭床台、空気清浄機等完備

*居室の変更

ご契約者またはご家族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、ご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。その際は、ご契約者およびご家族との協議のうえ決定するものとします。

(3) 主な設備

設備の種類	室 数	備 考
食 堂	4室	テーブル、食卓用イス、ソファ
機能訓練室	1室	各種訓練器設置
一般浴室	2室	A棟、C棟に設置
談話室（面談室）	1室	面会、利用者家族との面談に使用
静養室	1室	ご家族の休息室完備
テレビコーナー	4室	（但し、各居室にもテレビ設置可能）

上記設備の使用にあたって、ご契約者に特別ご負担いただく費用はありません。

6 職員の状況

職員の職種	介護老人福祉施設
施設長（管理者）	1
事務局長	1
総務課長	1
介護課長	1
生活相談員	2
介護支援専門員	1
リハビリ指導員	1
看護職員（看護主任含む）	5
介護職員	43
管理栄養士	1
栄養士	1
調理員	6
事務（総務、主任含む）	4
医師（嘱託医）	(1)

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務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で除した数です。

7 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
介護職員	早の勤務時間帯 7時00分～16時00分まで 日の勤務時間帯 10時00分～19時00分まで 遅の勤務時間帯 13時00分～22時00分まで Bの勤務時間帯 22時00分～ 8時00分まで ※調整により日勤勤務時間が半時間～1時間ずれることあり
看護職員	早出（半）勤務時間帯 7時30分～11時30分まで 早出の勤務時間帯 7時30分～16時30分まで 遅出の勤務時間帯 10時00分～19時00分まで 遅出（リーダー） 10時00分～19時00分まで 翌日朝までオンコール対応 回診時（担当） 13時00分～22時00分まで
機能訓練指導員	勤務時間帯 8時30分～17時30分まで 機能訓練指導 毎日
介護支援専門員	勤務時間帯 8時30分～17時30分まで
医師（嘱託医）	月2回、必要時は随時

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容						
食 事	<p>管理栄養士の立てる献立表により、栄養とご契約者の身体状況と嗜好等を考慮した食事を提供します。</p> <p>ご契約者の自立支援のため離床して食堂で食事を取っていただくことを原則としています。</p> <p>(食事時間)</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>朝 食</td> <td>7時30分～ 9時00分</td> </tr> <tr> <td>昼 食</td> <td>11時30分～13時00分</td> </tr> <tr> <td>夕 食</td> <td>17時30分～19時00分</td> </tr> </table>	朝 食	7時30分～ 9時00分	昼 食	11時30分～13時00分	夕 食	17時30分～19時00分
朝 食	7時30分～ 9時00分						
昼 食	11時30分～13時00分						
夕 食	17時30分～19時00分						
排 泄	ご契約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。						
入 浴	入浴は週2回、入浴できない場合は清拭とし、場合によっては毎日入浴とする。						
機 能 訓 練	リハビリ指導員によりご契約者の状況に合った機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。						
健 康 管 理	<p>嘱託医による月2回以上(内科)診断日を設け健康管理に努めます。</p> <p>嘱託医名：西川 高広(伊波クリニック)</p> <p>緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。</p> <p>協力医療機関(伊波クリニック、県立中部病院、中頭病院、ファーストデンタルクリニック等)</p>						
相談および援助	<p>ご契約者およびご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</p> <p>相談窓口担当：生活相談員、介護支援専門員</p>						
社会生活上の便宜	<p>必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実あるものとするため、適宜レクレーション、行事等を企画します。</p> <p>行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご契約者およびご家族の状況によっては代行いたします。</p>						

(2) サービス利用料（1日あたり）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護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（自己負担金）と居住費及び食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

ご契約者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1、サービス利用料金	5,570 円	6,250 円	6,950 円	7,630 円	8,290 円
機能訓練加算	120 円	120 円	120 円	120 円	120 円
栄養マネジメント加算	140 円	140 円	140 円	140 円	140 円
看護体制加算Ⅰ 2	40 円	40 円	40 円	40 円	40 円
看護体制加算Ⅱ 2	80 円	80 円	80 円	80 円	80 円
日常生活継続支援加算	360 円	360 円	360 円	360 円	360 円
夜勤職員配置加算Ⅰ 2	130 円	130 円	130 円	130 円	130 円
合 計	6,440 円	7,120 円	7,820 円	8,500 円	9,160 円
2、介護保険から給付される金額（×0.9）	5,796 円	6,408 円	7,038 円	7,650 円	8,244 円
3、サービス利用に係る自己負担額（1－2）	644 円	712 円	782 円	850 円	916 円
4、食事に係る標準自己負担額（第4段階）	1,380 円	1,380 円	1,380 円	1,380 円	1,380 円
5、居住費（滞在費）（第4段階）	840 円	840 円	840 円	840 円	840 円
6、自己負担額合計	2,864 円	2,932 円	3,002 円	3,070 円	3,136 円

◎ 口腔衛生管理体制加算については、300 円/月 利用料に加算されます。

◎ 介護職員処遇改善加算Ⅱについては、所定単位数に各種加算を加えた総単位数に 6.0%を乗じた単位数が利用料に加算されます。

◎ 該当時加算項目

【看取り介護加算】

医師が終末期にあると判断した入所者について、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡日以前 30 日を限度として死亡月に加算されます。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しません。

看取り介護加算Ⅰ－① 144 単位/日（死亡日以前 4～30 日）

看取り介護加算Ⅰ－② 680 単位/日（死亡日前日及び前々日）

看取り介護加算Ⅰ－③ 1280 単位/日（死亡日）

看取り介護加算Ⅱ－① 144 単位/日（死亡日以前 4～30 日）

看取り介護加算Ⅱ－② 780 単位/日（死亡日前日及び前々日）

看取り介護加算Ⅱ－③ 1580 単位/日（死亡日）

※ 看取り介護加算Ⅱは下記の【配置医師緊急時対応加算】の①～④の医療提供体制を整備し、さらに施設内で実際看取った場合に加算。

【福祉施設初期加算】

入所した日から起算して30日以内の期間又は30日を超える病院又は診療所への入院後に再び入所した場合には、初期加算として、1日30単位加算する。

【福祉施設外泊時費用】

外泊や入院等した場合、1カ月に6日を限度として246単位加算されます。

【口腔衛生管理加算】

- ① 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行う事。
 - ② 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行う事。
 - ③ 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアに関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応する事。
- ※ 口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。

【経口維持加算Ⅰ・Ⅱ】

(Ⅰ) 現に経口より食事を摂取する物であって、摂食嚥下障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進める為の経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合6カ月以内の期間に限り加算。

(Ⅱ) 協力歯科医療機関を定めている介護老人福祉施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合に合って、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援する為の食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に加算。

*経口維持加算Ⅰ ～ 400単位/月 *経口維持加算Ⅱ ～ 100単位/月

【療養食加算】

管理栄養士が管理している特別な食事が必要な場合 6単位/回

【配置医師緊急時対応加算】

- ① 入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされている事。
- ② 複数名の配置医師を置いている事、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している事。
- ③ 上記の内容につき届け出を行っている事。
- ④ 看護体制加算(Ⅱ)を算定している事。
- ⑤ 早期、夜間又は深夜に施設を訪問し、診察を行う必要があった理由を記録する事。

*早朝・夜間の場合 ～ 650単位/回 *深夜の場合 ～ 1300単位/回

【排泄支援加算】

排泄に介護を要する利用者のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できると医師、又は適宜医師と連携した看護師が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、

- ① 排泄に介護を要する原因等についての分析
- ② 分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援をする事で加算。

* 100単位/月 ～ 6か月間

【褥瘡マネジメント加算】

- ① 入所者全員に対する要件

入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出する事。

- ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件

- ・ 関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成する事。
- ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施する事。
- ・ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直す事。

* 10単位/月 ～ 3月に1回を限度とする。

※ 上記加算はいずれも各算定要件を満たし該当時にのみ算定するものとする。

- ◎ 食事標準自己負担額は、減額免除が適用され個人により異なる場合があります。

介護保険負担限度額認定証に記載されている額					
第1段階		第2段階		第3段階	
1日	300円	1日	390円	1日	650円

- ◎ 滞在に要する費用【光熱水費および室料（建物設備等の減価償却費）】

滞在に要する費用 (1日あたり)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			第4段階 (基本費用額)
	第1段階	第2段階	第3段階	
		0円	370円	370円
※外泊又は入院時は、居住費 (基本費用額)がかかります。	840円	840円	840円	840円

- ◎ サービス利用料金の自己負担分は保険者が発行する利用者負担割合証によります。

- ◎ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が介護保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

- ◎ 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、負担額を変更します。

(3) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容												
理 容 ・ 美 容	ご希望により理美容師の出張サービスをご利用できますが利用料金は実費をいただきます。												
金 銭 管 理	金銭管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。 管理する金銭は、施設が指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。 お預かりするものは、預金通帳と印鑑とします。(原則として1つ)。 管理責任者は施設長とし、通帳は大金庫に(介護課長)管理し、印鑑は小金庫に(相談員)管理とする。												
複 写 物 の 交 付 (10円/1枚)	ご契約者は、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は実費をご負担いただきます。												
契約終了後の料金 (1日につき)	ご契約者が、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 <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>要介護1</td> <td>5,570円</td> <td>要介護2</td> <td>6,250円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>6,950円</td> <td>要介護4</td> <td>7,630円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>8,290円</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 上記金額に食事提供費(1,380円)+居住費(840円)各種加算が追加されます。	要介護1	5,570円	要介護2	6,250円	要介護3	6,950円	要介護4	7,630円	要介護5	8,290円		
要介護1	5,570円	要介護2	6,250円										
要介護3	6,950円	要介護4	7,630円										
要介護5	8,290円												

9 利用料金のお支払い方法

料金・費用は、1カ月ごとに計算し請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。
(1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)

ア) 金融機関口座からの自動引落し	【翌月20日(但し土日祝祭日の時には休日明けの振替となります。)
イ) 下記指定口座へのお振り込み	【翌月20日】
・ 沖縄銀行 石川支店	普通預金 1100375 名 義 特別養護老人ホーム 楽寿園
・ 琉球銀行 石川支店	普通預金 127784 名 義 特別養護老人ホーム 楽寿園
ウ) 窓口での現金支払い	【翌月20日】

10 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

- ・ 苦情受付窓口（担当者）：〔職 名〕 生活相談員
電話番号：098-965-4152
- ・ 受付時間 毎週 月曜日から金曜日
【09：00～17：00】

また、苦情受付ボックスを事務所カウンター、談話室に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

うるま市役所 介護長寿課	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	うるま市みどり町一丁目一番一号 098-974-3111 098-974-4979 9：00～15：00
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	那覇市西3-14-18 098-860-9026 098-867-6758 9：00～17：00
沖縄県社会福祉協議会	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	那覇市首里石嶺4-373-1 098-887-2000 098-887-2024 9：00～17：00

11 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご契約者のご希望により下記の協力病院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、入院治療を義務付けるものではありません。）

医療機関の名称	伊波クリニック
所在地	うるま市石川 431（ヒルハウス1階）
診療科目	内科・小児科・皮膚科
電話番号	098-964-5735
契約の概要	嘱託医でもあるのでご契約者に異常がある場合、診療を依頼する

医療機関の名称	沖縄県立中部病院
所在地	うるま市宮里 281
診療科目	外科・歯科口腔外科・アレルギー科・肛門科・眼科・婦人科・その他
電話番号	098-973-4111
契約の概要	ご契約者に急変があった場合や嘱託医に紹介された場合、診療を依頼

医療機関の名称	中頭病院
所在地	沖縄市字知花6-25-5
診療科目	外科・小児科・耳鼻科・産婦人科・泌尿器科・その他
電話番号	098-939-5735
契約の概要	ご契約者に急変があった場合や囑託医に紹介された場合、診療を依頼

医療機関の名称	ファーストデンタルクリニック
所在地	うるま市字安慶名 505
電話番号	098-973-8010

12 非常災害時の対応

緊急時の対応	現に施設サービスの提供を行っているときに契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師または契約者の家族に連絡して施設が定めた協力医療機関、および県立中部病院への連絡を行う等の必要な処置を講じるものとする。
事故発生時の対応	契約者に対する施設サービスの提供により事故が生じた場合は、速やかに保険者、および契約者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じるものとする。契約者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償措置を講じるものとする。
非常時の対応	別途定める「防災規定」に沿って対応します。
近隣との協力関係	近隣の事業所および住民（退職者）には、平素から非常時の応援を依頼してある。
平常時の訓練	別途に定める「消防計画」の基づき、年3回の総合訓練（消化、非難誘導等を含む）を実施しています。そのうちの1回は、夜間または夜間想定での訓練です。
防災設備	火災報知機、火災感知器（熱用・煙用）、非常放送設備、火災通報装置屋内外消火栓、消火器、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉、非常用発電機、排煙窓、等々 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。
消防計画	うるま市石川消防本部への届け出月日 平成22年10月20日 防火管理者 総務課長

13 施設ご利用の際に留意いただく事項

ア) 来訪・面会

来訪者は、面会時間（8:00～21:00）を厳守し、その都度個人の面会簿に記入をお願いします。

イ) 外出・外泊

外出・外泊の際は、事前に担当職員に申し出てから、事務所カウンターで「外出・外泊名簿」に必要事項を記入してください。

ウ) 医療機関への受診

看護職員に連絡、相談してください。

エ) 居室・設備・器具の利用

施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。

オ) 喫煙・飲酒

施設内は基本禁煙です。喫煙を希望される場合は職員の指示に従って下さい。
飲酒についても同様です。

カ) 迷惑行為等

騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他のご利用者のキャビネット等を勝手に開けることは禁止します。

キ) 所持品の管理

担当職員または、生活相談員にご相談ください。

ク) 現金等の管理

金銭管理サービスをご利用ください。

ケ) 宗教活動・政治活動

施設内で他のご利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

コ) 動物の飼育

施設内でのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。外での飼育については、生活相談員にご相談ください。

14 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

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、ご契約者に退所していただくこととなります。（契約書第 13 条参照）

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 要介護認定によりご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。
又、平成 27 年 4 月以降に入所された利用者で要介護認定により契約者の心身の状況が要介護 1 または要介護 2 になり、特例要件に該当しない場合</p> <p>② 事業者が解散した場合や破産した場合、またはやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。</p> <p>③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合。</p> <p>④ 当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。</p> <p>⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合〔下記 (1) 参照〕</p> <p>⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合〔下記 (2) 参照〕</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1) ご契約者からの退所の申し出（契約書第 14 条、中途解約／第 15 条、契約解除）

契約の有効期間間であっても、ご契約者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 10 日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、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。

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">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 ご契約者が入院された場合③ 事業所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または過失によりご契約者の身体・財宝・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⑥ 他のご利用者がご契約者の身体・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（契約所第 16 条、契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況およ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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 6 ヶ月以上遅延し、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 ご契約者が、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 ご契約者が連続して 3 ヶ月を超えて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 ご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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ご契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第 18 条参照）

当施設に入所中に、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。

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">① 契約者が病院または診療所に入院した場合、3 ヶ月以内に退院すれば、退院後も再びホームに入所できるものとする。② 事業者からの契約の解除があった場合であっても、契約者が入院後概ね 3 ヶ月以内に退院すれば、退院後も再びホームに優先的に入所できるよう努めるものとします。また、ホームが満室の場合でも、短期入所生活介護等を優先的に利用できるよう努めるものとします。 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第17条）

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者のご希望により、事業者はご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をご契約者に対して速やかに行います。

- | |
|-------------------------------|
| ① 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介 |
| ② 居宅介護支援事業所の紹介 |
| ③ その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供の紹介 |

15 残置物引受人（契約書第20条）

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

但し、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。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、引渡しに係る費用については、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約書を締結することは可能です。

16 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後策定する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画書（ケアプラン）」の作成および変更は次のとおり行います。

①当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）に施設サービス計画の原案作成やそのため必要な調査等の業務を担当させます。



②その担当は、施設サービス計画の原案について、ご利用者およびそのご家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



③施設サービス計画は、6ヶ月に一回もしくはご契約者およびご家族等の要請に応じて変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者およびご家族等と協議して、施設サービス計画書を変更します。



④施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容の確認をしていただきます。

17 サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師または、看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行ないます。
- ④ ご契約者が受けている要介護認定の有効期限の満了日の30日前までに、要介護認定更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じ閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑥ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
但し、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を確保するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適切な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑦ 従業者およびサービス従事者は、サービスを提供することにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。(守秘義務)
但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にてご契約者の同意を得ます。

平成 年 月 日

施設サービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 楽寿園

説明者

職 名

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、介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住 所

氏 名

印

私は、契約者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

署名代行者

住 所

氏 名

印

続 柄