

重要事項説明書・契約書

(地域密着型介護老人福祉施設ふくろうの杜)

(目的)

第1条 地域密着型介護老人福祉施設ふくろうの杜（以下、「施設」という）の運営及び管理について必要な事項を定め、業務の適正かつ円滑な執行と老人福祉法の理念と介護保険法に基づき、又「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」を遵守し、入居者様の生活の安定及び生活の充実を図ることを目的とします。

(運営方針)

第2条 施設における地域密着型介護老人福祉施設サービスの事業は、個別の介護サービス計画（以下「プラン」という）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、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う事により、利用者様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事を旨とするものとします。

(事業所の名所等)

第3条 事業を行う事業所の名所及び住所は次の通りとします。

- | | |
|----------|------------------|
| 1. 名 称 | 特別養護老人ホーム ふくろうの杜 |
| 2. 所 在 地 | 栃木県宇都宮市逆面町385-1 |
| 3. 電話番号 | 028-672-3361 |
| 4. 管 理 者 | 施設長 櫻井 立也 |

(職員)

第4条 施設は、介護保険法に基づく「地域密着型介護老人福祉施設の人員に関する基準」及び「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」に示された所定の職員を含み下記のように配置するものとします。

- | | |
|-------------|-------------------|
| (1) 施設長 | 1名 |
| (2) 医師 | 1名以上（非常勤） |
| (3) 介護支援専門員 | 1名以上 |
| (4) 生活相談員 | 1名以上 |
| (5) 介護職員 | 15名以上 |
| (6) 看護職員 | 2名以上（1名機能訓練指導員兼務） |
| (7) 管理栄養士 | 兼務 |
| (8) 機能訓練指導員 | 1名兼務 |

2 前項に定めるもののほか必要に応じてその他の職員を置くことができる。

(職 務)

第5条 職員は、「施設」の設置目的を達成するため必要な職務を行います。

- (1) 施設長は、施設の業務を統括すると共に、福祉は介護のみでは完結しないことを踏まえて、老人福祉法の理念と社会福祉法人としての役割を職員に伝え指導する。
施設長に事故があるときは、あらかじめ施設長が定めた職員が施設長の職務を代行する。
- (2) 医師は、入居者様及び職員の診察、健康管理及び保健衛生指導に従事する。
- (3) 入居者様の心身状態を把握し個々にあった介護計画の作成をする。
- (4) 生活相談員は、入居者様の生活相談、面接、身上調査並びに入居者様処遇の企画及び実施に関することに従事する。又、常に介護支援専門員との連携を図りプランにつなげる。
- (5) 介護職員は、入居者様の日常生活の介護、援助に従事する。
- (6) 看護職員は、入居者様の診療の補助及び看護並びに保健衛生管理に従事する。
- (7) 管理栄養士は、栄養計画及び栄養管理・献立作成、栄養量計算及び食事記録、食事業務全般並びに栄養指導に従事する。
- (8) 機能訓練指導員は、入居者様が日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。
- (9) 介護支援専門員は、プランを作成、実施状況を把握、必要があれば計画を変更して入居者様の満足度を確保する。

(施設利用定員)

第6条 施設の入所定員は、29名です。

(施設サービス内容及びその他の費用額)

第7条 施設サービス内容及び利用料金は次のとおりとします。

1. サービス概要

① 食 事

- ・ 当施設では、管理栄養士の栄養マネジメントにより入居者様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。
- ・ 利用者様の自立支援の為に離床して食事を取っていただくことを原則としています。
- ・ 食事時間 朝 食 7:30～ 昼 食 12:00～ 夕 食 17:30～

② 入浴

- ・ 入居者様のプランに応じた浴槽にて週2回の入浴又は、清拭を行います。

③ 排 泄

- ・ 排泄の自立を促すため、入居者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、入居者様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または、その減退を防止するための訓練を日常生活の中で行います。

⑤ 健康管理

- ・ 医師又は、看護職員が健康管理を行います。
- ・ 必要に応じての病院受診を行います。

⑥ その他の自立支援

- ・ 寝たきり防止対策のため、できるだけ離床に配慮します。
- ・ 生活のリズムを整え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容の援助をします。

2. 指定介護老人福祉施設の利用料の額は、厚生労働省の定める告示上の額とし、当該指定老人福祉施設が法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額とする。また、介護給付体系の変更があった場合、事業所は当該サービス利用料金を変更する事ができるものとします。

上記記載事項の料金については料金表別紙に定められた額とします。

3. その他の費用の額は以下の通りとします。

① 日用品費

日常生活をする上で、本人が負担する事が適当と思われるものは、実費とする。

② 洗濯料金

利用者様本人の依頼による特殊な洗濯については、外注とし実費とする。

④ 理容代

協力業者一覧に記載されている業者によるものとする。

料金表別紙に定められた額とする。

⑤ 電化製品持込料

料金表別紙に定められた額とする。

⑥ 行政代行手続き料

料金表別紙に定められた額とする。

⑦ 希望食

料金表別紙に定められた額とする。

⑧ その他

料金表別紙に定められた額とする。

4. 利用料金支払い方法は、1ヶ月毎に清算し、請求させていただきます。翌月25日に足利銀行の指定口座より引落しさせていただきます。

(サービスに当たっての留意事項)

第8条 施設は利用者様が指定介護老人福祉施設のサービスの提供を受ける際には、次の事項に留意するよう入居者様又はご家族様に対して説明し了解を得ることとする。

① 衣類等、日常生活用具には全て名前を記入することとする。

② その他（入居生活上の規則については、当該施設に従っていただくこととする。）

(緊急時における対応方法)

第9条 施設は、入居者様が利用中に心身の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医・ご家族様・管理者等への連絡措置を講ずることとする。(主治医・協力病院・協力医療機関については、別紙2の通りとする。)

(事故発生における対処法)

第10条 施設において事故が発生した場合は、速やかに入居者様ご家族様及び市町村に、連絡を行う等の必要な措置を講ずると共に、管理者に報告することとする。

(非常災害対策)

第11条 施設は、非常災害に対する具体的な計画を作成し、防火管理者を配置し消防署との連携を図り定期的な消防訓練、避難誘導訓練等必要な訓練を実施することとする。

(守秘義務)

第12条 施設の職員は、サービス提供上、利用者様又はご家族様の知り得た情報を正当な理由もなく第三者に漏洩しないものとする。守秘義務は本契約終了後も継続するものとする。
ただし、緊急時に医療機関等との連携を図る上で必要とされる情報に関しては、提供する事ができるものとする。

(身体拘束)

第13条 施設は、入居者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。ただし、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過監査記録、検討記録等記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行う。

2 施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための方策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図るものとする。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。

(虐待防止)

第14条 施設は、入居者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実地。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置。

2 施設は、サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（入居者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(損害賠償責任)

第15条 当該事業所は、この契約に基づくサービス提供に伴う自己の責に帰すべき事由により、入所者に生じた損害について賠償責任を負います。尚、守秘義務に違反した場合も同様とします。但し入居者様に故意、または過失が認められる場合には、入居者様の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる限り賠償を減じることができるものとする。

(損害賠償がなされない場合)

第16条 施設は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には、施設の損害賠償責任は免れます。

- ・入居者様が、契約締結時に、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、また不実の告知にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ・入居者様が、サービス実施に当たって必要な事項に関する徴収、確認に対して故意にこれを告げず又、不実の告知を行った事にもつぱら起因して損害が発生した場合。
- ・入居者様が急激な体調変化等、施設の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ・入居者様が、施設もしくは従業者又は、職員の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合。

(契約の締結)

第17条 当施設を利用されるに当たり、契約を結ぶ事になります。その際、身元引受に関する届出が（身元引受人）が3名必要となります。身元引受人とは、退所時の対応・入院時の対応・金銭の対応等のできる方とさせていただきます。（契約書別紙身元引受に関する届書を持って保証人とさせていただきます。）

(契約の終了)

第18条 施設は以下の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、以下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、入居者様に退所していただくことになります。

介護保険制度上の契約解除

- (ア) 入居者様が死亡した場合
- (イ) 要介護認定により入居者様が自立・支援と判定された場合
- (ウ) 施設がやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。

入居者様からの契約解除

- ・ 入居者様から退居の申し出があった場合。
- ・ その他費用に同意できない場合。
- ・ 施設が正当な理由なく契約に定めるサービスを提供しなかった場合。
- ・ 施設従事者が守秘義務に違反した場合
- ・ 施設従事者が故意又は、過失により著しく信用等を傷つけ又、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た場合。

施設からの契約解除

- ・ その他費用の変更に同意が得られない場合
- ・ 入居者様が3ヶ月以上の、入院が見込まれる場合
- ・ 契約時に心身の状況及び、病歴等重要事項について故意又は不実の告知をし、継続しがたい重大な事情が生じた場合。
- ・ 利用料等の支払が3ヶ月間以上遅延し再三の催告にも関わらず支払われなかった場合。
- ・ 入居者様の故意又は、過失により信用を傷つけ等、当施設に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た場合。
- ・ 入居者様が、その他の介護サービス施設に入所した場合。

(苦情処理)

第19条 施設は、提供したサービスに関する入居者様からの苦情に対して、苦情受付窓口を設置し、適切な対応を図るものとする。

1. 施設苦情受付

- ・苦情解決責任者 施設長 櫻井 立也
- ・受付窓口 特養 生活相談員
- ・電話番号 028-672-3361
- ・受付時間 月曜～金曜 9:00～17:00

2. 第三者委員 橋本 保信 0289-62-0144
福田 勇 090-7263-5329

3. 行政機関その他苦情受付

宇都宮市役所 保健福祉部 高齢福祉課 介護保険相談

- ・所在地 宇都宮市旭1丁目1-5
- ・電話番号 028-632-8989
- ・受付時間 月曜～金曜 8:15～19:00 祝日・年末年始は除く

国民健康保険連合会

- ・所在地 宇都宮市本町12-11
- ・電話番号 028-643-2220
- ・受付時間 月曜～金曜 9:00～17:00 祝日・年末年始は除く

栃木県運営適正化委員会

- ・所在地 宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ内
- ・電話番号 028-622-2941
- ・受付時間 月曜～金曜 9:00～16:00 祝日・年末年始は除く

(第三者による評価の実施状況)

第20条 施設は第三者による評価を行った場合は詳細を開示するものとする。

1. 実施状況 1 あり ② なし
2. 上記でありであった場合

直近の実施日	_____
評価機関名称	_____
結果の開示	1 あり 2 なし

(協議事項)

第21条 この説明書(契約書)に定められていない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところに従い入所者様と誠意を持って協議することとします。

附則

この規程は、令和 年 月 日から実施する

個人情報に関する同意書

社会福祉法人桜寿会 特別養護老人ホームふくろうの杜の職員が、サービス提供上で知り得た入居者及び家族に関する情報をサービス担当者会議や医療機関への対応等において用いることに同意します。

社 会 福 祉 法 人 桜 寿 会
特別養護老人ホーム ふくろうの杜
施 設 長 櫻 井 立 也 殿

令和 年 月 日

契 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代 筆 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 ()

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 ()

家 族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 ()

家 族 住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 ()

契約の締結及び同意書

社会福祉法人桜寿会 特別養護老人ホームふくろうの杜の入所にあたり、重要事項説明書を了
承し下記の事項に同意し契約いたします。

- 1、ふくろうの杜事業所から入所に関するサービス内容について重要事項の説明を受けました。
- 2、サービスの内容を承諾し契約を結びます。

契約締結日 令和 年 月 日

契 約 者 (入所者)

住所

氏 名

印

代 筆 者

住所

氏 名

印

契約者との関係 ()

家 族

住所

氏 名

印

契約者との関係 ()

事業所

住所

栃木県宇都宮市逆面町 2 6 1 - 1

名称

社会福祉法人 桜寿会

特別養護老人ホーム ふくろうの杜

代表者

理事長 櫻井 みつ江 印

説明者

所属

社会福祉法人 桜寿会

特別養護老人ホーム ふくろうの杜

施設長 櫻井 立也 印

ご利用料金変更に関する同意書

私は、令和 年 月 日からのご利用料金変更について説明を受け、社会福祉法人
桜寿会 特別養護老人ホームふくろうの杜の利用継続に同意します。

社 会 福 祉 法 人 桜 寿 会
特 別 養 護 老 人 ホ ー ム ふくろうの杜
施 設 長 櫻井 立也 殿

令和 年 月 日

契 約 者 住 所 _____
(利 用 者) _____
氏 名 _____ 印

代 筆 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
契約者との関係 ()

家 族 住 所 _____
(代 表) _____
氏 名 _____ 印
契約者との関係 ()