さくら苑　立願の森

# 重要事項説明書

社会福祉法人　玉寿会

# 重要事項説明書

社会福祉法人　玉寿会

さくら苑 立願の森は、介護保険の指定を受けています。
地域密着型介護老人福祉施設（事業所番号　４３９０６００１４８）

当施設は、入居者に対してユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設のサービスを提供します。施設概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことについては、次の通りご説明致します。

◇◆目次◆◇


| | | |
|---|---|---|
| １． | 法人 | Ｐ　３ |
| ２． | 施設の概要 | Ｐ　３ |
| ３． | 施設の目的と運営方針 | Ｐ　４ |
| ４． | 施設利用対象者 | Ｐ　４ |
| ５． | 契約締結からサービス提供までの流れ | Ｐ　４ |
| ６． | 居室の概要 | Ｐ　４ |
| ７． | 職員の配置状況 | Ｐ　５ |
| ８． | 当施設が提供するサービスと利用料金 | Ｐ　６ |
| ９． | 施設を退居して頂く場合（契約終了について） | Ｐ１４ |
| １０． | 身元引受人 | Ｐ１６ |
| １１． | 苦情受付について | Ｐ１７ |
| １２． | 提供するサービスの第三者による評価の実施状況 | Ｐ１８ |
| １３． | サービス提供における施設の義務 | Ｐ１８ |
| １４． | 施設利用の留意事項 | Ｐ１８ |
| １５． | 事故発生時の対応について | Ｐ１９ |
| １６． | 守秘義務に関する対策について | Ｐ１９ |
| １７． | 損害賠償について | Ｐ１９ |
| １８． | 身体拘束の禁止 | Ｐ２０ |

１．　法人

| | |
|---|---|
| （１）法人名 | 社会福祉法人 玉寿会 |
| （２）法人所在地 | 熊本県玉名市伊倉北方 1533 番地 |
| （３）電話番号及び<br>ＦＡＸ番号 | TEL　0968－75－1139<br>FAX　0968－75－1171 |
| （４）代表者氏名 | 理事長　山田勝徳 |
| （５）設立年月日 | 平成 9 年 12 月 9 日 |
| （６）メールアドレス | gyokuju@air.ocn.ne.jp |
| （７）ホームページ | https ://www.sakura-en.com |

２．　施設の概要

| | |
|---|---|
| （１）施設の名称 | さくら苑 立願の森 |
| （２）建物の構造 | 鉄骨造 2 階建て耐火建築物 |
| （３）建物の延べ床面積 | 1,661.58 ㎡ |
| （４）施設の種類 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| （５）施設の周辺環境 | 当施設は定員29名の地域密着型特別養護老人ホームです。近接する九州看護福祉大学前交差点､国道 208 号線バイパスから南へ 300m程の閑静な温泉街に位置し交通の便もよく、近隣住民との交流の場としても恵まれた環境にあります。 |
| （６）サービス開始年月日 | 平成 29 年 4 月 26 日 |
| （７）同一施設で<br>行っている事業 | 次の事業も合わせて実施しております。<br>第 2 種社会福祉事業<br>介護保険指定事業<br>指定通所介護事業（デイサービス）<br>平成 29 年 5 月 1 日<br>事業所番号 4370601439 |
| （８）利用定員 | 29 名（併設　通所介護：25 名） |
| （９）施設の所在地 | 熊本県玉名市立願寺 623 番地 1 |
| （１０）電話番号及び<br>ＦＡＸ番号 | TEL　0968－72－0088<br>FAX　0968－72－1000 |
| （１１）管理者氏名 | 施設次長　　笠原　正博 |

３．　施設の目的と運営方針

| | |
|---|---|
| （１）施設の目的 | 常時介護を必要とし、自宅での介護が困難な高齢者の日常生活上の介護や機能訓練等を行い、明るく健康で快適な自律生活が過ごせるよう介護します。 |
| （２）事業の運営方針 | 入居者のこれまでの個々の暮らしを尊重し、その暮らしを継続し家庭的な温かみのある自律した暮らしを支援します。 |

４．　施設利用対象者

当施設に入居できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護 3」以上と認定された方が対象となります。又、入居時において「要介護 3 から要介護 5」の認定を受けておられる方であっても、将来「要介護 3 から要介護 5」の認定で無くなった場合には、退居して頂く事になります。

５．　契約締結からサービス提供までの流れ

入居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、入居後作成する「施設サービス計画」で定めます。

「施設サービス計画書」の作成及びその変更は次のとおり行います。

| |
|---|
| ① 介護の提供に係る計画等に関し経験のある、当施設の介護支援専門員に施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます |
| ② その担当者は施設サービス計画の原案について、入居者及びその家族等に対し説明し、同意を得たうえで決定します。 |
| ③ 施設サービス計画は原則として 6 ヶ月に 1 度、若しくは入居者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかを確認します。変更の必要がある場合には入居者及びその家族と協議して、施設サービス計画を変更します。 |
| ④ 施設サービス計画が変更された場合には、利用者に対し書面を交付し、その内容を確認して頂きます。 |

６．　居室の概要

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|---|---|---|
| 個室（1 人部屋） | 29 室 | 一室　11.95 ㎡以上 |
| 共同生活室 | 3 室 | 居間、食堂 |
| 機能訓練室 | 1 室 | |
| 浴室 | 2 室 | 一般浴、機械浴 |
| 脱衣室 | 2 室 | |
| 医務室 | 1 室 | |
| トイレ | 9 室 | |
| 相談室 | 1 室 | |
| 面談室 | 1 室 | |

7． 職員の配置状況

当施設では、入居者に対して指定介護福祉施設のサービスを提供する職員として、以下の職員を配置しております。

≪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おります≫

| 職種 | 配置基準 | 常勤換算 |
|---|---|---|
| 1．管理者（兼務） | 1名 | 1名 |
| 2．介護支援専門員（兼務） | 1名 | 1名 |
| 3．生活相談員（兼務） | 1名 | 3名 |
| 4．介護職員 | 9名 | 15.9名 |
| 5．看護職員（兼務） | 1名 | 3名 |
| 6．管理栄養士 | 1名 | 1名 |
| 7．機能訓練指導員（兼務） | 1名 | 1名 |
| 8．医師（嘱託） | 1名 | ― |

≪主な職種の勤務体制≫

| 職種 | 勤務体制 |
|---|---|
| 1．管理者 | 8：30 ～ 17：30 、 9：00 ～ 18：00 |
| 2．介護支援専門員 | 8：30 ～ 17：30 、 9：00 ～ 18：00 |
| 3．生活相談員 | 8：30 ～ 17：30 、 9：00 ～ 18：00 |
| 4．介護職員 | 標準的な時間帯<br>早出 6：45 ～ 15：45<br>日勤 8：30 ～ 17：30 、 9：00 ～ 18：00<br>遅出 13：00 ～ 22：00<br>夜勤 21：50 ～ 6：50 |
| 5．看護職員<br>（機能訓練指導員） | 8：30 ～ 17：30 |
| 6．医師 | 原則週1回（必要に応じて） |

※土・日・祝祭日・年末年始は上記と若干異なります。

〈職務分掌〉

| | |
|---|---|
| 1．管理者 | 施設業務を統括 |
| 2．介護支援専門員 | 入居者の介護支援等に関する業務に従事 |
| 3．生活相談員 | 入居者の入退居、生活相談及び援助等の業務に従事 |
| 4．介護職員 | 入居者の日常生活の介護、相談及び援助の業務に従事 |
| 5．看護職員 | 入居者の看護、保健衛生、服薬管理の業務に従事 |
| 6．管理栄養士 | 入居者の給食管理、栄養指導に従事 |
| 7．機能訓練指導員 | 入居者の機能回復・維持に必要な訓練及び指導に従事 |
| 8．医師 | 入居者の診察及び保健衛生の管理指導業務に従事 |

８．　当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が、入居者に対して提供するサービスには、以下があります。

（１）介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の一部が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 栄養管理の評価

・栄養管理体制に対する評価

常勤の管理栄養士を配置し、入居者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行うこと。

・栄養ケアマネジメントに対する評価

常勤の管理栄養士を配置し、入居者の栄養状態を把握し、医師・栄養士・看護師・介護支援専門員その他の職員が共同して、摂取・嚥下機能に着目し、食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、定期的な評価や必要に応じた見直しをすること。

・療養食に対する評価

常勤の管理栄養士を配置し、入居者の疾患治療の直接手段として主治医より発行された食事箋に基づき適切な栄養量及び内容の食事を提供すること。

・経口摂取への移行に対する評価

経管栄養による摂取をされている方で、経口摂取を進めるため医師の指示に基づく栄養管理を行う必要が生じた場合、実際に経口摂取移行への取り組みを実施すること。

② 入浴

・入浴又は清拭は週２回以上行います。

・入居者の身体の状況に応じた入浴ができます。（機械浴槽等の利用）

③　排泄

・ 排泄の自立を促すため、入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

・排泄に関する消耗品（おむつやパット等）は介護保険サービスの範疇でご用意いたします。

④　機能訓練

・機能訓練指導員を中心に介護・看護職員により、入居者の心身の状況に応じて、日常生活を送るに必要な機能回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。

(ア)健康管理

・医師や看護職員が、健康管理を行います。

・看護職員により薬の管理を行い、介護・看護職員により服薬介助を行います。

(イ)その他自立支援

・寝たきりを防止するため、できる限り離床に配慮します。

・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容を心がけます。

(ウ)その他、定例行事及び全員参加型レクリエーション

・地域との繋がりも重視し、地域での催しへ出向くなど施設外へ参加する取り組みも行います。

・施設内行事については、地域や家族の参加も呼びかけ、地域住民との交流にも努めます。

〈サービスの利用料金(30 日当たり)〉

お支払いは下記の料金表の通りです。

なお、入居者の要介護度に応じたサービス利用料から介護保険給付額を除いた金額を表示しております。

※ サービス利用料は、入居者の要介護度により異なります。

※ 利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

※ 居住費、食費に関しては介護保険の給付対象外となります。

サービス利用料金表

**1割負担の方**

支払い合計額（30 日）

| 所得／要介護度 | 第１段階 | 第２段階 | 第３段階① | 第３段階② | 第４段階 |
|---|---|---|---|---|---|
| 要介護３ | 68,800 円 | 71,500 円 | 94,900 円 | 120,100 円 | 141,730 円 |
| 要介護４ | 71,760 円 | 74,460 円 | 97,860 円 | 123,060 円 | 144,690 円 |
| 要介護５ | 74,230 円 | 76,930 円 | 100,330 円 | 125,530 円 | 147,160 円 |

利用料金＝各加算項目＋所得段階による居住費・食費＋介護サービス費＋介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

各加算項目

| 定額料金項目 | 1 日あたり | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 個別機能訓練加算Ⅰ | 12 円 | 360 円 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 11 円 | 330 円 |
| 日常生活継続支援加算（Ⅱ） | 46 円 | 1,380 円 |
| 看護体制加算Ⅰ | 12 円 | 360 円 |
| 夜勤職員配置加算Ⅱイ | 46 円 | 1,380 円 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ(20 円/月) | | 20 円 |
| 生産性向上推進体制加算(10 円/月) | | 10 円 |
| 科学的介護推進体制加算(50 円/月) | | 50 円 |
| 合　　計 | 127 円 | 3,890 円 |

※口腔衛生管理加算　　月　90 円（対象者のみ）

※経口維持加算Ⅰ　　月　400 円（対象者のみ）

※経口維持加算Ⅱ　　月　100 円（対象者のみ）

※安全対策管理体制加算　　初回　20 円（対象者のみ）

※看取り加算Ⅰ　死亡日以前 31 日以上 45 日以下　72 円/日（対象者のみ
死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 円/日（対象者のみ）
死亡日以前 2 日又は 3 日　680 円/日（対象者のみ）
死亡日　1280 円　（対象者のみ）

所得段階による居住費・食費

| 所得段階区分 | 居住費 | 食費 | 30 日／月 |
|---|---|---|---|
| 第１段階 | 880 円 | 300 円 | 35,400 円 |
| 第２段階 | 880 円 | 390 円 | 38,100 円 |
| 第３段階① | 1,370 円 | 680 円 | 61,500 円 |
| 第３段階② | 1,470 円 | 1,420 円 | 86,700 円 |
| 第４段階 | 2,066 円 | 1,545 円 | 108,330 円 |

介護サービス費

| 介護サービス費 | 1 日 | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 要介護３ | 828 円 | 24,840 円 |
| 要介護４ | 901 円 | 27,030 円 |
| 要介護５ | 971 円 | 29,130 円 |

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：③介護サービス費×17.6%

| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 1 日 | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 要介護３ | 168 円 | 5,040 円 |
| 要介護４ | 181 円 | 5,430 円 |
| 要介護５ | 193 円 | 5,790 円 |

上記の料金表によって、入居者の要介護度に応じたサービス費と居住費及び食費、法定料金の合計をお支払いいただきます。入院又は外泊時の費用については、要介護状態区分に関わらず 1 日につき 246 円をお支払いいただきます。但し、6 日分を限度とします。なお、月をまたがる場合は最大 12 日分となります。

○ 初期加算は、30 円（30 日以内）お支払いいただきます。

## ２割負担の方

支払い合計額（30 日）

| 所得 / 要介護度 | 第４段階 |
|---|---|
| 要介護３ | 175,130 円 |
| 要介護４ | 181,050 円 |
| 要介護５ | 185,990 円 |

利用料金＝各加算項目＋所得段階による居住費・食費＋介護サービス費＋介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

各加算項目

| 定額料金項目 | 1 日あたり | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 個別機能訓練加算 | 24 円 | 720 円 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 22 円 | 660 円 |
| 日常生活継続支援加算（Ⅱ） | 92 円 | 2,760 円 |
| 看護体制加算Ⅰ | 24 円 | 720 円 |
| 夜勤職員配置加算Ⅱイ | 92 円 | 2,760 円 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ（40 円/月） | | 40 円 |
| 生産性向上推進体制加算（20 円/月） | | 20 円 |
| 科学的介護推進体制加算（100 円/月） | | 100 円 |
| 小　　計 | 254 円 | 7,780 円 |

※口腔衛生管理加算　　月 180 円（対象者のみ）
※経口維持加算Ⅰ　　月 800 円（対象者のみ）
※経口維持加算Ⅱ　　月 200 円（対象者のみ）
※安全対策管理体制加算　　初回 40 円（対象者のみ）

※看取り加算Ⅰ　　死亡日以前 31 日以上 45 日以下 144 円/日（対象者のみ）
死亡日以前 4 日以上 30 日以下 288 円/日（対象者のみ）
死亡日以前 2 日又は 3 日　　1360 円/日（対象者のみ）
死亡日　　2560 円　（対象者のみ）

所得段階による居住費・食費

| 所得段階区分 | 居住費 | 食費 | 30 日／月 |
|---|---|---|---|
| 第 4 段階 | 2,066 円 | 1,545 円 | 105,330 円 |

介護サービス費

| 介護サービス費 | 1 日 | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 要介護３ | 1,656 円 | 49,680 円 |
| 要介護４ | 1,802 円 | 54,060 円 |
| 要介護５ | 1,942 円 | 58,260 円 |

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：③介護サービス費×17.6%

| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 1 日 | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 要介護３ | 336 円 | 10,080 円 |
| 要介護４ | 362 円 | 10,860 円 |
| 要介護５ | 386 円 | 11,580 円 |

上記の料金表によって、入居者の要介護度に応じたサービス費と居住費及び食費、法定料金の合計をお支払いただきます。入院又は外泊時の費用については、要介護状態区分に関わらず 1 日につき 492 円をお支払いいただきます。但し、6 日分を限度とします。なお、月をまたがる場合は最大 12 日分となります。

○ 初期加算は、60 円（30 日以内）お支払いいただきます。

## 3 割負担の方

支払い合計額（30 日）

| 所得 / 要介護度 | 第４段階 |
|---|---|
| 要介護３ | 208,530 円 |
| 要介護４ | 217,410 円 |
| 要介護５ | 224,820 円 |

利用料金＝各加算項目＋所得段階による居住費・食費＋介護サービス費＋介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

各加算項目

| 定額料金項目 | 1 日あたり | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 個別機能訓練加算 | 36 円 | 1,080 円 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 33 円 | 990 円 |
| 日常生活継続支援加算（Ⅱ） | 138 円 | 4,140 円 |
| 看護体制加算Ⅰ | 36 円 | 1,080 円 |
| 夜勤職員配置加算Ⅱイ | 138 円 | 4,140 円 |
| 個別機能訓練加算Ⅱ（60 円/月） | | 60 円 |
| 生産性向上推進体制加算（30 円/月） | | 30 円 |
| 科学的介護推進体制加算（150 円/月） | | 150 円 |
| 小　　計 | 381 円 | 11,430 円 |

※口腔衛生管理加算　　月　270 円（対象者のみ）
※経口維持加算Ⅰ　　月　1200 円（対象者のみ）
※経口維持加算Ⅱ　　月　300 円（対象者のみ）
※安全対策管理体制加算　　初回　60 円（対象者のみ）

※看取り加算Ⅰ　死亡日以前 31 日以上 45 日以下 216 円/日（対象者のみ）
死亡日以前 4 日以上 30 日以下 432 円/日（対象者のみ）
死亡日以前 2 日又は 3 日　2040 円/日（対象者のみ）
死亡日　3840 円　（対象者のみ

所得段階による居住費・食費

| 所得段階区分 | 居住費 | 食費 | 30 日／月 |
|---|---|---|---|
| 第４段階 | 2,066 円 | 1,545 円 | 108,330 円 |

介護サービス費

| 介護サービス費 | 1 日 | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 要介護３ | 2,484 円 | 74,520 円 |
| 要介護４ | 2,703 円 | 81,090 円 |
| 要介護５ | 2,913 円 | 87,390 円 |

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：介護サービス費×17.6%

| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 1 日 | 30 日／月 |
|---|---|---|
| 要介護３ | 504 円 | 15,120 円 |
| 要介護４ | 543 円 | 16,290 円 |
| 要介護５ | 579 円 | 17,370 円 |

上記の料金表によって、入居者の要介護度に応じたサービス費と居住費及び食費、法定料金の合計をお支払いただきます。入院又は外泊時の費用については、要介護状態区分に関わらず 1 日につき 738 円をお支払いいただきます。但し、6 日分を限度とします。なお、月をまたがる場合は最大 12 日分となります。

○ 初期加算は、90 円（30 日以内）お支払いいただきます。

２）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、利用料金の全額が入居者負担となります。

| サービスの種類 | 内　　容 | 料金 |
|---|---|---|
| 居住費 | ユニット型個室を提供します。 | サービス利用料金表による |
| 食　費 | 当施設では、栄養士が立てる献立表により、栄養並びに入居者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。入居者の自立支援の為、離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。(1 日単位で計算されます。)<br>食事時間　　朝食　08：30 ～ 10：00<br>昼食　12：00 ～ 13：30 、 夕食　17：00 ～ 18：30 | サービス利用料金表による |
| 特別食 | 季節行事食として特別食を提供します。<br>（別途加算されます。） | 500 円/回 |
| レクリエーション・クラブ活動費 | 入居者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂くことが出来ます。但し、入居者の選択に係るものについては、別途材料費等の実費を頂くことがあります。 | 材料費の実費 |
| 日常生活用品購入代行サービス | 日常的に使用される用品の実費を頂きます。<br>※入居者個人の嗜好品については購入の都度実費のご負担を頂きます。 | 購入金額の実費 |
| 理髪・美容 | 理美容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。 | 実　費 |
| 契約書第 22 条に定める所定の料金 | 入居者が契約終了後も居室を明け渡さない場合に、本来の契約終了の翌日から、現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金として 1 日当たりの実費を頂きます。 | 2,066 円/日 |
| 契約書第 23 条に定める所定に料金 | 残置物の引き取りが行われない場合は、手続きに要した費用を頂きます。 | 実　費 |

| | | |
|---|---|---|
| 金銭等の管理 | 入居者の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。詳細は以下の通りです。<br>・管理する物の形態：一定金額の現金、本人名義の預貯金、年金証書、印鑑、介護保険証、健康保険証等<br>・保管管理者：管理者<br>・保管場所：原則事務所内の耐火金庫<br>・預り金の出納方法：出入金の都度、現金出納帳に記入し、その写しを四半期毎に身元引受人にお渡しします。 | 無　料 |

（３）利用料金のお支払方法

前記（１）（２）の料金・費用は１ヶ月毎に計算し、ご請求いたします。翌月20日までに以下の方法にてお支払いいただきますようお願いいたします。

１ヶ月に満たないサービスに関する利用料金は、ご利用日数に基づき計算した金額といたします。

① 指定口座からの引き落とし（毎月 20 日）
② 下記指定口座への振り込み
（金融機関）肥後銀行 玉名支店
（口座名）　さくら苑 立願の森　施設長　山田幸恵
（口座番号）１８３３４９７

（４）入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、入居者の希望により、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出来ます。（但し、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。又、医療機関での診療・入院を義務付けるものではありません。）

| | | |
|---|---|---|
| 協力医療機関・当施設の嘱託医師 | 河野クリニック | 河野秀親 |
| 協力歯科医療機関 | 犬束歯科医院 | 犬束美尚 |

９．　施設を退居して頂く場合（契約終了について）

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。以下のような事由がない限り、継続してサービスをご利用いただけます。以下の事由に該当するに至った場合には、当施設との契約を終了し退居して頂きます。

① 要介護認定により入居者の心身の状況が要介護２以下と判断された場合。
② 施設が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合。
③ 施設の減失や重大な毀損（きそん）により、サービス提供が不可能になった場合。
④ 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 入居者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）。
⑥ 施設から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

（１）入居者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても、入居者から退居の申し出を行うことが出来ます。その場合、退居希望日の７日前までに申し出ください。但し、以下の場合は即時契約解除し施設を退居できます。

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 入居者が入院され、長期にわたり施設へ戻れないと家族が判断した場合。
③ 施設若しくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に係る介護福祉サービスを実施しない場合。
④ 施設若しくはサービス従事者が守秘義務違反をした場合。
⑤ 施設若しくはサービス従事者が故意または過失により入居者の身体・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 他の入居者が入居者の身体・財物・信用を傷つけた場合、若しくは傷つける具体的な恐れがある場合において、施設が適切な対応を取らない場 合。

（２）施設からの申し出により退居して頂く場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居して頂くことがあります。

① 入居者が契約締結に際して、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、また不実の告知を行い、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 入居者によるサービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれを支払われない場合。
③ 入居者が、故意または重大な過失により施設又はサービス従事者若しくは他の入居者等の財産・信用を傷つけ、著しい不信行為を行うなどにより、本契約を継続しがたい重大な事情を発生させた場合。
④ 入居者の行動が他の入居者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、本契約を継続しがたい重大な事情を発生させた場合。
⑤ 入居者が重大な自傷・他害行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情を発生させた場合。
⑥ 入居者が連続して３ヶ月を超えて病院、診療所に入院すると見込まれた場合、若しくは入院した場合。
⑦ 入居者が介護老人保健施設に入所した場合。

入居者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入居中に、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。

| ① 検査入院等、6 日間（月をまたがる場合最大 12 日間）以内の短期入院の場合 |
|---|

6 日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入居できます。
料金につきましては、入院の翌日から当該月 6 日間（月をまたがる場合最大 12 日間）の範囲で実際に入院した日数分で居室料と外泊時費用をご負担いただきます。
1 日当たりの負担額：居室料＋246 円

| ② 3 ヶ月以内の入院 |
|---|

入居者の申し出により契約解除することが出来ます。
契約を継続する場合は、入院中であっても居室料として 1 日/2,066 円をご負担いただきます。

| 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､契約を解除することがございます。
退院された場合には、優先的に再入居できるよう努めます。

（3）円滑な退居のための援助
入居者が当施設を退居する場合には、入居者の希望により、施設は入居者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居の為に必要な以下の援助を入居者に対し速やかに行います。
・病院又は診療所、介護老人保健施設等の紹介
・居宅介護支援施設の紹介
・その他、保健・医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

１０． 身元引受人
（1）契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。
（2）身元引受人には、これまで最も身近にいて、入居者のお世話をされてこられたご家族やご親戚に就任して頂くのが望ましいと考えております。しかしながら、必ずしもこれに限る趣旨ではございません。
（3）身元引受人は、入居者の利用料等の経済的な債務については、入居者と連携して、その債務の履行義務が生じます。また、入居者が医療機関に入院する場合や当施設から退居する場合においては､その手続きを円滑にするために必要な事務処理、費用負担を行います。さらに当施設と協力、連携して、退居後の入居者の受け入れ先を確保する等の責任を負うこととなります。

（４）入居者が入居中に死亡された場合には、そのご遺体や残置物（居室内に残置する日常生活用品や身の回り品等、又高価品は除外します。）の引き取りについても身元引受人が責任を負うこととなります。又、入居者が死亡されていない場合でも、入居契約が終了した後、当施設に残された入居者の残置品を入居者自身が引き取りできない場合には、身元引受人に引き取りをお願いする場合がございます。又、これら引き取りに要する費用につきましても、入居者、身元引受人にご負担いただくこととなります。

（５）身元引受人が死亡、破産宣告を受けた場合には、施設は新たな身元引受人をお願いするために、入居者にご協力をお願いすることとなります。

（６）身元引受人には、利用料の変更、施設サービス計画の変更等について、その都度ご通知させていただきます。

１１．苦情受付について

（１）当施設における苦情の受付

当施設における苦情・相談は以下の専用窓口で受け付けます。また、苦情受付ボックスを玄関に設置しております。苦情があった場合には、以下の手順で対応します。

・入居者及びご家族から苦情があった場合には、直ちに面談を行い詳細な事情を確認します。
・関係職員にも詳細を確認し、問題点の洗い出し、整理及び今後の改善策を検討します。
・苦情の内容、確認した内容については書面にて記録し保管します。
・検討した内容、結果については入居者及びご家族に報告します。
・市町村及び国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行ったことを報告します。
・苦情に関する記録はファイリング等検索が容易な方法で保管し、再発防止に努めます。

| 窓口担当 | 備考 |
|---|---|
| 生活相談員<br>笠原　正博　ＴＥＬ0968－72－0088 | <br>8:30～18:00 |

（２）行政機関その他の苦情受付機関

| | |
|---|---|
| 玉名市役所健康福祉部高齢介護課<br>ＴＥＬ0968－75－1339 | 玉名市岩崎 163<br>8:30～17:00　土日祝日を除く |
| 国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情（相談）窓口<br>ＴＥＬ096－214－1101 | 熊本市東区健軍 2-4-10<br>9:00～17:00　土日祝日を除く |

１２．提供するサービスの第三者による評価の実施状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| 第三者による評価の実施状況 | １　あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | １　あり　　２　なし |
| | ②　なし | | |

１３．サービス提供における施設の義務

当施設は、入居者に対するサービス提供にあたって、次のことを遵守します。

① 入居者の生命、身体の安全に努めます。

② 入居者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護師と連携の上、入居者から聴取、確認します。

③ 消防法などの規定に基づいて定期的に避難、救助その他の必要な訓練を行います。

④ 入居者が受けている要介護認定の有効期間の満了する日の 30 日前までに、要介護認定の更新申請のための必要な援助を行います。

⑤ 施設及びサービス従業者は、サービスを提供するにあたって知り得た入居者又はその家族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、入居者に医療上の必要がある場合には、医療機関に入居者の心身の状況を情報提供します。また、入居者の円滑な退居の為に援助を行う場合には、入居者の同意を得て行います。

１４．施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている入居者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するために、下記の事項をお守りください。

（１）面　会

来訪者は、必ずその都度玄関に設置してある面会者カードにご記入をお願いいたします。

（２）外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、2 日前までに（但し、緊急やむを得ない場合を除く）お申し出ください。その際緊急連絡先をお知らせください。

（３）食事

食事が不要な場合は、2 日前の午前中までにお申し出ください。

（４）火気の取り扱い

防火管理上、ライター等の火気の持ち込み、使用は禁止します。

（５）喫煙・飲酒

施設内（共用スペース）の喫煙は禁止させていただきます。喫煙は決められた場所でお願いいたします。又、飲酒は可能ですが、他の入居者の迷惑にならないようお願いいたします。

（６）宗教・政治活動

施設内での職員や他の入居者への宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。尚、個人の範囲における信条、宗教を制限するものではありません。

（７）施設・設備の使用上の注意

・居室及び共同生活室、敷地はその本来の用途に従ってご利用ください。

・故意に、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、入居者に相当の対価をお支払いいただきます。

・入居者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上必要があると認められた場合には、入居者の居室に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。その場合、入居者ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

・当施設の職員や他の入居者に対し、迷惑を及ぼすような営利活動等を行うことはできません。

１５．事故発生時の対応について

事故が発生した場合は、入居者やご家族に速やかに状況報告・説明し、その被害拡大防止を図る等必要な措置を講じます。

１６．守秘義務に関する対策について

（１）施設及び従業者は、業務上知り得た入居者及びご家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、介護保険サービスを提供する他施設や医療機関等との連携に必要な場合は、入居者又はご家族に同意を得たうえで、関係先のみ提供できるものとします。

（２）職員等が退職した後も、これらの秘密情報を保守する旨を、職員等との雇用契約の内容に明記します。

１７．損害賠償について

（１）当施設において、施設の責任において入居者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、入居者側に故意または過失が認められる場合においては、入居者のおかれた心身の状況を斟酌（しんしゃく）して相当と認められるときには、施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

（２）施設は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、施設は損害賠償を免れます。

①入居者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。

②入居者の急激な体調変化等、施設の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。

③入居者が、施設若しくはサービス従事者の指示等に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

１８．身体拘束の禁止

（１）入居者又は他の入居者等の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、原則入居者の自由を制限するような身体拘束は行いません。

（２）緊急やむを得ない事由により身体拘束を行わざるを得ない場合は、施設が別に定める「身体拘束廃止マニュアル」に規定する手続きに従って行うものとします。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、「さくら苑 立願の森」のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和　　年　　月　　日

事業所　住　所　：　熊本県玉名市立願寺623－1
社会福祉法人　玉寿会
さくら苑 立願の森
代表者　：　山田　勝徳　　印

説明者　職　名　：　生活相談員

氏　名　：　　印

私は、重要事項説明書に基づいて、「さくら苑 立願の森」のサービス内容、重要事項及びサービス利用料の説明を受け同意しました。

令和　　年　　月　　日

入居者
住　所　：

氏　名　：　　印

署名代理者
住　所　：

氏　名　：　　印
（入居者との関係　：　　）

身元引受人
住　所　：

氏　名　：　　印

社会福祉法人 玉寿会
さくら苑 立願の森
理事長　山田　勝徳　様

# 身元引受証

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿のさくら苑 立願の森の入居に際し、入居後の

本人の身辺に関する一切を身元引受人として、引き受けることを承諾します。

令和　　年　　月　　日

住　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　柄　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　齢　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯電話　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿