

# 「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

## ◆特別養護老人ホーム 千松の郷 II 番館◆

当施設は介護保険の指定を受けています。

(指定事業者番号 彦根市 第 2590200214 号)

当施設はご入居者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要やご提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入居は、原則として要介護認定審査の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

### ◇◆ 目 次 ◆◇

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 施設の概要
4. 居室の概要
5. 職員の配置状況
6. 緊急時の対応
7. 契約締結時からサービス提供までの流れ
8. サービス提供における事業所の義務
9. 業務継続計画の策定
10. 虐待の防止
11. 身体拘束の防止
12. ハラスメントの防止
13. 個人情報の保護
14. 当施設が提供するサービスと利用料金
15. 施設利用の留意事項
16. ご入居者の施設退去について
17. 身元保証人のお願い
18. 苦情の受付について
19. 事故発生時の対応
20. 損害賠償責任について

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 日野友愛会
- (2) 法人所在地 滋賀県蒲生郡日野町深山口 524
- (3) TEL 0748-53-0261
- (4) FAX 0748-53-0611
- (5) 代表者氏名 理事長 奥田 秀
- (6) 設立年月日 平成9年 1月 27日

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- (2) 施設の運営方針

### ○運営方針

- 1 施設は彦根市の条例（注1）を遵守し、ご入居者一人一人の意志及び人格を尊重し、ご入居者の居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいてご入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことができるよう介護サービスの提供に万全を期する。
- 2 施設は明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスの提供者との密接な連携に努める。

注1 「彦根市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備および運営に関する基準等を定める条例」

（平成25年3月26日条例第1号）

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 千松の郷 II 番館
- (4) 施設の所在地 滋賀県彦根市松原町 524 番地
- (5) TEL 0749-22-2255
- (6) FAX 0749-22-2250
- (7) 施設長 橋口 直貴
- (8) 施設の基本理念

私たちは智を用い、正しき道を進み

愛情と感謝の心を持ち皆様との信頼の礎とし幸せを追求します

- (9) 開設年月日 平成27年 5月 1日
- (10) 定員 3ユニット各8名 8名 13名の合計29名

### 3. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄骨造（一部鉄筋コンクリート造） 2階建

(2) 建物の延床面積 1,280.50㎡

(3) 施設の周辺環境

琵琶湖を主とした自然と彦根城や小浜御殿などの歴史や文化に囲まれ、恵まれた環境です。

### 4. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備 考
個室（1人部屋）	29 室	1 階の居室にはトイレが設置
浴室	4 室	一般浴、特殊浴槽
医務室	1 室	
共同生活室	3 室	
トイレ	5 室	1 階 1 箇所、2 階の各ユニットに 2 箇所設置

※上記は、彦根市条例（注 1）が定める基準により、指定地域密着型介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご入居者に特別にご負担いただく費用はありません。

※居室の変更はご入居者から居室の変更希望があった場合は、居室の空き状況により施設でのその可否を決定します。又、ご入居者の心身の状況により居室を変更していただく場合もあります。

注 1「彦根市指定地域密着型サービスの人員、設備および運営に関する基準等を定める条例」  
（平成 25 年 3 月 26 日条例第 1 号）

### 5. 職員の配置状況

[令和 7 年 4 月 1 日時点]

当施設では、ご入居者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設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。

※職員の配置状況については、彦根市の基準を遵守します。

#### 〈 主な職員の配置状況 〉

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	0.5 名	1 名
2. 介護職員	15 名	10 名
3. 生活相談員	0.5 名	1 名
4. 看護職員	2.1 名	1 名
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名
6. 計画作成担当者	0.5 名	1 名
7. 医師	1 名	1 名
8. 管理栄養士	1 名	1 名

…看護師と兼務

9. 歯科衛生士	1 名	必要数
10. 理学療法士	1 名	必要数

※常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延長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（例：週 40 時間）で除した数です。（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

#### 〈配置職員の職種〉

施設長（管理者）・・・ご入居者サービスにかかる総括責任者、施設管理者です。

介護職員・・・ご入居者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

生活相談員・・・ご入居者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

看護職員・・・主にご入居者の健康管理や療養上のケアを行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員・・・ご入居者の機能訓練を担当します。

計画作成担当者・・・ご入居者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

医師・・・ご入居者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

管理栄養士・・・ご入居者個々にあった栄養管理・給食管理を行います。

歯科衛生士・・・ご入居者に対して口腔衛生の管理を行います。

#### 〈主な職種の標準的な勤務体制〉

職種	勤務区分	始業時刻	終業時刻
介護職員	B 勤務	7:30	16:30
	D 勤務	8:30	17:30
	F 勤務	9:30	18:30
	I 勤務	11:00	20:00
	Q 勤務	9:00	16:00
	夜勤	16:15	8:45
生活相談員	F 勤務	9:30	18:30
看護師 （機能訓練指導員 兼務）	D 勤務	8:30	17:30
	F 勤務	9:30	18:30
計画作成担当者	F 勤務	9:30	18:30
医師	毎週金曜日	14:00	15:00
管理栄養士	F 勤務	9:30	18:30
歯科衛生士	F 勤務	9:30	18:30
理学療法士			

## 6. 緊急時の対応

### ○身体状況急変時

看護師を中心とした緊急体制をとっております。ご入居者の容態に変化等があった場合は、医師に連絡する等、必要な措置を講ずるほか、ご家族等へ速やかに連絡します。

### ○災害時

非常災害その他緊急事態に備えて、防災及び避難に関する計画を作成し、定期的に避難訓練を行い、災害時に備えております。また、地域との連携体制や備蓄品も用意しております。

### ○感染症発症時

感染症対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生に備えております。感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。

## 7. 契約締結時からサービス提供までの流れ

ご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及び、栄養・給食管理については、入居後作成する「施設サービス計画書（ケアプラン）」・「栄養ケア計画書（栄養ケアマネジメント）」に定めます。「施設サービス計画書（ケアプラン）」・「栄養ケア計画書（栄養ケアマネジメント）」の作成及びその変更は、次の通り行います。

### ○「施設サービス計画（ケアプラン）」

- ①当施設のサービス計画作成担当者（ケアマネジャー）に施設サービス計画の原案作成やその為に必要な調査など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、ご入居者及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要介護認定期間内もしくはご入居者及びそのご家族の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、ご入居者及びそのご家族等と協議して、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、ご入居者及びご家族に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。
- ⑤施設サービス計画は入居者本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努め作成します。

## 8. サービス提供における事業者の義務

当施設はご入居者に対してサービス提供をするにあたって、次の事を守ります。

- ① ご入居者の生命、身体の安全・確保に配慮します。
- ② ご入居者の体調、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、ご入居者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、ご入居者に対して、年2回の避難救出その他必要な援助を行います。
- ④ ご入居者が受けている要介護認定の有効期間満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ ご入居者に提供したサービスについて記録を作成し、完結の日から2年間保管します。また、入居者またはそのご家族請求に応じて、これを閲覧をさせるとともに必要な場合は複写物を交付します。
- ⑥ ご入居者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご入居者または他のご入居者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載し、ご家族同意の上、事実を明確にし、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または従業員はサービスを提供するにあたって知り得たご入居者またはご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。ただし、ご入居者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関などにご入居者の心身などの情報を提供します。また、ご入居者の円滑な退居のための援助を行う際には、あらかじめ文書にてご入居者の同意を得ます。

## 9. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害が発生した場合において、ご入居者に必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じ、職員に対し業務継続計画について周知するとともに研修及び訓練を定期的実施します。

## 10. 虐待の防止

虐待の発生またはその再発を防止するため以下の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的開催するとともにその結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村に報告を行い、事実確認のために協力します。

(5) 上記の措置を適切に実施するための責任者を定めます。

### 1 1. 身体拘束の禁止

ご入居者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご入居者または他のご入居者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、事前にご入居者及びそのご家族等へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

### 1 2. ハラスメントの防止

適切な介護サービスの提供を確保する観点から、職場内において職員に対する以下のハラスメントの防止のために必要な措置を講じます。ここで示すハラスメントとは、行為者を限定せず優越的な地位または関係を用いたり、拒否、回避が困難な状況下で下記(1)から(3)のいずれかの行為に該当するものとします。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす行為(回避して危害を免れた場合も含む)
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり貶めたりする行為
- (3) 意に沿わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ

○その他の禁止行為

長時間の電話、頻回な電話、理不尽な要求、過度な要求、特定の職員への攻撃

○ご遠慮いただきたい行為

個人的な贈り物や差し入れ、個人的な勧誘など

### 1 3. 個人情報保護

施設が得たご入居者の個人情報については、事業所内のサービスの提供以外の目的では原則的には利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じてご入居者又はご家族等の同意を得ます。

### 1 4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご入居者に対して以下のサービスを提供します。

- (1) 当施設が提供する基準介護サービスについて

次のサービスについては、居住費、食費を除き介護保険負担割合証に記載された割合の額に基づいて介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

#### ①施設介護サービス計画の作成

・アセスメントによって気づいた課題についての解決策を実現するために必要な日常生活のサービス計画を立案します。

#### ②居室の提供 全室個室

#### ③食事

・当施設では、個々のご入居者につきまして、施設長、管理栄養士、医師、看護師、サービス計画作成者、生活相談員と協議の上、ご入居者の身体の状態・嗜好及びご希望に考慮した食事を提供します。

・ご入居者の自立支援のため、離床して食事をとっていただける様に支援します。

朝食 8：00～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～

#### ④入浴

・日中に週2回（入浴できない場合は、清拭を行うことや翌日の入浴に変更します。）

※身体的に重度の方でも入浴できるように4種の機械浴槽を用意しています。

#### ⑤排泄

・排泄の自立を促すため、ご入居者の身体能力を活用した支援、援助を行います。

#### ⑥機能訓練

・ご入居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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

#### ⑦健康管理

・医師や看護職員が健康管理を行います。また年1回定期健康診断を実施します。

#### ⑧その他の自立への支援

・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう支援します。

#### ⑨生活相談

・相談員はご入居者及びそのご家族からの生活相談に応じます。

#### ⑩栄養管理

・ご入居者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう各入居者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。

#### ⑪口腔衛生

・事業者及びサービス従事者または従業員はご入居者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。

〈 当事業所にて算定する各種加算について 〉

#### ○看護体制加算（Ⅰ） 12単位/日

常勤の看護師を1人以上配置していることにより算定されます。

#### ○看護体制加算（Ⅱ） 23単位/日

ご入居者25人ごとに常勤換算で1人以上看護師を配置し、24時間の連絡体制を整えていることにより算定されます。

#### ○栄養マネジメント強化加算 11単位/日

管理栄養士が週に3回以上のミールラウンドによりご入居者一人ひとりの摂食、嚥下機能及び食形



態に配慮し、多職種が連携して栄養ケア計画を3か月に1回作成し、ケア計画に従い栄養管理を行い記録します。定期的に進捗状況を評価し、情報を厚生労働省に提出していることで算定されます。必要に応じて当該計画を見直し、情報を活用します。

○夜間配置加算（Ⅱ） 46単位/日

夜間配置職員を「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」に規定する指定介護老人福祉施設に置くべき夜間職員数に1名以上を配置することにより算定されます。

○サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18単位/日

施設における介護職員のうち、介護福祉士が占める割合が6割以上であることで算定されます。

○科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 50単位/月

ご入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他ご入居者の心身の状況等に係る基本的な情報に加えて、ご入居者ごとの疾病の状況等の情報を厚生労働省に提出していることで算定されます。必要に応じて施設サービス計画の見直しなど情報を活用します。

#### 〈 サービス利用料金（1日あたり）〉

下記の利用料金表によって、ご入居者の要介護度に応じたサービス利用料金から「介護保険付費額を除いた金額（自己負担額）」と食事及び居住費に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いいただくことになります。（サービスの利用料金は、ご入居者の要介護度に応じて異なります。）

※当施設は彦根市（6級地）に所在するため、単位数に10.27を乗じて得た金額をご入居者の介護保険負担割合証に記載された割合の額となります。

#### 1 割負担の場合

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. 介護サービス費	682 単位	753 単位	828 単位	901 単位	971 単位
2. 地域区分（1単位）	10.27	10.27	10.27	10.27	10.27
3. サービス利用料	7,004 円	7,733 円	8,503 円	9,253 円	9,972 円
4. 介護保険給付額	6,303 円	6,959 円	7,652 円	8,327 円	8,974 円
5. サービス利用に係る自己負担額（3-4）	701 円	774 円	851 円	926 円	998 円
6. 食費	1,600 円				
7. 居住費	2,500 円				
8. 看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）	36 円				
9. 栄養マネジメント強化加算	12 円				
10. 夜勤配置加算（Ⅱ）	48 円				
11. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	19 円				
12. 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	52 円				
13. 自己負担額合計 （5+6+7+8+9+10+11+12）	4,968 円	5,041 円	5,118 円	5,193 円	5,265 円

所得に応じて減額があります。

## 2割負担の場合

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. 介護サービス費	682単位	753単位	828単位	901単位	971単位
2. 地域区分（1単位）	10.27	10.27	10.27	10.27	10.27
3. サービス利用料	7,004円	7,733円	8,503円	9,253円	9,972円
4. 介護保険給付額	5,603円	6,186円	6,802円	7,402円	7,977円
5. サービス利用に係る 自己負担額（3-4）	1,401円	1,547円	1,701円	1,851円	1,995円
6. 食費	1,600円				
7. 居住費	2,500円				
8. 看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）	72円				
9. 栄養マネジメント強化加算	23円				
10. 夜勤配置加算（Ⅱ）	95円				
11. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	37円				
12. 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	103円				
11. 自己負担額合計 （5+6+7+8+9+10）	5,831円	5,977円	6,131円	6,281円	6,425円

## 3割負担の場合

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. 介護サービス費	682単位	753単位	828単位	901単位	971単位
2. 地域区分（1単位）	10.27	10.27	10.27	10.27	10.27
3. サービス利用料	7,004円	7,733円	8,503円	9,253円	9,972円
4. 介護保険給付額	4,902円	5,413円	5,952円	6,477円	6,980円
5. サービス利用に係る 自己負担額（3-4）	2,102円	2,320円	2,551円	2,776円	2,992円
6. 食費	1,600円				
7. 居住費	2,500円				
8. 看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）	108円				
9. 栄養マネジメント強化加算	34円				
10. 夜勤配置加算（Ⅱ）	142円				
11. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	56円				
12. 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	154円				
11. 自己負担額合計 （5+6+7+8+9+10）	6,696円	6,914円	7,145円	7,370円	7,586円

〈 該当した月のみ算定する加算 〉

○口腔衛生管理加算（Ⅱ） 110 単位/月

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、ご入居者に月 2 回口腔ケアを行い、厚生労働省へデータを提出した場合に算定されます。

○看取り加算

死亡日以前 31～45 日 72 単位/日 (15 日限度)

死亡日以前 4～30 日 144 単位/日 (27 日限度)

死亡日の前日・前々日 680 単位/日 (2 日)

死亡日 1,280 単位/日 (1 日)

○初期加算 30 単位/月

入居した日から起算して 30 日以内の期間について算定されます。また、30 日を超える病院、診療所へ入院後に再び施設に入居した場合も同様です。(30 日限度)

○入院外泊時加算 246 単位/日

病院または診療所へ入院された場合および居宅などへ外泊された場合、翌日より算定されます。  
(1 ヶ月に 6 日限度)

○安全対策体制加算 20 単位/月

外部研修を受けた担当者を配置して、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制を整備することにより算定されます。(入所初月のみ)

〈 上記以外の加算 〉

○介護職員等処遇改善加算・・・月の総利用単位数における、14.0%が加算されます。

◇世帯全員が市町村民税非課税の方の場合は、居住費・食費の負担が減額されます。

### 居住費・食費 負担限度額表

※令和 6 年 8 月から

利用者負担段階	主な対象者	
第 1 段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。） 全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等が、 単身で 1,000 万円 夫婦で 2,000 万円以下
第 2 段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、 年金収入等合計＋合計所得金額が 80 万円以下	預貯金等が、 単身で 650 万円 夫婦で 1,650 万円以下
第 3 段階①	・世帯全員が市町村民税非課税であって、課税年金収入 等合計＋合計所得金額が 80 万円超 120 万円以下	預貯金等が、 単身で 550 万円 夫婦で 1,550 万円以下
第 3 段階②	・世帯全員が市町村民税非課税であって、 年金収入等合計＋合計所得金額が 120 万円超	預貯金等が、 単身で 500 万円 夫婦で 1,500 万円以下
第 4 段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

	基準費用額 (月額)	負担限度額（月額）			
		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②
食費	1,445 円	300 円	390 円	650 円	1,360 円
居住費	2,066 円	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円

第 4 段階の方の食事の内訳は下記の通りになります。

朝食 240 円 昼食(おやつ代含む) 700 円 夕食 660 円

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご入居者の負担となります。

①食事の提供に要する費用

ご入居者に提供する食事に係る費用です。実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担となります。

②居住に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等））

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）を、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日あたり）のご負担となります。

※外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合は7日目以降、第1段階・第2段階の方は820円、第3段階の方は1,310円 第4段階の方は入院した翌日より2,500円をご負担いただきます。

③特別な食事

ご入居者のご希望に基づいて提供した食事の実費

④理髪サービス

理容師の出張理髪サービス（整髪、顔そり、洗髪、カラー、パーマ）があります。

サービスに要した費用の実費

⑤貴重品などの管理

ご入居者の希望により、金銭など管理サービスを利用いただけます。

お預かりできるもの：預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑など 1ヶ月当たり1,000円

⑥教養娯楽費・クラブ活動参加費

ご入居者の希望により参加されたレクリエーション、行事などに要した費用の実費

外食、入館料、参加費、材料費など

⑦複写物の交付

複写物（コピー）を必要とされる場合は交付します。 1枚につき10円

⑧日常生活上必要となる諸費用

○個人用の日用品について、個人の嗜好に基づく、いわゆる「贅沢品」

○私物の洗濯代（入居者の希望によるクリーニング店へ依頼するもの）

○予防接種にかかる費用

要した費用の実費

○電気使用料

持ち込まれた電化製品（テレビ、電気毛布、冷蔵庫など）1品目1ヶ月当たり1,000円

○医療物品費

要した費用の実費

⑨契約書第 19 条に定める所定の料金

ご入居者が契約終了後も居室を明け渡さない場合など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を請求させていただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金、費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日迄に以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1ヶ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き落とし

イ. 下記指定口座へのお振込み

滋賀銀行 日野支店 普通預金 598577

社会福祉法人 日野友愛会 理事長 奥田 秀

ウ. 窓口での現金支払い

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とされる場合は、ご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・入院治療を補償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	医療法人恭昭会 彦根中央病院
所在地	彦根市西今町421番地

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	エムデンタルオフィス
所在地	彦根市松原町1435-111

## 15. 施設利用の留意事項

当施設へのご入居にあたって、施設に入居されているご入居者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

### (1) 持ち込みの制限

入居にあたり、以下の物は原則として持ち込むことができません。

○大型家具    ○ペット    ○危険物

※上記以外の物に関しては原則自由です。ただし、居室のスペースや介護に支障のない範囲内でお願い致します。

### (2) 面会

面会時間    10:00～17:00

※訪問時は、玄関窓口にある面会カードに記入し提出してください。

※訪問される場合は、布教活動や政治活動、営利活動はご遠慮ください。

### (3) 外出、外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。

※ただし外泊期間中、1日につき820～2,500円（介護保険から給付される費用の一部と居住に係る自己負担額）をご負担いただきます。

### (4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があった場合には、食事に係る料金はいただきません。当日の申し出に関しては、所定の金額をいただきます。

※ただし、緊急の入院・通院などの場合は、その限りではありません。

### (5) 施設・設備の使用上の注意

・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

・故意に又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご入居者の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

・ご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の必要があると認められる場合には、ご入居者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。但し、その場合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。

### (6) 喫煙

喫煙場所以外での喫煙はできません。

### (7) 感染症等の発生・流行時

施設内での蔓延防止のため、ご家族等の面会、ご入居者の外出等について制限することもありますので、ご協力をお願いします。

## 16. ご入居者の施設退去について

入居契約の終了時期については特段の定めはありません。ただし、下記の事項に該当する場合は、当施設との契約は終了し、退去となります。

- ①入居後に要介護認定によりご入居者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合及び要介護1または要介護2と認定された場合で、特例入所の要件に該当しない場合
- ②契約者が死亡した場合
- ③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
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤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
- ⑥ご入居者から退去の申し出があった場合（詳細は以下（1）をご参照ください。）
- ⑦事業所から退去の申し出を行った場合（詳細は以下（2）をご参照ください。）

### （1）ご入居者から退去の申し出があった場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期限であっても、ご入居者から退去を申し出ることができます。その場合には、退去を希望する日の7日前までに解約届書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即日に関約を解約・解除し、施設を退去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ご入居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を違反した場合
- 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ご入居者の身体・財産物・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他の入居者がご入居者の身体・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) 事業者から退去の申し出を行った場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退去していただくことがあります。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご入居者が契約締結時に、ご入居者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</li><li>② ご入居者による、サービス利用料金の支払が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を支払わない場合</li><li>③ ご入居者が故意また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ご入居者等の生命・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重大な問題を生じさせた場合</li><li>④ ご入居者またはその身元保証人、ご家族、その他関係者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業所の事前の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となったときは、文書による通知によりこの契約を解除することができる。</li><li>⑤ ご入居者が連続して長期間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</li><li>⑥ ご入居者が介護老人保健施設に入居した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合</li></ul> |
|--|

※ご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、医療機関への入院の必要性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することができます。ただし、入院期間であっても、所定の居住費をご負担いただきます。また、1日につき外泊時加算（介護保険負担割合証に記載された割合）をご負担いただきます。

### ②6日間以上3ヶ月以内の入院の場合

6日以上入院された場合には、契約を解除する場合があります。但し、契約を解除した場合であっても、3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に優先的に入居できるよう努めます。

### ③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

入院後に、医師が退院について3ヶ月を超える見込みがあると判断した場合または退院の見込みが無いと判断した場合には契約を解除します。この場合には、当施設に再び、優先的に入居することはできません。

※入院期間であっても、所定の居住費についてはご負担いただきます。

### (3) 円滑な退居のための援助

ご入居者が当施設を退居する場合には、ご入居者の希望により、事業者はご入居者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な対処のために必要な以下の援助をご入居者に対して速やかに行います。

○適切な病院、診療所また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または福祉サービスの提供者の紹介

※社会情報の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、金額の変更をすることがあります。

その場合は、事前に変更の内容と変更する事由について、変更前にご説明します。

## 17. 身元保証人のお願い

契約締結にあたり、下記の内容で身元保証人をお願い致します。

○ご入居者の利用料及び、入院時等の医療費の連帯保証をお願い致します。

○入居契約が終了した後、当施設に残されたご入居者の所持品（残置物）をご入居者が引き取れない場合、ご入居者に代わりお引き取り願います。

## 18. 苦情の受付について

(1) 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 : 橋口 直貴（施設長）

○苦情受付担当者 : 久良木 千鶴

○第三者委員 : 儀峨 嘉氏

蒲生郡日野町大字深山口 721 番地

TEL 0748-52-0858

岸村 嘉幸

蒲生郡日野町大字上駒月 1635 番地

TEL 0748-52-3601

○受付時間 : 毎週月曜日から金曜日の 10:00～17:00

(ただし、12月29日から1月3日は除きます。)

苦情受付ボックスを受付横に設置しています。

○受付方法

苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることも出来ます。

○苦情のための話し合い

寄せられたご意見や、苦情に対して施設長が責任者となって、関係機関と相談しながら、申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

○解決不能の場合

当施設で解決ができない苦情は滋賀県社会福祉協議会に設置された滋賀県運営適正化委員会

に申し立てることができます。

・滋賀県運営適正化委員会（あんしん・なっとく委員会）

電話番号 077-567-4107

ファックス番号 077-561-3061

電子メール c-ansin@mx.biwa.ne.jp

〒525-0072

草津市笠山 7-8-138

県立長寿社会福祉センター 2 階

（２）当施設以外の苦情受付

・彦根市高齢福祉推進課

彦根市平田町 670 番地

電話番号

0749-23-9660

・滋賀県国民健康保険団体連合会

大津市中央四丁目 5 番 9 号

電話番号

077-510-6605

## 19. 事故発生時の対応

当施設において、事業所の責任によりご入居者に損害が生じた場合は、速やかにご入居者のご家族に対して連絡させていただきます。また、行政担当課に報告を行うとともに、再発防止のための対策を講じます。

## 20. 損害賠償責任について

（１）事業所の責任により、ご入居者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を補償いたします。

（２）事業所は、民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しています。前項規程の賠償に相当する可能性がある場合は、ご入居者又はご家族の方に当該保険の調査等の手続きにご協力願います。ただし、その損害の発生についてご入居者に故意又は過失が認められる場合には、損害賠償額を減じることができます。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

指定地域密着型介護老人福祉施設サービスについて、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者	職名	氏名
-----	----	----

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

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ました。

契約者	住所
	氏名

身元保証人	住所
	氏名