

ユニット型「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

特別養護老人ホーム 桜の華

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(栃木県指定 第0972700678)

当事業所はご利用者に対してユニット型指定介護老人福祉施設サービスを提供します。事業所の概要や提供サービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

*当サービスの利用は、原則として要介護指定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

◆◇目次◇◆

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 事業者 | 11. 非常災害対策 |
| 2. 事業所の概要 | 12. 造作・模様替えの制限 |
| 3. 職員の配置状況 | 13. 苦情の受付について |
| 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 14. サービスの利用に関する留意事項 |
| 5. サービス利用中の医療の提供について | 15. サービス内容の説明等について |
| 6. 施設を退所していただく場合 | 16. 衛生管理・感染症対策 |
| 7. 身体拘束の禁止 | 17. 損害賠償について |
| 8. 守秘義務 | 18. 事故発生・再発防止のための措置 |
| 9. 情報提供 | |
| 10. 緊急時の対応 | |

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 福桜会 |
| (2) 法人所在地 | 栃木県真岡市久下田712-8 |
| (3) 電話番号 | 0285-74-5520 |
| (4) 代表者名 | 橋本 美千子 |
| (5) 設立年月日 | 平成16年11月4日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定介護老人福祉施設・平成17年9月1日指定
栃木県0972700678号 |
| (2) 当事業所の運営方針 | 社会福祉法人福桜会が運営するユニット型指定介護老人福祉施設特別養護老人ホーム桜の華の運営及び利用について必要な事項を定め桜の華の円滑な運営を図る。 |

- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム桜の華
- (4) 事業所の所在地 栃木県真岡市久下田 7 1 2 - 8
- (5) 電話番号 0 2 8 5 - 7 4 - 5 5 2 0
- (6) 事業所長 (管理者) 佐藤 里美
- (7) 開設年月 平成 1 7 年 9 月 1 日
- (8) 入居定員
- | | | | | |
|-----|------|-------|------|-------|
| 2 F | 霞桜 | 1 0 名 | しだれ桜 | 1 0 名 |
| 3 F | 山桜 | 1 0 名 | 富士桜 | 1 0 名 |
| 4 F | 染井吉野 | 1 0 名 | 八重桜 | 1 0 名 |
| | 合計 | 6 0 名 | | |

(9) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
居室 (1 人部屋)	6 0 室	
合 計	6 0 室	
共 同 生 活 室	6 室	
機 能 訓 練 室	1 室	
浴 室	3 室	
医 務 室	1 室	

- ＊ 上記の施設・設備は、厚労省が定める基準により指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。上記の施設・設備の利用にあたって、ご利用者に別途居住費のご負担があります。
- ☆ 居室の変更：ご利用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の可否を決定いたします。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況と勤務体制について

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供する職員として以下の種類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	常勤換算	指定基準
1. 事業所長 (管理者)	1 名	1 名
2. 介護職員	2 4 名以上	2 0 名
3. 生活相談員	1 名	1 名
4. 看護職員	3 名以上	3 名
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名
6. 介護支援専門員	1 名	1 名
7. 医師 (委託)	1 名 (非常勤)	1 名 (非常勤)
8. 管理栄養士	1 名	1 名

＊ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延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（週 40 時間）で除した数です。

＊ 職員の勤務時間については下記の通りになりますが、ユニットにより多少の変更がある場合あり。

早番：6：30～15：30 日勤：8：30～17：30

遅番：12：30～21：30 夜勤：21：30～6：30

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合があります。
- (3) 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第3条、第5条参照）

以下のサービスについては、利用料金の通常 7 割～9 割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①入 浴

- ・ 入浴又は清拭を週 2 回以上行います。また、ご希望に応じても対応いたします。
- ・ 寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排 泄

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

③機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご利用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訓練を実施します。

④その他自立への支援

- ・ 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援助します。

＜サービス利用料金（1 日あたり）＞

※基本料金表は別紙参照としてください。

介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。利用者の収入に応じて居住費、食費の負担限度額制度あり。

〈サービスの概要〉

(1) ①居 住 費 1 日当たり 2, 0 6 6 円

②食 事 1 日当たり 1, 7 5 0 円

- ・ 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用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。
- ・ ご利用者の自立支援のため離床として共同生活室にて食事をとっていただくことを原則としています。

朝食：7：30～ 9：00 昼食：12：00～13：30 夕食：18：00～19：30

③ 特別な食事

ご利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴う必要となる実費。

④ 理容・美容サービス（ご希望に応じてご利用できます。）

理美容師の出張による理髪・利用サービスをご利用いただけます。

利用料金：１回あたり （例） １，５００円（カットのみの場合）

⑤ 預り金の管理

管理料金：１か月あたり２００円をいただきます。

⑤ 電気光熱費：１ヶ月あたり１５００円をいただきます。

⑦ 教養娯楽費（レクリエーション・クラブ活動）

ご利用者がレクリエーションなどでお使いになる材料費として、１ヶ月あたり３００円をいただきます。

⑧ 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ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

⑨ 個人的な嗜好品・食品 実費

⑩ 健康管理費（インフルエンザ予防接種料、診断書発行料等） 実費

⑪ ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合

ご利用者が、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つき契約時の実費をいただきます

（１） 利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、月末締めで計算し、翌月１５日までに請求書を送付いたしますので、以下の方法で２７日までにお支払い頂きます。

※引き落としは毎月２７日です。２７日が土日祝祭日は翌営業日となります。

☐ 金融機関からの自動引落とし ☐ 指定口座への振込

※ 原則として金融機関からの自動引落としをお願いいたします。

（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いたします。）

常陽銀行	久下田支店	（普通）
（名義）	社会福祉法人 福桜会	口座番号 １１８２９７１

◎指定口座への振込み手数料はお客様負担とさせていただきます。

◎自動引落としの手数料につきましては施設負担といたします。

5. 入居利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、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	芳賀赤十字病院
所在地	栃木県真岡市中萩二丁目 10 番地 1

②協力歯科機関

医療機関名称	小貫歯科医院
所在地	栃木県真岡市久下田 7 7 7

6. 施設を退所していただく場合

- (1) 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当該するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

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. ご利用者が入院した場合
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ご利用者の身体・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. 他の利用者がご利用者の身体・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）（契約者第 16 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの求めにより退所していただくことがあります。

1. ご利用者が、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、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
2. ご利用者による、サービス利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延した場合
3. ご利用者が、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。迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。その他でもセクシャルハラスメント、カスタマーハラスメント等の迷惑行為をした場合
4. ご利用者が連続して 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
5. ご利用者が他の施設へ入所となった場合

上記、(3) 項目4「利用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、短期入院の場合

1か月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入居することができます。但し、入院期間中であっても所定の料金をご負担いただきます。（1日あたり246円＋居住費）

② 上記期間を超える入院の場合

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。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に当施設の受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。なお、短期入院の期間を超えた場合は7日目から居住費として2,066円全額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、契約を解除する場合があります。

この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

〈入院期間中の利用料金〉

① 入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

② 入院期間中であっても居住費をご負担いただきます。

③ ご契約者が利用していた居室を短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金及び居住費等をご負担いただく必要はありません。

(4) 円滑な退所のための援助（契約者第17条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合は、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、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利用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. 身体拘束の禁止及び虐待の防止について

ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するため「緊急時等やむを得ない場合」を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。

- * 「緊急やむを得ない場合」とは認知症高齢者が暴れて本人もしくは他のご利用者または施設の設備等に危害を及ぼす危険性がある場合。
- * 「緊急やむを得ず身体拘束を行う場合」はその様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急時やむを得なかった理由を記録すると共に家族への同意を求めます。
- * 入居期間中においては、職員による虐待行為を禁止しています。虐待行為とは身体的虐待、経済的虐待、性的虐待、精神的虐待、放任、放置があります。

8. 守秘義務について

事業者、サービス従事者、従業員は業務上知りえたご利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なくほかのサービス従事者や従業員に漏洩いたしません。

- (1) 従業員は採用時の雇用契約において遵守するむね締結します。
- (2) 守秘義務は本契約の終了後又は事業者の破産、従業員が退職した後も存続します。

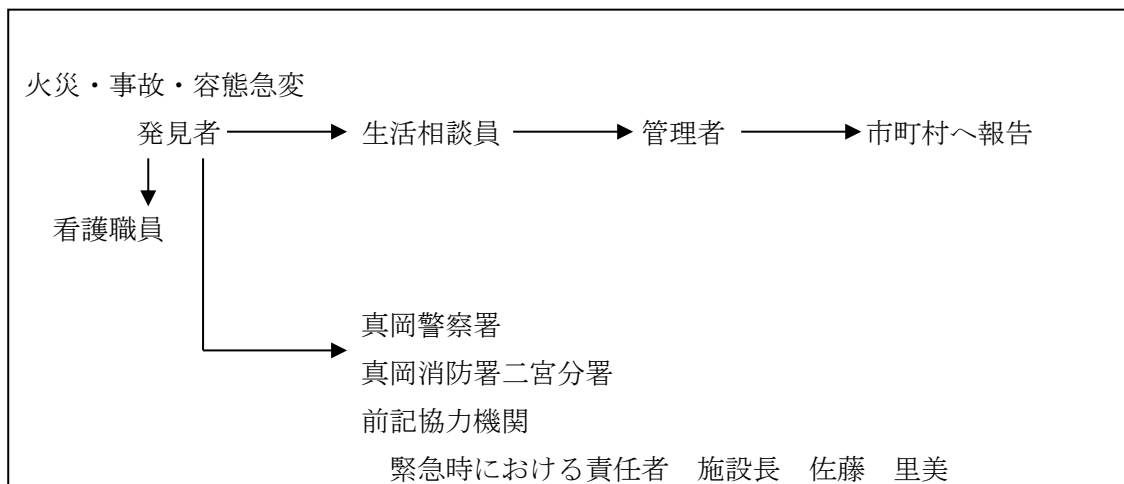
9. 情報提供について

- (1) ご利用者に医療上、介護上、緊急の必要性がある場合には事業所は医療機関等にご利用者の心身に関する情報を提供することができます。
- (2) ご利用者が退所される場合で退所のための援助を行う際に、ご利用者に関する情報を提供する場合はあらかじめ文書でご利用者の同意を得るものとします。

10. 非常災害対策

施設の消防計画書に基づき訓練計画を立て、非常災害に備えるため年に2回非難、誘導、救出その他の訓練を行ないます。

11. 緊急時の対応



- (1) ご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) ご利用者に対する指定介護老人福祉施設の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故発生時における職員の対応方針を定めた事故対応マニュアルを作成し、職員に徹底いたします。

1 2. 造作・模様替えの制限

ご利用者及びご利用者代理人は、居室の造作・模様替えをするときは、事業者に対して予め書面によりその内容を届け出て、事業者の承認を得なければなりません。また、造作・模様替えに要した費用および契約終了の原状回復費用はご利用者又はご利用者代理人の負担とします。また、災害時の居室の損傷については、施設で修復をおこないますが、ご自身でお持込になっている物品については自己負担となりますのでご了承下さい。

1 3. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けています。

○ 苦情受付窓口（担当者） 高松 千穂

〔職名〕 事務課長

○ 受付時間 8：30～17：30

○ 電話番号 0285-74-5520

(2) 当施設における苦情解決体制（苦情解決委員会）

苦情解決責任者	役職名	施設長		
	氏 名	佐藤 里美		
苦情解決担当者	役職名	事務課長		
	氏 名	高松 千穂		
第三者委員	氏 名	菅又 英子	住 所	真岡市久下田852-1
	氏 名	添野 トモ子	住 所	真岡市石島731-2

(3) 行政機関その他苦情受付機関

真岡市役所 高齢福祉課	所在地	栃木県真岡市荒町5191		
	電話番号	0285-83-8195		
栃木県国民健康保険 団 体 連 合 会	所在地	栃木県宇都宮市本町12-11		
	電話番号	028-643-2220		
栃 木 県 運 営 適 正 化 委 員 会	所在地	とちぎ福祉プラザ内		
	電話番号	028-622-2941		

(3) 苦情・相談の流れは別紙のとおりです。

※当施設においては、提供するサービスの第三者評価は実施していません。

1 4．サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されているご利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(ア) 持ち込みの制限

利用にあたり、下記のものは原則として持ち込むことができません。

動物、火気類、ナイフなどの危険物等

(イ) 面会

面会者は、必ずその都度面会受付票に記入し職員に声を掛けて面会されるようお願いいたします。

- ① 食べ物等を持参された場合は、必ず職員に声を掛けて下さい。窒息の恐れのあるもの（饅頭、大きい飴等）、また腐りやすいもの等のご遠慮願います。

※ 事情により食べ物等の制限のある入居者様もおりますので他の入居者様への差し入れはご遠慮ください。

(ウ) 外出・外泊

(エ) 外出・外泊される場合は、事前に御申し下さい。

- ① 外泊については、1ヶ月につき連続して7泊、複数の月をまたがる場合には、連続して12泊以内とさせていただきます。
- ② 外泊期間中は、1日につき246円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

(オ) 施設・設備の使用上の注意

- ① 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下さい。
- ② 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、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ ご利用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、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。
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。
- ④ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。その他でもセクシャルハラスメント等の迷惑行為を禁止します。

(カ) 喫煙について

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

1 5．サービス内容の説明等について

ユニット型指定介護老人福祉施設の利用開始に際し、あらかじめご利用者又はその家族に対し、介護従事者の勤務の体制、提供するサービス内容と利用料金、協力医療機関、その他利用者のサービスに資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、ご利用申込者の同意を得るものとします。

1 6. 衛生管理・感染症対策

ユニット型指定介護老人福祉施設の介護サービスを提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意します。

従業員は、食中毒及び感染症の発生を予防するための措置等について、必要に応じて県東健康福祉センターの助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保ちます。

1 7. 損害賠償及び事故発生・再発防止のための措置

当施設において事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

ご利用者に対する指定介護老人福祉サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに保険者、ご利用者のご家族等への連絡を行うと共に必要な措置をとらせていただきます。また、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録すると共に職員の対応方針を定めた事故マニュアルに基づき対応させていただきます。

令和 年 月 日

ユニット型指定介護老人福祉施設介護サービスの提供開始に際し、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	桜の華
説明者 職名 生活相談員	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、内容及び指定介護老人福祉施設介護サービスの提供開始に同意いたします。

上記の同意を証するための署名捺印のうえ2通作成し、1通を受領いたしました。

契 約 者	住所	
	氏名	印

代理契約者兼連帯保証人	住所	
	氏名	印

令和7年 4月1日 改定