



社会福祉法人 寿 光 会
八尾地域密着型介護老人福祉施設
「特別養護老人ホーム 楽 寿」
重要事項説明書

当施設はご契約者に対して、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容及び契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1 指定介護老人福祉施設を運営する法人

事業者の名称	社会福祉法人 寿光会 (じゅこうかい)
本部所在地	大阪府八尾市神宮寺一丁目154番地
代表者氏名	理事長 森 田 浩 稔
連絡先	TEL 072-941-2130
設立年月	昭和53年2月

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 楽 寿						
施設所在地	大阪府八尾市神宮寺一丁目154番地						
管理者氏名	施設長 山 本 洋 祐						
連絡先	TEL 072-943-3603						
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						
利用定員	29名 ※内訳 <table border="1"><tr><td>2階東ユニット</td><td>10名</td></tr><tr><td>2階西ユニット</td><td>9名</td></tr><tr><td>3階東ユニット</td><td>10名</td></tr></table>	2階東ユニット	10名	2階西ユニット	9名	3階東ユニット	10名
2階東ユニット	10名						
2階西ユニット	9名						
3階東ユニット	10名						
指定年月日・指定番号	平成27年3月1日指定 事業者番号 2795500251						
設立年月	平成27年3月1日						

3 施設の目的と運営の方針

施設の目的	施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室（以下「ユニット」という。）ごとにおける地域密着型施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、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入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営めるよう支援することを目指します。
運営の方針	施設入居者の人権尊重に努めるとともに、八尾市・保健・福祉・医療の連携、地域及び地域の方々との連携の強化に努め、高齢者が地域社会において安心して生活を送ることができるよう支援いたします。また、質の高いサービスが提供できるよう、職員の専門性の向上に努めます。

4 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

居 室	◇施設内2・3階に合計 29室 、全て個室（1人部屋）になります。 ◇居室には、 電動ベッド ・ 洗面台 ・ トイレ ・ 収納棚 を備え付けています。
-----	---

共同生活室	◇ユニットごとに居室に近接する共同生活室（リビングルーム）を設けています。 ◇ユニットは、2階部分に2つ、3階部分に1つあります。
浴室	◇各ユニットに個浴を設けています。この個浴は、一般の浴槽とリフト入浴の機能を兼ねています。 ◇特浴室を2階に設けています。個浴での入浴が困難な方にご利用いただけます。
トイレ	居室内以外に、フロアごとに男女共同トイレを設置しています。
その他	医務室（1階）・地域交流室（1階）・屋上庭園 など

*これらの施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく必要はありません。

*居室の変更：ご契約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その可否を決定します。また、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。

5 主な職員の配置状況（短期入所生活介護10床併設施設）（R3/2/1現在）

〈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	指定基準	現員	職 種	指定基準	現員
施設長（管理者）	1名	1名	介護支援専門員（生活相談員）	1名	1名（兼務）
生活相談員（介護支援専門員）	1名	1名（兼務）	機能訓練指導員	名	名
看護職員	1名	2名	管理栄養士	名	名
介護職員	13名	20名	医師	必要数	名

※ 現員は、令和3年2月1日現在の常勤換算後の人数です。

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間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。

（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。

※ 機能訓練指導員、管理栄養士、医師は、本体施設に勤務し一体的に対応します。

〈主な職種の職務内容及び勤務体制〉

職 種	職務内容
	勤務体制・時間（標準的な時間帯における最低配置人員）
介護職員	利用者の日常生活上の介護・援助にあたります。
	早出 7:00～16:00 日勤1 8:00～17:00 日勤2 9:00～18:00 日勤3 10:00～19:00 遅出 11:30～20:30 夜勤 17:10～翌10:00 ※上記勤務形態は、代表的な勤務の一例です。 ※介護職員の勤務時間につきましては、入居者の生活状況に応じて人数・時間を調整しております。
生活相談員	利用者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
	午前 9:00～午後 6:00 1名（介護支援専門員と兼務しています。）
医 師	利用者に対して健康管理や療養上の指導を行います。
	随時（本体施設と、一体的に対応します。）
看護職員	主に利用者の健康管理や療養上の支援を担当し、日常生活の介護も行います。
	9:30 ～ 18:30 2名 ※夜間は看護師不在となります。
介護支援専門員	アセスメント及び入居者又は家族の希望に基づいてサービス計画書を作成、実施状況を把握、必要があれば計画を変更して入居者の満足度を確保します。
	9:00 ～ 18:00 1名（生活相談員と兼務しています。）
機能訓練指導員	身体機能の維持・向上を図る為に、歩行訓練やベッド上での運動等を実施します
	（本体施設と、一体的に対応します。）

管理栄養士	嗜好を考慮した献立作成、栄養管理・栄養ケアマネジメント、経口摂取への移行、療養食の提供、栄養量計算及び食事記録、調理員の指導等の食事業務全般並びに栄養指導に従事します。 (本体施設と、一体的に対応します。)
-------	--

6 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 施設サービスの概要 (介護保険給付対象サービス)

※利用料金の大部分(9割、8割又は7割)が介護保険から給付されます。

食 事	◇管理栄養士の立てる献立表により、栄養はもとより入居者の身体の状態および旬の食材を取り入れ、嗜好を考慮した食事を提供します。 ◇ 食事の提供に要する費用は全額自己負担となります。 ◇ (食事時間の目安) 朝食7:00～ 昼食12:00～ 夕食18:00～ ※ 食事時間はあくまでも“目安”です。入居者個別の生活スタイルや状況に配慮いたします。
入浴・清拭	◇入居者が身体の清潔を保持し、快適な生活を営むことができるよう、週2回以上の入浴または清拭を行います。 ◇寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。
排泄	◇利用者個々の状態に応じ、その能力を最大限活用できるように援助を行います。 ◇施設内で必要なオムツ類は保険給付の対象となっておりますので、施設利用中のオムツ類は当施設で用意致します。(ただし、当方で指定した銘柄に限りします。)
着替え・整容等	◇寝かせきり防止のため、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、適切な着替え・整容の援助をします。
シーツ交換	シーツ交換は定期的に週1回行い、汚れている場合は随時交換いたします。
健康管理	医師や看護職員が、健康管理を行います。
機能訓練	利用者の心身状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
看取り介護	医師が終末期にあると判断した入居者について、医師・看護師・介護職員等が協働し、本人又は家族の同意を得た上で看取り介護を行うことができます。 ※看取り介護を希望される場合は、入居契約とは別に看取り介護に関する契約を結ぶ必要があります。看取り介護を円滑に実施するために、所定の書面内容を十分にご理解・ご承諾いただいた上で、本人又は親族代表者の署名及び捺印が必要です。
療養食サービス	入居者の病状等に応じ、医師の指示により疾患治療の直接手段として、発行された食事せんに基づいた食事を提供させていただくことができます。 (対象となる療養食) 糖尿病食 腎臓病食 肝臓病食 胃潰瘍食 貧血食 脾臓病食 脂質異常症食 痛風食 その他特別な場合の検査食
経口移行サービス	経管栄養の方を対象に、経口摂取を進めるために医師の指示に基づく栄養管理を行います。
経口維持サービス	経口で食事摂取できるものの摂取機能障害を有し、誤嚥が認められる方に対し、医師の指示の下、多職種協働により摂取嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成し、計画に従い特別な管理を行います。 ※「著しい誤嚥が認められる」方については、医療機関において内視鏡検査やビデオレントゲン検査を受けていただく必要があります。
相談および助言	利用者およびその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。(相談窓口) 生活相談員 藤田美圭

(2) **施設の提供するその他のサービス（介護保険給付対象外のサービス）**

※以下は原則、**全額利用者負担**となります。

〈サービスの概要〉

①食事の提供に 要する費用	◇入居者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。実費相当額を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認定を受けている方については、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。 （当説明書6ページ「滞在費及び食事提供に要する費用の負担限度額について」参照） ◇1日あたりの利用者負担額は1,445円となります。 <table><tr><td colspan="6">（食事の提供に要する費用の内訳）</td></tr><tr><td>【朝食】</td><td>419円</td><td>【昼食】</td><td>513円</td><td>【夕食】</td><td>513円</td></tr></table> ◇食費については、喫食数に関係無く、1日あたりの料金となります。 ◇入院・外泊等で1日に全く食事提供が無い場合は、食費は発生しません。	（食事の提供に要する費用の内訳）						【朝食】	419円	【昼食】	513円	【夕食】	513円
（食事の提供に要する費用の内訳）													
【朝食】	419円	【昼食】	513円	【夕食】	513円								
②居住費	◇施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、居住費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認定を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額（1日あたり）のご負担となります。 （当説明書6ページ「滞在費及び食事提供に要する費用の負担限度額について」参照） ◇1日あたりの居住費は2,500円となります。 ◇入院・外泊をされている間、そのベッドを短期入所等で他の利用者が使用していない場合は、<u>その期間の居住費をお支払いいただきます。</u>												
③理容サービス	2が月に1回、理容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。 <table><tr><td>【料金】</td><td>カット</td><td>1,800円・</td><td>顔そり</td><td>600円・</td><td>パーマ・ヘアカラー</td><td>3,800円</td></tr></table>	【料金】	カット	1,800円・	顔そり	600円・	パーマ・ヘアカラー	3,800円					
【料金】	カット	1,800円・	顔そり	600円・	パーマ・ヘアカラー	3,800円							
④貴重品の管理	入居者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。 ○管理する金銭の形態： 施設の指定する金融機関に預け入れている預金 ○お預かりするもの： 上記預貯金通帳と金融機関に届け出た印鑑、有価証券等 ○保管管理責任者： 施設長 福 森 潔 ○管理料： 無料 ○出納方法： ・預金の預け入れ及び引出しが必要な場合、備えつけの入出金依頼書を保管管理者に提出いただきます。 ・保管管理者は上記依頼書の内容に従い、預金の預け入れ及び引出しを行います。 ・保管管理者は入出金記録を作成し、その写しを利用者又はご家族に交付します。 （4半期に1度、またはご依頼があった時）												
⑤レクリエーション等	ユニットごと、或いは施設全体で行うイベントやレクリエーションに参加していただくことができます。 利用料金：作品を製作する時など、材料代等が必要な場合は実費をいただきます。												
⑥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、利用者の日常生活に要する費用で利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。居室内のティッシュペーパーは自己負担です。オムツ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。ただし、事業所が指定したものに限りします。												
⑦居室の 明渡し	入居者が、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><tr><td>利用者の要介護度</td><td>要介護1</td><td>要介護2</td><td>要介護3</td><td>要介護4</td><td>要介護5</td></tr><tr><td>料金（1日）</td><td>1,000円</td><td>1,500円</td><td>2,000円</td><td>2,500円</td><td>2,500円</td></tr></table> ※ご契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合 2,500円	利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	料金（1日）	1,000円	1,500円	2,000円	2,500円	2,500円
利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5								
料金（1日）	1,000円	1,500円	2,000円	2,500円	2,500円								
⑧その他	◇居室内にて以下の電気製品を持ち込む場合は、通常の居住費とは別に電気代を徴収いたします。 <table><tr><td>冷蔵庫</td><td>30円（日額、税込）、電気湯沸しポット</td><td>20円（日額、税込）</td></tr></table>	冷蔵庫	30円（日額、税込）、電気湯沸しポット	20円（日額、税込）									
冷蔵庫	30円（日額、税込）、電気湯沸しポット	20円（日額、税込）											

◆サービス利用料金◆

【Ⅰ. サービス料金・基本料金（日額）】

利用料金は、入居者の要介護度に応じたサービス利用料金（①）から介護保険給付費額（②）を除いた金額（③自己負担額）と、居住費（④）と食事提供に関する費用（⑤）の合計金額をお支払いください。また、サービスの利用料金は、入居者の要介護度に応じて異なります。（金額は日額）

基本料金表（1日あたり）

1割負担（単位＝円）

①入居者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	9,384	10,209	11,087	11,087	12,769
②介護保険から給付される金額	8,445	9,188	9,978	10,749	11,492
③サービス利用に係る自己負担額	939	1,021	1,109	1,195	1,277
④居住費（ユニット型個室）	2,500				
⑤食事の提供に関する費用	1,445				
⑥自己負担額合計（③+④+⑤）	4,884	4,966	5,054	5,140	5,222
★1ヶ月（30日）あたりの 目安金額 ⇒	146,520	148,980	151,620	154,200	

2割負担

①入居者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	6,907	7,628	8,391	9,133	9,843
②介護保険から給付される金額	5,525	6,102	6,712	7,306	7,874
③サービス利用に係る自己負担額	1,382	1,526	1,679	1,827	1,969
④居住費（ユニット型個室）	2,500				
⑤食事の提供に関する費用	1,445				
⑥自己負担額合計（③+④+⑤）	5,327	5,471	5,624	5,772	5,914
★1ヶ月（30日）あたりの 目安金額 ⇒	166,852	171,655	176,736	181,679	186,410

3割負担

①入居者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	6,907	7,628	8,391	9,133	9,843
②介護保険から給付される金額	4,834	5,339	5,873	6,393	6,890
③サービス利用に係る自己負担額	2,073	2,289	2,518	2,740	2,953
④居住費（ユニット型個室）	2,500				
⑤食事の提供に関する費用	1,445				
⑥自己負担額合計（③+④+⑤）	6,018	6,234	6,463	6,685	6,898
★1ヶ月（30日）あたりの 目安金額 ⇒	191,871	199,076	206,697	214,111	221,209

※上記基本料金には、個別サービス料金（加算関係）を含んでおりません。追加となる個別サービス料金につきましては、加算料金表をご参照下さい。

【Ⅱ. サービス料金・個別サービス料金】

以下の個別サービスを利用された場合、又は施設の体制状況によって、前頁基本料金に加えて追加料金が発生します。 ※ご入居時点の体制を示しています。今後の提供するサービス内容や職員配置状況により変動する場合があります。

加算料金表

(単位＝円)

加算種類	1割負担		2割負担		3割負担		加算内容
	日額	月額	日額	月額	日額	月額	
日常生活継続 支援加算	48	1, 443	96	2, 885	144	4, 327	介護福祉士の占める割合が入居者6名に対し1名の配置及び重度（要介護4以上又は認知症自立度Ⅲa以上）の新規入居者を一定期間（1年又は6カ月）受け入れた場合。
看護体制加算Ⅰ	12	377	24	753	36	1, 129	常勤の看護職を配置している場合。
看護体制 加算Ⅱ	24	720	48	1, 440	72	2, 160	看護職を基準より1名以上配置し、24時間連絡が出来る体制（オンコール体制）。
療養食加算	19	565	38	1, 129	57	1, 693	医師の食事箋に基づき療養食を提供した場合。1食につき6単位、1日3回を限度。
夜勤職員配 置加算Ⅱ	48	1, 443	96	2, 885	144	4, 327	夜勤を行う介護士職員及び看護職員を基準1名以上配置している事。
初期加算	32	941	63	1, 881	94	2, 822	入居日から30日以内の期間に算定される。医療機関に30日以上入院後に施設に帰園された場合も同様。
入院・外泊 加算	257	1, 543 ※6日利用	514	3, 085 ※6日利用	771	4, 628	外泊、又は医療機関に入院された場合に、施設を離れた翌日から6日を限度として算定される。
栄養マネジメ ント強化加算	11	360	22	720	34	1, 020	食事サービスの質の向上と入居者様の健康増進や、管理栄養士を1名増員し、栄養マネジメントや低栄養状態の改善に向けた取り組み。
看取り介護 加算Ⅰ	看取り介護を受けた上で、施設内又は在宅で亡くなられた場合。（上限＝死亡日以前45日）						
	76	1, 129	151	2, 258	226	3, 386	死亡日以前45～31日分※左記月額は上限の15日間利用の場合。
	151	4, 063	301	8, 126	452	12, 189	死亡日以前4～30日分※左記月額は上限の27日間利用の場合。
	711	1, 422	1, 422	2, 843	2, 132	4, 264	死亡日の前日・前々日分※左記月額は上限の2日間利用の場合。
	1, 338		2, 676		4, 013		死亡日当日分
科学的介護 推進体制 加算Ⅱ		469		938		1, 407	個々のケア内容、状態のデータを厚労省へ提出し分析、評価されたフィードバックデータを活用する事で科学的根拠に基づいた介護サービスの提供、向上に取り組みます。
処遇改善 加算Ⅰ	『加算単位数＝（基本単位数+各種加算<特定処遇改善加算除く>）×8.3%』 介護職員の処遇改善を目的として、職場環境の整備、研修機会の確保や職責、職務内容等に応じた任用要件と賃金体系などを整備する場合に算定される。						
特定処遇 改善加算Ⅰ	『加算単位数＝（基本単位数+各種加算<処遇改善加算除く>）×2.7%』 上記処遇改善加算の条件に加え、人材確保の観点から経験、技術のある職員の処遇改善を進めるための要件を整備する場合に算定される。						
ベースアップ 等支援加算	『加算単位数＝（基本単位数+各種加算〈ベースアップ加算除く〉）×1.6%』 コロナ克服と超高齢社会を迎えるにあたり人材確保にむけた経済対策の取り組みの一環。職員の定着率の向上とサービスの質を維持するため。						

【Ⅲ. 利用者負担軽減のための制度】

※別紙料金表をご参照ください。

※以下の[1]～[3]の制度を利用する場合は、いずれも市町村の認定・承認が必要となります。

【1】 居住費及び食事提供に要する費用の負担限度額認定

保険者である八尾市に申請し、『負担限度額認定証』の交付を受けた場合、入居者の負担段階に応じて居住費及び食事提供に要する費用は以下の通りに減額されます。

【負担限度額】（1ヶ月31日あたり）

	居住費（ユニット型個室）		食事に提供に要する費用	
	日額	月額	日額	月額
第1段階	820円	25,420円	300円	9,300円
第2段階	820円	25,420円	390円	12,090円
第3段階①	1,310円	40,610円	650円	20,150円
第3段階②	1,310円	40,610円	1,360円	42,160円

★『居住費及び食事に要する費用の負担限度額認定』については保険者である市町村への申請が必要です。

★利用者本人の属する世帯が[市民税課税世帯]の場合は、負担限度額の認定については「非該当」となります。

【2】 高額介護サービス費

介護保険給付内の施設サービス利用料の自己負担（1割、2割又は3割負担）が、一定の上限額を越えた場合は、別途申請することにより減額を受けることができます。尚、減額の適用の上限額につきましては、世帯の課税状況や所得金額により異なります。

【3】 社会福祉法人による利用者負担金減額制度

当施設を運営する社会福祉法人 寿光会は、利用者負担軽減制度を実施しています。市町村が、特に生計が困難である者として認めた場合に、この制度が適用されます。尚、この制度を利用する場合は、当法人が申し出を行っている市町村で発行される『社会福祉法人等利用者負担軽減確認書』の提示が必要です。減額率と減額内容は、当該認定証で定められた金額に基づきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

▽利用料は1ヶ月毎に計算し、翌月27日頃に所定金融機関口座から引き落とし致します。

▽引き落としに用いる口座は、施設の指定する金融機関に限ります。指定金融機関の口座をお持ちで無い場合は、入居後に開設の手続きをお願い致します。

▽お支払いの方法につきましては、利用者毎の貴重品管理形態により異なります。

A. 預貯金等を本人又は家族が管理する場合

◇毎月15日までに『請求明細書』を発行します。

◇請求金額合計を翌月27日頃に利用者本人名義の所定口座より引き落とします。それまでに残高をご確認の上、不足している場合はご入金をお願いします。

◇施設を退居される時は、例外として退居月分利用料等を、解約手続きの際に現金でお支払い願います。（退居に伴い、翌月の口座引き落としが不可となる場合があるため）

◇領収書は、口座引き落とし確認後、次回の請求書と一緒にお渡しいたします。

B. 施設で預貯金などを管理している場合

◇施設で管理する形態・方法につきましては、当説明書4ページ（2）－④「貴重品の管理」に記載しております。

◇利用料等確定後、施設で管理している金融機関の通帳の残高を確認し、不足している場合は、入金依頼を施設から行います。

◇ご入金の方法は、①施設窓口での現金によるお支払い ②利用者名義口座への振り込みのいずれかの方法をお願い致します。

6 利用中の医療の提供について

- ◆ 医療を必要とする場合は、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。）
- ◆ 当施設におけるサービス提供中、利用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又は下記協力医療機関への連絡を行う等、必要な措置を講じます。
- ◆ 利用期間中に体調不良になった場合には医療機関に受診・入院が必要となることがあります。その際にはご家族様の医療機関への同行を必ずお願いします。

協力医療機関

○寿光園診療所 （内科）八尾市楽音寺2丁目125番地 TEL 072-941-2130

○医真会八尾総合病院（内科、外科、整形外科、その他）TEL 072-948-2500

協力歯科医院

○もりかわ歯科（歯科）八尾市光町2-3 アリオ八尾2階 TEL 072-949-4673

7 退居していただく場合（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を特に定めていません。したが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、入居者に退居していただくことになります。

- 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・要介護1・2と判定された場合。（要介護1・2においては認知症等居宅において日常生活を営むことが困難でやむを得ない事情がある場合は除外）
- ② 事業者が解散した場合・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。
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能となった場合。
- ④ 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。
- ⑤ 入居者から退居の申し出があった場合。（詳細は以下をご覧ください）
- ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合。（詳細は以下をご覧ください）

(1) 入居者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の7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、即時に解約・解除し、施設を退所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 施設の運営規程の変更に同意できない場合。
- ③ 入居者が入院された場合。
- ④ 事業者もしくはサービス従業者が、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。
- ⑤ 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合。
- ⑥ 事業者もしくはサービス従業者が故意又は過失により利用者の身体・財産・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。
- ⑦ 他の利用者がご自身の身体・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取らない場合。

(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）

以下の事項の該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① 入居者が、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2ヵ月以上遅延し、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 入居者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の入居者等の生命・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。また、施設が定める禁止行為・禁止事項に抵触し、改善がなされない場合。
- ④ 入居者が病院又は診療所に入院した場合や入院すると見込まれる場合において、本人または家族との間で契約解除の同意がある場合。
- ⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。

(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、事業者は入居者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助を入居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又は介護老人保健施設等の紹介。
- ② 居宅介護支援事業者等の紹介
- ③ その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介。

8 施設利用にあたっての留意事項

1. 施設の入居者は、以下に掲げる事項を守り、相互の親睦と融和に努めて下さい。

- 1) **面 会** 面会時間は、原則**9時から21時**までです。
尚、面会の際には事務所受付にて『面会届』の記入が必要です。
- 2) **外出・外泊** 外出・外泊される場合は、事前にお申し出下さい。（外泊中も介護保険の外泊時費用の1割、2割又は3割負担と居住費を負担していただきます。）
- 3) **居室・設備** 施設内の居室や設備・器具は、本来の用法に従ってご利用下さい。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。
- 4) **喫煙・火気** 館内は全面禁煙です。（敷地内の所定場所でのみ喫煙可能です。）また、館内でのろうそく・線香・ライター・マッチなどの火気の使用を禁止します。
- 5) **貴重品管理** 原則貴重品管理は、ご本人又はご家族にお願い致します。困難な場合は、支援制度をご紹介します。紛失・盗難等に関して当施設は一切責任を負いません。
- 6) **迷惑行為等** けんか・激しい口論、または暴力行為・騒音・多量の飲酒による酩酊行為等、他の入居者の迷惑になる行為は、禁止いたします。
- 7) **宗教・政治活動** 施設内で、他の入居者に対する宗教活動及び政治活動を禁止いたします。しかし、個人の範囲内での信条、宗教を制限するものではありません。
- 8) **電気製品** テレビ（大きさの制限あり）・ラジオ以外の電気製品は原則持込禁止とします。生活上必要不可欠の物は、事前に施設の許可を得てください。別途電気代を頂きます。なお、ストーブ等の電熱機器は、火災の恐れがあるので、持込を不可とします。
- 9) **動物飼育** 施設内へのペットの待ち込み及び飼育を禁止します。
- 10) 施設での生活においては、配置している看護師を中心として健康管理にあたりますが、状態によっては外部医療機関への受診または入院加療が必要となる場合があります。受診・入院の際には、ご家族様の同行を原則としておりますので、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

2. 施設長は、入居者が以下の内容に該当すると認めたときは、当該入居者の保険者に対し、所定の手続きを行い、施設サービス提供の中止等の措置を行う場合があります。

- ① 施設の秩序を乱す行為をした時
- ② 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、または受けようとした時
- ③ 故意にこの規程等に違反した時。

9 残置物引取人

契約にあたり身元保証人をお願いすることはありませんが、当施設に残された入居者の所持品（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。また、引き渡しに係る費用については、入居者又は残置物引取人にご負担いただきます。

10 秘密の保持と個人情報の保護

サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。利用者及びその家族に関する個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、それらの個人情報は用いません（別紙『個人情報使用同意書』）。施設は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物について、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際には、他への漏洩を防止する策を講じるものとします。

11 身体拘束原則禁止について

当施設では原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある場合等、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事が考えられる時は、利用者に対して説明・同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲で行う場合があります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様についての記録を行います。また同時に、身体拘束を無くしていくための取り組みを積極的行います。

- (1) 緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性…身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが無くなった場合は、直ちに身体拘束を解除します。

12 事故発生時の対応

当施設が入居者に対して行う指定地域密着型介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに入居者の家族・八尾市に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。また、当施設が入居者に対して行った介護支援の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

【連絡先】

市町村	市 担当部署	八尾市 介護保険課
	連絡先	TEL 072-924-9360（直通）

家族 ①	氏 名		続 柄	
	住 所			
	電話番号（自宅）		電話番号（携帯）	
家族 ②	氏名		続 柄	
	住 所			
	電話番号（自宅）		電話番号（携帯）	
家族 ③	氏名		続 柄	
	住 所			
	電話番号（自宅）		電話番号（携帯）	

※なお、当施設は下記の損害保険に加入しています。

保険会社名	損保ジャパン日本興亜株式会社
保 険 名	社会福祉施設総合損害補償

13 非常災害対策について

- (1) 当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）

藤田 美圭

- (2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- (3) 施設は年2回以上、定期的に避難・救出その他必要な訓練（内1回は夜間想定訓練）を行います。

14 苦情処理の体制及び手順

苦情又は、相談があった場合は、入居者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや確認を行い、入居者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討し、時下の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、入居者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

15 サービスの提供に関する相談、苦情について

- (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用窓口で受け付けます。

◆特別養護老人ホーム 楽 寿

苦情受付窓口	担当者 藤田 美圭（生活相談員）		
受付時間	月曜日～土曜日 午前9時～午後5時		
電話番号	072-943-3603	FAX	072-943-3606

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

◆八尾市 介護保険課

住所	八尾市本町1丁目1番1号		
受付時間	平日午前9時～午後5時		
電話番号	072-924-9360直通	FAX	072-922-1005

◆国民健康保険団体連合会

住所	大阪府中央区常盤町1丁目3番8号中央大通FNビル内		
受付時間	平日午前9時～午後5時		
電話番号	06-6949-5418	FAX	

16 虐待の防止について

施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者

相談員 藤田 美圭

- (2) 成年後見制度の利用等を支援します。
- (3) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (4) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (5) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(重要事項説明書付属文書)

(1) 事業所の概要

- ①建物の構造 鉄筋コンクリート3階建 ②建築床面積延べ面積2364.09㎡ 特養748.09㎡
③併設事業 当施設では、次の事業を併設して実施しています。
○短期入所生活介護 平成27年3月1日 指定八尾市 2775505452 号
○通所介護 平成18年6月1日 指定大阪府 2775502863 号

(2) サービス提供における事業者の義務については、契約書第8条、第9条をご覧ください。

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム 楽 寿

説明者：職名 相談員 氏名 藤 田 美 圭 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ました。

利用者住所_____

氏 名 _____(印)

(代筆者氏名＝ 続柄＝)

代理人住所_____

氏 名 _____(印)

続 柄 ()