

利用契約書（含 重要事項説明 同意書）

当施設は介護保険の指定を受けています。
(大井町指定第 1491400188 号)

当施設はご契約者に対して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の結果「要介護3」以上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
2. ご利用施設	2
3. 施設の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 入居中の医療の提供について	5
7. 施設利用の留意事項	6
8. 施設を退所していただく場合	7
9. 残置物引取人	9
10. 施設利用上のリスクについて	9
11. 事故発生時の対応について	9
12. 緊急時における対応方法	9
13. 急変時、高齢者終末期医療の意思確認	9
14. 非常災害対策	10
15. 虐待の防止について	10
16. 身体拘束防止について	10
17. 秘密の保持と個人情報の保護について	10
18. 苦情の受付について	11
19. 運営推進会議の設置	11
署名、捺印	12

1. 施設経営法人

(1) 法人名	社会福祉法人 湘光会
(2) 法人所在地	神奈川県平塚市真田二丁目7番21
(3) 電話番号	0463-63-3743
(4) 代表者氏名	理事長 藤田 和雄
(5) 設立年月日	平成28年10月12日

2. ご利用施設

(1) 施設の種類	地域密着型介護老人福祉施設（令和3年4月1日指定）
(2) 施設の目的	本事業は、介護保険法、老人福祉法及び関係諸法令に基づき、入居者個々の意思及び人格を尊重し、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適切な介護サービスを提供するものとする。
(3) 施設の名称	社会福祉法人 湘光会 地域密着型特別養護老人ホーム まほろばの家
(4) 施設の所在地	神奈川県足柄上郡大井町大井中央47番地
(5) 電話番号	0465-46-8037
(6) メールアドレス	maholobanoie@lily.ocn.ne.jp
(7) 施設長(管理者)	須田 律子
(8) 開設年月	令和3年4月1日
(9) 入所定員	29人

3. 施設の概要

(1) 居室等の概要

設 備	室 数	備 考
個 室	29室	ユニット型居室 (3ユニット)
共同生活室	3室	各ユニット内
浴 室	4室	特殊浴槽・個浴
談話室	3室	各ユニット内
医務室	1室	1階

※上記は、厚生労働省が定める基準により、地域密着型介護老人福祉施設に設置が義務付けられている施設設備です。

☆居室の変更：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、施設でその可否を決定します。又、ご契約者の心身の状況等により居室の変更をお願いする場合があります。

4. 職員の配置状況

当施設では、利用者に対して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。

〈 主な職員の配置状況 〉

職 種	人 数		職 種	人 数	
	常 勤	非常勤		常勤	非常勤
施設長（管理者）	1	0	看護職員	1	1
医 師（配置医）	0	配置医 1	機能訓練指導員	0	2
生活相談員	1（兼務）	0	栄養士	1	0
介護支援専門員	1	0	事務職員・その他	0	1
介護職員	8	14			

〈 主な職種の勤務体制 〉

職 種	勤務体制
医 師	毎月 2 回以上 9：30～11：30
介護職員	4 交代制 7：00～16：00 9：00～18：00 11：00～20：00 16：30～翌 9：30
看護職員	日勤 8：30～17：30
事務・その他	日勤 8：30～17：30

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービスの概要

以下のサービスについては、利用料金の一部（9割、8割又は7割）が介護保険から給付されます。

項 目	内 容
食 事	管理栄養士の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。また、できる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保いたします。 <<食事時間>> 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
入浴又は清拭	身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、週に2回以上、適切な方法により入浴の機会を提供いたします。体調により、入浴できない場合は清拭を行います。
介 護	排泄、食事、着替え、移動等、利用者の身体の状態に応じて、また、個人のプライバシーを尊重し、介助を行います。
機能訓練	利用者の残存能力を最大限に生かし、日常生活を送る上で必要な機能の維持、また、その減退を防止するための訓練を行います。
健康管理	利用者の健康管理、看護処置、衛生管理を行います。 夜間においても、看護師及び医師や医療機関等と連絡、対応できる体制を確保します。
その他	自立支援のため、可能な限り利用者が離床していただけるよう援助します。 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。

(2) 介護サービス利用料金（1日あたり）

別紙の料金表によって、サービス利用料金自己負担、食費、居住費の料金をご請求いたします。
（サービスの利用料金は、要介護度に応じて異なります。）

(3) 介護保険加算サービス利用料金

別紙の料金表の通り、当施設の申請に基づき介護保険加算サービス利用料が加算されます。

(4) 介護保険サービスの対象とならないその他のサービス及び利用料金

別紙の料金表の通り、必要に応じて利用料をご請求いたします。

(5) 利用料金のお支払い方法

前記（2）、（3）、（4）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月初めにご請求しますので、当該月20日までにお支払いください。（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。）

ご請求金額を以下のいずれかの方法でお支払ください。（基本、現金でのお支払いはご遠慮して頂いております。）

（Ａ）銀行口座自動引落

事前に所定の用紙（口座振替依頼書）にご記入のうえご提出ください。

毎月２０日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に口座引落となります。

（Ｂ）銀行振り込み

銀行名 りそな銀行 小田原支店（支店番号 ６３３）
普通預金 口座番号 （１３８３１２９）
名義 社会福祉法人 湘光会

６．入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診察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察・入院治療を義務付けるものでもありません。

① 嘱託医（配置医）

医療機関の 名 称	医療法人籾誠会 佐藤病院
所 在 地	神奈川県足柄上郡大井町金子 1922-3
診 療 科	内科・泌尿器科・整形外科・皮膚科

② 協力歯科医院

医療機関の 名 称	檜山歯科医院
所 在 地	神奈川県足柄上郡大井町金手 955-3

③ 協力医療機関

医療機関の 名 称	医療法人 籾誠会 佐藤病院
所 在 地	神奈川県足柄上郡大井町金子 1922-3
診 療 科	内科・泌尿器科・整形外科・皮膚科

7. 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利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保する為、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入居にあたり、利用者がその場で食べられる分の食べ物、職員が依頼した物品以外は、原則として持ち込むことはできません。

(2) 面 会

面会時間 10:00～16:00

☆ 来訪者は、必ずその都度面会簿に記入して下さい。

(3) 外出・外泊

外出・外泊される場合は、事前にお申し出下さい。

なお、利用者が外泊の場合は、所定の外泊時費用をご負担頂きます。又、利用者が外泊期間中において、居室が利用者のために確保されている場合は、所定の居住費をご負担いただきます。

(4) 食 事

食事が不要な場合は、事前にお申し出下さい。前日の午前中までに申し出があった場合には重要事項説明書 5(2)に定める「食費」は減免されます。

(5) 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、ご契約者の自己負担により原状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払い頂く場合があります。
- ③ ご契約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る場合には、ご契約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。
- ④ 当施設の他の入居者や職員に対し、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。

(6) 喫 煙

施設及び敷地内での喫煙はできません。

8. 施設を退居していただく場合

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。従って、以下のような事由が無い限り、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、利用者に退居していただくことになります。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定により利用者の心身の状況が自立、要介護1・2、または要支援と判定された場合（特例を除く）
- ③ 事業者が解散、破産した場合、又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ④ 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 利用者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご利用者からの退居の申し出

利用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、即時に契約を解約、解除し、施設を退居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 ご利用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老人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難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居していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居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、その結果本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、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 ご利用者が、故意又は重大な過失により、事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命、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
- 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3か月以上入院した場合
- ⑤ ご利用者が、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

※ 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。
- ② 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合
3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。
- ③ 居住費について
契約者が入院期間中において、居室が利用者のために確保されている場合は、所定の居住費をご負担いただきます。
※特定入居者介護サービスの対象者については別途ご説明致します。
- ④ 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居することはできません。
- ⑤ 看取り介護を実施中の入院の場合
看取り介護を実施中に在宅に戻る又は入院をした場合等、施設において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までは、看取り介護加算をご負担いただく必要はありません。また、退所した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上となった場合、看取り介護加算の算定はありません。

(3) 円滑な退居のための援助

ご利用者が当施設を退居する場合には、利用者の希望により、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助を利用契約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険施設等の紹介
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ③ その他保健医療サービス又はサービスの提供者の紹介

9. 残置物引取人

入居契約が終了した後、当施設に残された利用者の所持品（残置物）をご利用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。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※ 入居契約締結時に残置物引取人が定められていない場合であっても、入居契約を締結することは可能です。

10. 施設利用上のリスクについて

当施設では利用者が快適な入居生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、別紙（入居時リスク説明書）の通りの危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

11. 事故発生時の対応について

当施設では、サービス提供時に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等、市町村に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じ、事故に際して行った処置を記録します。

また、ご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、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って、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

12. 緊急時における対応方法

現に施設サービスを行っているときに入居者の病状に急変が生じた場合に備え、配置医による対応、その他必要な場合は、速やかに主治医又は予め施設が定めた協力医療機関への連携を行う等対応策を定めて行います。

13. 急変時、高齢者終末期医療の意思確認

この意思確認は、医師より現在の状態の説明を受け、緊急時、急変時等において医療行為が必要になった場合や救命の可能性が少なくなった場合の対応について、別紙（急変時および終末期における医療や介護に関する意思確認書）の通り意思確認をさせていただきます。

（最初この指示に従い、次に医師または看護師に連絡いたします。）

1 4. 非常災害対策

立地条件と非常災害を想定しそれに対し万全の計画を構築します。

非常災害が発生した場合、従業者は入居者の避難等適切な措置を講じます。又、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。非常災害に備え、年に2回以上避難訓練を行います。

1 5. 虐待の防止について

当施設は、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。

- 定期的な研修等を行い、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- 成年後見制度等の情報を提供いたします。
- サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。
- 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。

1 6. 身体拘束防止について

当施設では、利用者または他の利用者等の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他の行動制限は行いません。緊急やむを得ない場合とは

- ① 切迫性：利用者本人、または他の利用者の生命、または身体が危険にさらされる可能性が高いこと。
- ② 非代替性：身体拘束、その他の行動制限を行う以外に、代替する方法がないこと。
- ③ 一時性：身体拘束、その他の行動制限が、一時的なものであること。

緊急やむを得ない場合に該当するか否かの判断は、各部署が集まり検討した上で判断します。その後、利用者本人やご家族に対して、身体拘束の内容・理由・拘束の時間や期限等を明記した文書をもって、説明と同意を頂きます。身体拘束を行っている期間中でも定期的に見直しを行い、それを記録として残します。さらに必要性がないと判断した場合は、直ちに身体拘束を解除します。

1 7. 秘密の保持と個人情報の保護について

当施設は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

18. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受け付け

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。

○苦情受け付け窓口

〈職名〉生活相談員 須田 律子

○苦情解決責任者

〈職名〉施設長 須田 律子

○受付時間

9:00～17:00 TEL 0465-46-8037

(2) 行政機関その他苦情受け付け機関

大井町 福祉課	所在地 足柄上郡大井町金子 1964-1 電話番号 0465-83-8024 受付時間 8:30～17:15
神奈川県 国民健康保険団体連合会	所在地 横浜市西区楠町 27-1 電話番号 045-329-3447 受付時間 8:30～17:15

19. 運営推進会議の設置

地域密着型特別養護老人ホームのサービスの提供状況については、定期的に報告するとともに、その内容などについての評価、要望、助言を受けるため、また1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として施設自ら実施するサービスについての評価・点検(自己評価)の結果について、第三者の観点からサービスの評価を行うため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞

構成 利用者 利用者の家族 地域住民の代表 市町村職員 施設職員
地域密着型特別養護老人ホームについて知見を有する者 など

開催 概ね2ヶ月ごとに開催予定

記録 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等の記録を作成保存します。

改定 令和3年5月1日 改定 令和6年7月16日

改定 令和3年7月1日

改定 令和3年8月5日

改定 令和4年2月1日

改定 令和4年4月13日

改定 令和4年10月1日

改定 令和5年8月1日

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。

〒259-1206

神奈川県平塚市真田二丁目 7 番21

社会福祉法人 湘光会

理事長 藤田 和雄

〒258-0010

神奈川県足柄上郡大井町大井中央 4 7 番地

地域密着型特別養護老人ホーム まほろばの家

説明者(生活相談員、介護支援専門員) _____ ㊞

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、より良い介護サービス実施のため、サービス担当者会議等で契約者並びに身元引受人の情報をを用いる他、入院や看取り介護、退居等にして、医療機関、居宅介護支援事業者への情報の提供を含め、地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始の契約に同意し、利用契約書（含 重要事項説明 同意書）の交付を受けました。

年 月 日

利 用 者 _____ 住 所 _____

_____ 氏 名 _____ ㊞

身元引受人 _____ 住 所 _____

_____ 氏 名 _____ ㊞

(利用者との続柄: _____)

代理人氏名 _____ 住 所 _____

(署名代理人)

_____ 氏 名 _____ ㊞

残置物引取人 _____ 住 所 _____

_____ 氏 名 _____ ㊞