

指定介護老人福祉施設  
重要事項説明書

社会福祉法人 長寿栄光会

# 「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(栃木県指定 第 0970100764 号)

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 介護保険法に基づき要介護と認定された者のうち介護の必要性や居宅における介護の困難性を勘案した入所申込者評価基準により算出した点数に基づき施設が設置する入居検討委員会が認めた者とします。

## ◆◆目次◆◆

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 1. 施設経営法人 .....                   | 2  |
| 2. ご利用施設 .....                    | 2  |
| 3. 居室の概要 .....                    | 3  |
| 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 .....        | 5  |
| 6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について） ..... | 13 |
| 7. 残置物引取人 .....                   | 15 |
| 8. 苦情解決体制と手順について .....            | 15 |
| 9. 第三者評価の実施状況 .....               | 16 |
| 10. 事故発生時の対応 .....                | 16 |
| 11. 禁止事項 .....                    | 17 |

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 長寿栄光会
- (2) 法人所在地 栃木県宇都宮市田野町 666 番地 2
- (3) 電話番号 028-652-8122
- (4) 代表者氏名 理事長 高 石 榮 子
- (5) 設立年月 平成 9 年 8 月 26 日

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成 12 年 2 月 1 日指定  
栃木県 0970100764 号
- (2) 施設の目的 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、個人の尊厳を保持し、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。

この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方にご利用いただけます。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 宮の里
- (4) 施設の所在地 栃木県宇都宮市田野町 666 番地 2
- (5) 電話番号 028-652-8122
- (6) 施設長（管理者） 氏 名 岡上 隆史
- (7) 当施設の運営方針 老人は多年にわたって社会の進展に寄与し、豊富な知識と経験を有するものとして敬愛されると共に、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものである。

宮の里は入居者、利用者がこうした基本理念の上に、人間らしく生きがいを持って有意義に楽しむ場であると位置づけ、入居者、利用者の人格を尊重し、自己決定の原則を重んじ、残存能力の活用と家庭的な温かい雰囲気的环境作りに努め、優しい笑顔と心配りにあふれた処遇にあたることを運営方針といたします。

2. 介護保険施設の将来像としては、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、「生活重視型の施設、又は『在宅復帰・在宅生活支援重視型施設への集約を図る。』こうした将来像を踏まえ、18年度改正においては、中重度者への重点化、在宅復帰支援機能の強化、サービスの質の向上等の観点から見直しを行った。

- (8) 開設年月 平成 10 年 5 月 29 日
- (9) 入居定員 70 人

### 3. 居室の概要

#### (1) 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。入居される居室は、原則として4人居室ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。  
(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

| 居室・設備の種類   | 室数   | 備考                                     |
|------------|------|----------------------------------------|
| 個室 (1 人居室) | 8 室  |                                        |
| 2 人居室      | 9 室  |                                        |
| 4 人居室      | 11 室 |                                        |
| 合 計        | 28 室 |                                        |
| 食堂         | 3 室  |                                        |
| 機能訓練室      | 1 室  | [主な設置機器]<br>平行棒・ブロック・重錘・バンド・マット訓練台・診察台 |
| 浴室         | 1 室  | 機械浴・個人浴                                |
| 医務室        | 1 室  |                                        |

※ 上記は、厚生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。

☆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、ご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。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項（トイレの場所（居室外））（洗面所の場所（居室内））

### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護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. 施設長（管理者） | 0.8  | 0.5名 |
| 2. 介護職員     | 34.5 | 24名  |
| 3. 生活相談員    | 1.8  | 1名   |
| 4. 看護職員     | 4.2  | 3名   |
| 5. 機能訓練指導員  | 0.3  | 1名   |
| 6. 介護支援専門員  | 1.2  | 1名   |
| 7. 医師       | 0.2  | 必要数  |
| 8. 栄養士      | 2    | 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（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。

<主な職種の勤務体制>

| 職種                       | 勤 務 体 制                                                                                           |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1. 医師                    | 毎週水曜日                                                                                             | 10：00～17：30 の間の 2 時間 |
|                          | 毎週金曜日                                                                                             | 10：00～17：00 の間の 2 時間 |
| 2. 介護職員                  | 6：30 ～ 15：45<br>7：00 ～ 16：15<br>9：45 ～ 19：00<br>10：30 ～ 19：45<br>12：00 ～ 21：15<br>深夜 21：00 ～ 7：15 |                      |
| 3. 看護職員                  | 7：45 ～ 17：00<br>9：15 ～ 18：30<br>9：45 ～ 19：00                                                      |                      |
| 4. 栄養士                   | 8：30 ～ 17：45                                                                                      |                      |
| 5. 機能訓練指導員<br>理学療法士（非常勤） | 毎週 1 回                                                                                            | 9：00～11：00           |
| 作業療法士（非常勤）               | 第 2 土曜日                                                                                           | 14：00～16：00          |
| 看護師（非常勤）                 |                                                                                                   | 9：00～15：00           |
| 6. 介護支援専門員               | 日勤： 8：30～17：45                                                                                    |                      |

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- (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契約者に負担いただく場合

があります。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

#### ＜サービスの概要＞

##### ①食事（但し、食材費及び調理費は別途いただきます。）

- ・ 当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

朝食：7：30～9：30 昼食：11：30～13：30 夕食：17：30～19：30

##### ②入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

##### ③排泄

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

##### ④機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約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。

##### ⑤健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

##### ⑥その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎ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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

## <サービス利用料金（１日あたり）>（契約書第５条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

### （１）介護保険の給付の対象となるサービス

地域区分＝宇都宮市は６級地のため、介護保険給付サービスの合計額に **0.27%**が  
上乗せされます。

※ 介護保険の負担割合によって、同じ単位数でも自己負担となる金額が変わります。

### <サービス利用料金>

従来型個室及び多床室（単位＝10.27／日）

|                   |   | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| サービス利用に係る<br>自己負担 | 従 | 589 単位 | 659 単位 | 732 単位 | 802 単位 | 871 単位 |
|                   | 多 |        |        |        |        |        |

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

### ☆栄養マネジメント強化加算

入居者の栄養状態を施設入居前に把握し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職員の者が共用して栄養ケア計画を作成、栄養管理を行い、状態を定期的に記録し、評価し見直しを行なう。  
11 単位／日

### ☆在宅復帰支援機能加算

入居者の家族との連絡調整を行っている。入居者の居宅サービスに必要な情報提供、退居後の居宅サービス利用の調整を行っている。  
10 単位／日

### ☆看護体制加算（Ⅰ）

常勤の看護師を１名以上配置していること。  
4 単位／日

### ☆看護体制加算（Ⅱ）

- ・看護職員の数が、常勤換算方法で、入居者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、配置すべき看護職員の数に 1 を加えた数以上であること。
- ・当該施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。

8 単位／日

☆日常生活継続支援加算

算定日の属する月の前6ヶ月間又は前12ヶ月間における新規入居者の総数のうち、要介護度が4又は5の者の占める割合が70%以上、もしくは認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が65%以上である場合

介護福祉士を入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置している場合

36単位/日

☆科学的介護推進体制加算

心身状況の情報を3ヶ月に1回厚生労働省に提出し、その情報を活用する。

50単位/月

☆褥瘡マネジメント加算

全入居者の褥瘡リスクを3ヶ月に1回スクリーニングを行い、ハイリスク者に褥瘡ケア計画を作成する。

(Ⅰ) 3単位/月

(Ⅱ) 13単位/月

☆夜勤職員配置加算

夜勤を行う介護職員、看護職員の数が最低基準を1人以上上回って配置している場合

13単位/日

☆配置医師緊急時対応加算

早朝、夜間、深夜に配置医師が診療を行った場合

325単位/回（通常の勤務時間外の場合）

650単位/回（早朝・夜間の場合）

1300単位/回（深夜の場合）

☆排泄支援加算

排泄に介護を要する入居者に対し、他職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援している場合。

10単位/月

☆自立支援促進加算

医師が3ヶ月に1回医学的評価を行い、3ヶ月に1回ケアプランを見直す。

280単位/月

☆安全対策体制加算

安全対策担当者を配置している。

20単位（入居時）

☆退所時情報提供加算

退居後の医療機関に対して、当該入居者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合。

250単位／回

☆再入所時栄養連携加算

入居者が医療機関に入院し、かつ退院時に特別食を提供する必要がある場合について、施設の管理栄養士が入院先の管理栄養士と連携して退院後の栄養管理に関する調整を行った場合、退院時のみ算定。

200単位／回（退院時のみ算定）

☆個別機能訓練加算

機能訓練指導員が、機能訓練計画を作成し、訓練を行なう。

12単位／日

☆精神科医師定期的療養指導加算

認知症である入所者が、全入所者の1／3以上を占め、精神科担当の医師による定期的な療養指導が月2回以上行なわれている場合。

5単位／日

☆看取り介護加算

常勤の看護師が1名以上配置され、看取りに関する職員研修を行っている施設で、医師が回復の見込みがないと診断した入居者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り看護を行なった場合に、死亡前45日を限度として算定。

72単位／日（死亡日以前 31～45日）

144単位／日（死亡日以前 4～30日）

780単位／日（死亡日の前日、前々日）

1580単位／日（死亡日）

☆新興感染症等施設療養

厚生労働大臣が定める感染症に感染した入居者等に対し、介護サービスを行った場合。

240単位／日

☆認知症チームケア推進加算

入居者の総数のうち2分の1以上が認知症であり、チームで専門的な支援を行った場合。

(Ⅰ) 150単位／月

(Ⅱ) 120単位／月

☆生産性向上推進体制加算

見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合。

(Ⅰ) 100単位／月

(Ⅱ) 10単位／月

☆介護職員等処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準で、介護職員の賃金改善を実施している場合。

(I) 介護保険給付 対象サービスの合計単位数の 14%の金額。

○外泊時費用

☆ご契約者が、入院又は外泊をされた場合、6 日間は下記の外泊時費用がかかります。

なお、6 日以内に月をまたいだ場合、翌月も最大 6 日間の外泊時費用がかかります。

(1 日につき)

|       |          |
|-------|----------|
| 自己負担額 | 2 4 6 単位 |
|-------|----------|

○初期加算

(1 日につき)

|       |                                        |
|-------|----------------------------------------|
|       | 入居した日から起算して 3 0 日の期間及び入院又は退居後に再び入居した場合 |
| 自己負担額 | 30 単位                                  |

○退居時等相談援助加算

|       |              |           |         |
|-------|--------------|-----------|---------|
|       | 退居前後訪問相談援助加算 | 退居時相談援助加算 | 退居前連携加算 |
| 自己負担額 | 460 単位       | 400 単位    | 500 単位  |

(2) 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契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供に要する費用

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

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 日当たり）のご負担となります。

②居住に要する費用

この施設及び設備を利用し、居住されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用の方には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いては、その認定証に記載された居住費の金額（1 日当たり）のご負担となります。

※ 外出・外泊・入院等で居室をあけておく場合は、第１～３段階の方は、６日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、７日目からは利用者負担第４段階と同額の居住費となります。

### 居住費（滞在費）及び食費

（単位 円／日）

|                | 居住費・食費 |          | 食 費   |
|----------------|--------|----------|-------|
|                | 個室・多床室 | 居住費（滞在費） |       |
| 利用者負担<br>第１段階  | 従来型個室  | ３８０      | ３００   |
|                | 多 床 室  | ０        |       |
| 利用者負担<br>第２段階  | 従来型個室  | ４８０      | ３９０   |
|                | 多 床 室  | ４３０      |       |
| 利用者負担<br>第３段階① | 従来型個室  | ８８０      | ６５０   |
|                | 多 床 室  | ４３０      |       |
| 利用者負担<br>第３段階② | 従来型個室  | ８８０      | １，３６０ |
|                | 多 床 室  | ４３０      |       |
| 利用者負担<br>第４段階  | 従来型個室  | １，２００    | １，８００ |
|                | 多 床 室  | ９３０      |       |

### ③電気料

ご契約者の希望に基づいて居室にてテレビ及び電気毛布等を利用した場合、電気料をいただきます。

利用料金：１日 ６０円 （電気機器等を貸与するときは１日 １２０円になります）

### ④理容・美容

#### [理容サービス]

月に １ 回、第 ２ 火曜日に理容師の出張による理容サービス（カット、シャンプー、ブロー・顔剃り）をご利用いただけます。

利用料金：１回あたり １,３００円 ～（料金は内容により異なります。）

#### [美容サービス]

月 １ 回、第 ３ 月曜日に美容師の出張による美容サービス（カット、シャンプー、ブロー）をご利用いただけます。

利用料金：１回あたり １,３００円 ～（料金は内用により異なります。）

※上記日程以外にも、ご希望により随時訪問美容サービスを受けることができます。

#### ⑤貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○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へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法： 手続きの概要は以下の通りです。

- ・ 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。

- ・ 保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

- ・ 保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

○ 利用料金：1ヶ月当たり 1,500 円

#### ⑥レクリエーション、クラブ活動

ご契約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いただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

クラブ活動

書道、墨絵、園芸

#### ⑦複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 20 円

#### 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契約者の日常生活に要する費用でご契約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。

例) 下着・普段着・パジャマ・化粧品・電話・酒・嗜好品・新聞・雑誌・歯ブラシ、インフルエンザ予防接種等につきましては、その都度実費をいただきます。

但し、フェイスタオル、トイレトペーパー、歯磨き粉、ティッシュペーパー、入れ歯洗浄剤等及びクラブ活動等の材料費として、1日50円をいただきます。

おむつ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。

#### ⑨契約書第 19 条に定める所定の料金

ご契約者が、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

(単位 1日につき)

| ご契約者の<br>要介護度 | 自立・支援   | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 料 金           | 3,000 円 | 2,800 円 | 2,600 円 | 2,400 円 | 2,200 円 | 2,000 円 |

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明します。

### (3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第 5 条参照)

前記 (1)、(2) の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 25 日まで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. 窓口での現金支払  
イ. 下記指定口座への振り込み  
足利銀行 大谷出張所 普通預金 2 7 3 2 3 9 9  
社会福祉法人 長寿栄光会  
特別養護老人ホーム宮の里 理事長 高石 榮子  
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし  
ご利用できる金融機関：銀行、ゆうちょ銀行 (農協は除く)

### (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、ご契約者の希望により、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 | 宇都宮第一病院                       |
| 所在地     | 宇都宮市宝木本町 2313                 |
| 診療科目    | 内科・外科・脳神経外科・心臓血管外科・消化器科・整形外科等 |
| 医療機関の名称 | 加瀬医院                          |
| 所在地     | 宇都宮市駒生 2-2-7                  |
| 診療科目    | 内科・小児科                        |
| 医療機関の名称 | 松本医院                          |
| 所在地     | 宇都宮市宝木本町 2058-5               |
| 診療科目    | 内科・胃腸科・ペインクリニック               |

## ②協力歯科医療機関

|         |               |
|---------|---------------|
| 医療機関の名称 | イクシーファミリー歯科   |
| 所在地     | 鹿沼市西茂呂 4-41-2 |

## 6. 施設を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は特に定めていません。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該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退居していただくことになります。（契約書第 13 条参照）

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合及び、要介護度 1 又は 2 と判定され、市町村による特例入所の対象とならなかった場合。
- ② 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
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- 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 ご契約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。）
- ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

### （1）ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 14 条、第 15 条参照）

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。

ただし、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 ご契約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契約者の身体・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 他の利用者がご契約者の身体・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（契約解除）（契約書第 16 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退居していただくことがあります。

- ① ご契約者が、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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが合算して 3 ヶ月以上遅延し、30 日の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 ご契約者が、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
- ④ ご契約者が連続して 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 職員や他利用者に対するハラスメント行為（暴言、暴力、セクシュアルハラスメント等）により、相手に苦痛を与えている場合、サービスのご利用をお断りさせていただく場合があります。
- ⑥ ご契約者が介護老人保健施設に入居した場合もしくは介護医療院に入院した場合

※契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第 18 条参照）

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 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。  
ただし、入院から 6 日間は 1 日あたり 246 単位の費用がかかります。  
また、入院から 7 日目以降は居室料金を減額する「負担限度額認定」の対象外となり、第 4 段階の居住費がかかります。

### ② 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。

### （３）円滑な退居のための援助（契約書第 17 条参照）

ご契約者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、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ご契約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又は福祉サービスの提供者の紹介

### 7. 残置物引取人（契約書第 20 条参照）

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入居契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（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。（参照）

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。

### 8. 苦情解決体制と手順について（契約書第 22 条参照）

#### （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。

○苦情受付窓口（担当者） 電話番号 028-652-8122

〔職名〕 生活相談員 千葉 奈々江 ・ 平井 美香

○受付時間 毎日 8：30～17：45

また、苦情受付ボックスを事務室前に設置しています。

#### （２）第三者委員

○住所：宇都宮市白沢町 4 6 8 番地 4

氏名：税理士 河内 太郎 電話番号：090-3450-0236

○住所：宇都宮市田野町 3 4 8

氏名：民生委員 長岡 伸 電話番号：028-652-2853

○受付時間 毎日  
8：30 ～ 17：00

### (3) 苦情受付体制

当事業所では責任主体を明確にするため、施設長を苦情解決責任者とする。  
苦情解決にあたり社会性や客観性を確保するため、第三者委員を設置する。

### (4) 苦情解決の手順

- ① 苦情受付に際しては、苦情申し出人に苦情内容を十分確認した上で苦情報告書を作成し苦情を受け付ける。
- ② 苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めながら苦情申出人と話し合い、内容の確認、解決案の調整を行う。
- ③ 苦情受付担当者は、苦情受付から解決、改善までの経過と結果について記録する。
- ④ サービス向上および信頼性の向上のため、個人情報に関するものを除き、苦情解決結果を事業報告書に記載し公表する。

### (5) 行政機関その他苦情受付機関

|                        |                              |                                                                                 |
|------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 宇都宮市高齢福祉課              | 所在地<br>電話番号<br>F A X<br>受付時間 | 宇都宮市旭 1 丁目 1 番 5 号<br>028-632-2906<br>028-632-3040<br>8 : 30 ~ 19 : 00          |
| 鹿沼市介護保険担当課             | 所在地<br>電話番号<br>F A X<br>受付時間 | 鹿沼市今宮町 1688-1<br>0289-63-2283<br>0289-63-2169<br>8 : 30 ~ 17 : 00               |
| 栃木県<br>国民健康保険団体連合会     | 所在地<br>電話番号<br>F A X<br>受付時間 | 宇都宮市本町 3-9<br>栃木県本庁合同ビル 6 階<br>028-643-2220<br>028-643-5411<br>8 : 30 ~ 17 : 00 |
| 栃木県保険福祉部<br>高齢対策課介護保険班 | 所在地<br>電話番号<br>F A X<br>受付時間 | 宇都宮市塙田 1-1-20<br>028-623-3148<br>028-623-3058<br>8 : 30 ~ 17 : 00               |

## 9. 第三者評価の実施状況

実施なし

## 10. 事故発生時の対応

### (1) 入居者及び家族への対応

#### ① 最善の処置

介護事故が発生した場合、まず入居者に対して可能な限りの緊急処置を行い、引き続き看護職員を呼び、最善の処置を実施します。

② 責任者への報告

すみやかに所属長へ報告し、施設で対応できない場合には、嘱託医の指示を得てその後協力医療機関への要請をする。

③ 入居者及び家族への説明等

処置が一段落すれば、できるだけ速やかに入居者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申し出についても誠実に対応します。

④ 入居者及び家族への損害賠償

介護事故により施設が賠償責任を負った場合には、東京海上日動火災保険株式会社の賠償責任保険により入居者及び家族に補償します。

⑤ 事故記録と報告

入居者への処置が一通り完了した後、できるだけ早く介護事故報告書を作成します。  
介護事故当事者は、事故概要を「ヒヤリ・ハット事例報告書・介護事故報告書」に記載します。

事故の概要、入居者の状況、現在の治療、今後の見通し及び入居者等への説明した内容などを必ず記載しておきます。

(2) 行政機関への報告

重大な介護事故や入居者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、速やかに宇都宮市へ報告を行います。

## 1 1. 禁止事項

当事業所では多くの方に安心してサービスをご利用いただくために、入居者または身元引受人、その他ご家族等関係者による以下の行為を禁止しております。

- ① 職員に対する身体的暴力行為
- ② 職員に対する精神的暴力行為（攻撃的で威圧的な言動）
- ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント行為
- ④ 特定の職員への付きまとい、プライバシーの侵害
- ⑤ 職員に対する営業行為、宗教の勧誘、特定の政治活動、その他迷惑行為
- ⑥ 利用継続が困難になる程度の背信行為、反社会的行為
- ⑦ 解決しがたい要求を繰り返しおこない、通常の業務を妨げる行為

※15分以上、同じ要求が続いている場合、録音させて頂く場合があります。

令和 年 月 日

指定介護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。

指定介護老人福祉施設 宮の里

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

入居者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

代筆者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(続柄 : \_\_\_\_\_)

連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

**\* 連帯保証人は、契約者に滞納が発生した場合、事業者への損失を補うこととします。**

## ＜重要事項説明書付属文書＞

### 1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上2階

(2) 建物の延べ床面積 4,938.47㎡

#### (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。

[通所介護] 平成12年1月31日指定 栃木県0970100079号 定員35名

[居宅介護支援事業] 平成11年9月2日指定 栃木県0970100079号

[包括支援センター] 平成10年5月29日開設

[ケアハウス] 平成10年5月29日開設

[介護予防通所介護] 平成18年4月1日 指定 栃木県0970100079号

#### (4) 施設の周辺環境

宮の里は県都宇都宮市の西部に位置し、市立城山中央小学校の西方、多気山の南側国道293号線沿いの閑静な地にあり、近くには平和観音、大谷寺、森林公園、とちぎ健康の森等があり、自然環境に大変恵まれたところです。また、日常生活に欠かすことの出来ない、いろいろなお店や郵便局、銀行、市役所城山地区市民センター、医療機関、消防署、バス停（関東バス宇都宮一鹿沼線）等が近くにあるほか、騒音がなく日当たりのよい大変素晴らしいところです。

### 2. 職員の配置状況

#### ＜配置職員の職種＞

**介護職員**…… ご契約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。

3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

**生活相談員**… ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活相談員を配置しています。

**看護職員**…… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

4名の看護職員を配置しています

**機能訓練指導員**… ご契約者の機能訓練を担当します。

理学療法士常勤1名・看護職員・作業療法士・柔道整復師

**介護支援専門員**… ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

1名の介護支援専門員を配置しています。

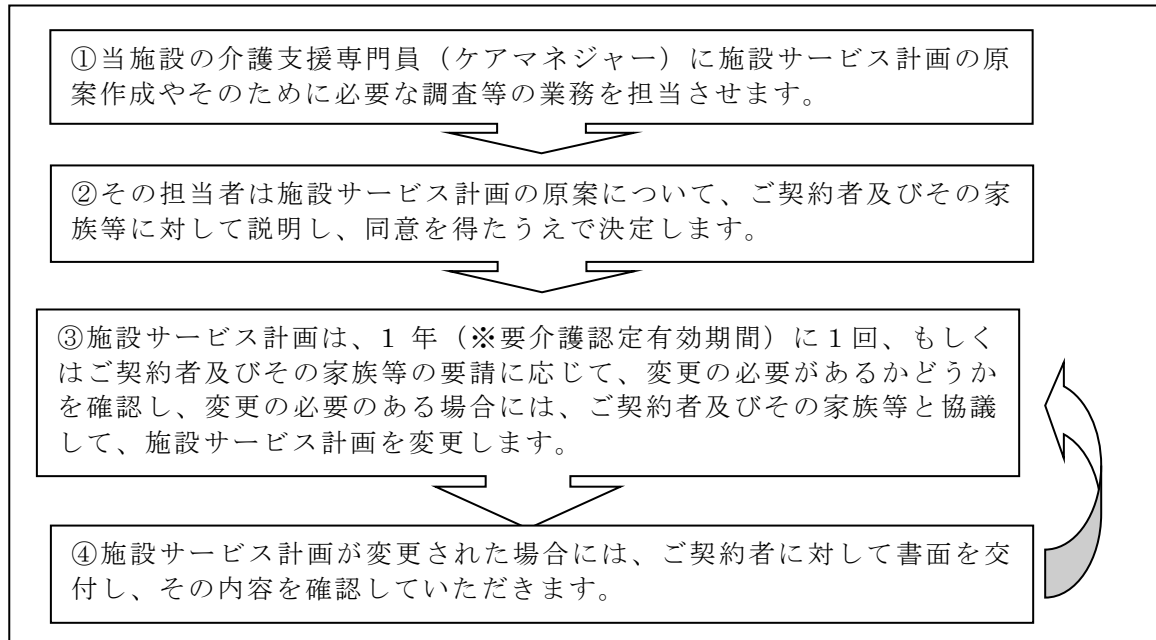
**医師**… ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

2名の非常勤嘱託医師を配置しています。（内1名は精神科医です。）

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約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（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第2条参照）



### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の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。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等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）  
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。  
また、ご契約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、ご契約者の同意を得ます。

## 5. 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、安全性を確保するため、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、以下のものは原則として持ち込むことができません。

ペット、危険物等、……

### (2) 面会

面会時間 8:30～17:00

※来訪者は、必ずその都度面会申込書に記入してください。

※なお、来訪される場合、食品の持ち込みをされる方はご相談ください。

### (3) 外出・外泊（契約書第 21 条参照）

外出、外泊をされる場合は、2 日前にお申し出下さい。

外出、外泊については、最長で月 6 日間とさせていただきます。

### (4) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 9 条参照）

○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。

○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。

○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の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。

○当施設の職員や他の入居者に対し、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。

### (5) 喫煙

敷地内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

## 6. 損害賠償について（契約書第 10 条、第 11 条参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約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

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約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。

## 委 任 状

令和      年      月      日

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム宮の里

施設長    岡   上    隆   史    様

入居者 氏名 \_\_\_\_\_

代筆者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(続柄：                      )

私は、貴施設における、私儀の私用に係る下記について委任いたします。

## 言 己

- 1 小口現金に関すること
- 2 貴重品管理サービス料として1ヶ月1,500円お預けいたします。