●●重要事項説明書(**参考例)**

令和7年3月26日

（＊＊県指定事業所番号　＊＊県＊＊＊＊＊＊＊＊号）

**●●はご利用者に対して指定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ご案内いたします。**

**●●のご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護３」「要介護４」「要介護５」の認定をされた**

**方が対象となります。**

# **１． 施設経営法人**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名 | 社会福祉法人　＊＊会 | 法人所在地 | ＊＊県＊＊市＊＊町＊＊＊番地の＊ |
| 電話番号 | ＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊ | 代表者氏名 | 理事長　＊＊＊＊ |
| 設立年月日 | 平成　＊年　＊月　＊＊日 |  | |

# **２．ご利用施設**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設 | 施設の名称 | 特別養護老人ホーム　●●●●●● |
| 施設所在地 | ＊＊県＊＊市＊＊町＊＊ | 電話番号 | ＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊ |
| 施設長氏名 | ＊＊＊＊ | 事業目的及び運営方針 | 【各施設の目的及び方針に合わせて  記載】 |
| 開設年月日 | ＊＊年＊＊月＊＊日 | 利用定員 | ＊＊人 |

# **３．居室の概要**

　　　●●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 |
| １人部屋 | ＊＊室 | 従来型個室　等の呼称を記載  多床室  多床室  全室センサー付き水洗トイレ |
| ２人部屋 | ＊＊室 |
| ４人部屋 | ＊＊室 |
| 合　　計 | ＊＊室 |
| 食　　堂 | ＊室 |  |
| 機能訓練室 | ＊室 | 〔主な設置機器〕  平行棒、マッサージ機、滑車等 |
| 浴　　室 | ＊室 | 一般浴・特殊浴槽 |
| 静 養 室 | ＊室 |  |
| 医 務 室 | ＊室 |  |

　　<居室の変更>

　　　　(1)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その可否を決定します。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。

(2)感染症等により個室への入所の必要があると医師が判断した**方**（個室への入所期間が30日以内に限る）

上記に該当する場合は、ご家族との協議の上、実施するものといたします。

**４．職員の配置状況**

　　　●●では、ご利用者に対して指定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〉

　　※職員配置については、人員基準※１を遵守しています。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和＊年＊月現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　　種 | 常勤換算※２ | 職　　　種 | 常勤換算※２ |
| １．施設長（管理者） | ＊名 | ６．介護支援専門員 | ＊名 |
| ２．介護職員 | ＊名 | ７．医　　師 | ＊名(嘱託医) |
| ３．生活相談員 | ＊名 | ８．栄養士又は管理栄養士 | ＊名 |
| ４．看護職員 | ＊名 | ９． |  |
| ５．機能訓練指導員 | ＊名 | 10． |  |

※１人員基準：利用定員＊＊人(満床時)に対しての必要配置人数

※２ 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

所定勤務時間数で除した数(小数点以下切り捨て)

　 〈勤務体制〉　注）人員基準上必要な職種は全て記載する方が望ましい。

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　種 | 勤　　　務　　　体　　　制 |
| １．医 師 | 週＊回　　　　＊時間 |
| ２．介 護 職 員 | 標準的な時間帯における配置人員  　早朝：　＊：＊＊ ～ ＊：＊＊  　日中：　＊：＊＊ ～ ＊：＊＊  　夜間：　＊：＊＊ ～ 翌＊：＊＊ |
| ３．看 護 職 員 | 標準的な時間帯における配置人員  日中：　＊：＊＊ ～ ＊：＊＊ |
| ４．機能訓練指導員 | ＊＊曜日 ～ ＊＊曜日 |

# **５．提供するサービスと利用料金**

　　●●が提供するサービスについては、次の２つの場合があります。

（1）利用料金が介護保険から給付されるもの

（2）利用料金の全額をご契約者に負担していただくもの

(1)介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第＊条参照）

　　 以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常９割(～７割)が介護保険から給付されます。

　　 〈サービスの概要〉

　　　　①食　事

・●●では、管理栄養士等の立てる献立により、栄養並びにご利用者の体の状況及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＊:＊＊ ～ ＊:＊＊　昼食＊:＊＊ ～ ＊:＊＊　夕食＊:＊＊ ～ ＊:＊＊

　　　　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又はシャワー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、ご利用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衰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

・できるかぎり離床を促進することを念頭に、生活のリズムを考え、清潔で快適な生活のための 適切な整容が行われるよう援助します。

　　　 〈サービスの利用料金〉別紙のとおり

　　　　　※法令の改定により変更されます。

　（2）利用料金の全額をご利用者に負担していただくもの

　　　（サービスの概要とご利用料金）

①特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

○ご利用料金　　実　費

②貴重品の管理（預かっていないところは、削除してください。）

　　　　　 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ている預金

　　　　　　○お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑

　　 　　　○保管管理者：施設長

　 　　　　○出納方法

　　 　 ・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。

　　　 ・保管管理者は入出金の都度、入出金記録を作成し、その写しをご利用者へ交付します。

　 　○ご利用料金　　無　料

③レクリエーション、クラブ活動

　　　　　　 ご利用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。

　　　　　 ○ご利用料金　材料代等の実費をご負担いただきます。

　 ④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、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の実費をご負担いただきます。ただし、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。

⑤理容

理美容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。

○ご利用料金　　実　費

⑥インフルエンザ予防対策

　　　　　　 ご利用者及びご家族の意向を確認し、インフルエンザ予防接種を行います。

○ご利用料金　　実　費

⑦ご利用者の移送に係る費用及び距離

　　　　　　 ご利用者の通院や入院時の移送サービスを行います。ただし、協力病院以外に通院や入院時には、付き添いをお願いします。

　　　　 　○対象地域　＊＊市内　無　料

⑧契約書第＊条（居室の明け渡し－精算－）に定める所定の料金

　 　　　　 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係る料金（１日当たりご利用料金の＊％）

(3)ご利用料金のお支払い方法（契約書第＊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の指定日までに下記の方法でお支払い下さい（１か月に満たない期間のサービスに対するご利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします）。

　１．金融機関口座からの自動引き落とし

２．指定金融機関への振り込み（振込手数料をご負担いただく場合があります）

　　　　　３．施設窓口でのお支払い

　 (4) 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・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　＊会　＊＊病院 |
| 所 在 地 | ＊＊市＊＊町＊＊＊番地の＊ |
| 診 療 科 | 内科、＊＊＊科、＊＊科、＊＊科 |

②協力歯科医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 | 医療法人　＊＊会　＊＊＊歯科 |
| 所 在 地 | ＊＊市＊＊町＊＊ |

# **６．施設を退所いただく場合**

　 　●●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が、以下のような事由があった場合

には、●●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要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立、要支援又は要介護１・２と判定された場合（但し要介護１・２であっても特例入所に該当する場合は除く。）  ②●●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施設を閉鎖した場合  ③施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合  ④●●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ご利用者から退所の申し出があった場合  ⑥●●から退所の申し出を行った場合 |

　 (1) ご利用者からの退所の申し出（契約書第＊＊条 参照）　＜中途解約・契約解除＞

　　　　 契約の有効期間であっても、ご利用者から●●からの退所を申し出ることができます。

その場合には、退所を希望する日の＊＊日前までに解約届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、●●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●●の運営規程の変更に同意できない場合  ③ご利用者が入院された場合  ④●●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  ⑤●●もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合  ⑥●●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  ⑦他のご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、●●が適切な対応をとらない場合 |

　(2) ●●からの申し出により退所していただく場合（契約書第＊条参照）　＜契約解除＞

　　　以下の事項に該当する場合には、●●から退所いただく場合があります。

|  |
| --- |
| 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＊か月以上遅延し､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ご利用者が連続して３か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  ④ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護医療院、介護療養型医療施設に入院した場合 |

また、●●は、ご利用者等が以下の事由に該当する場合は、ご利用者、身元引受人その他家族

等に対し、改善を希望する旨の申し入れを行い、それにもかかわらず改善の見込みがなく、

結果としてご利用者に対して適切な介護サービスを提供することが困難であると認めるときは、

３０日前に身元引受人に対し文書で通知することにより、●●から退所いただく場合があります。

ただし、やむを得ない事由が認められるときは、直ちに退所いただく場合があります。

|  |
| --- |
| ⑴ご利用者、身元引受人、またはその家族等が、事業所やサービス従事者もしくは他の利用者その他関係者に対してハラスメントや暴言、脅迫、暴力等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合。  (2)ご利用者、身元引受人、またはその家族等が、事業所やサービス従事者もしくは他の利用者その他関係者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、●●の運営を甚だしく阻害し、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。 |

●●をご利用中に、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日以内の短期入院の場合

６日以内の入院の場合は、退院後再び施設を利用することができます。

但し、入院期間中は外泊時費用及び居住費をご負担いただきます。

②７日間以上３か月以内の入院の場合

３か月以内に退院された場合には、再び●●に入所できるよう努めます。ただし、退院が

予定より早まった場合等に、●●が満室の場合は、短期入所生活介護（ショートステイ）

等を利用いただく場合があります。

③３か月以内の退院が見込まれない場合

３か月以内の退院が見込まれない場合は、退所となります。

　(3) 円滑な退所のための援助（契約書第＊条参照）

　ご利用者が●●を退所する場合には、ご利用者の希望により●●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老人保健施設等の紹介及び連携  ○居宅介護支援事業者の紹介及び連携  ○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及び連携 |

# **７．身元引受人等について**

(1)●●では、契約締結にあたり、身元引受人の選任をお願いしています。

　(2)身元引受人は、本重要事項説明書及び契約書における「代理人」とし、ご家族又は縁故者もしくは成年後見人等とします。

　(3)身元引受人の職務は、次のとおりとします。

イ）利用契約が終了した後、●●に残されたご利用者の所持品（残置物）をご利用者自身が引き取れ ない場合のお受け取り及び当該引渡しにかかる費用のご負担

ロ）民法に定める連帯保証人

(4)前号のロにおける連帯保証人は、次の性質を有するものとします。

イ）連帯保証人は、ご利用者と連帯して、本契約から生じるご利用者の債務を負担するものとします。

ロ）連帯保証人の負担は、極度額＊＊円とします。

ハ）連帯保証人が負担する債務の元本は、ご利用者又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。

ニ）連帯保証人から請求があったときは、事業者●●は、連帯保証人に対し、遅滞なく利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、ご利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

# **８．苦情の受付について**

　(1) ●●における苦情の受付

　　　　●●における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

　　　　○苦情受付窓口（担当者） ℡＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊　　〔職種〕　＊＊＊

　　　　○受付時間　　　　毎週＊＊曜日 ～ ＊＊曜日　＊：＊＊ ～ ＊：＊＊

　(2) その他の苦情相談窓口

・神戸市福祉局　監査指導部　TEL 078-322-6242（平日8：45～12：00、13：00～17：30）

・兵庫県国民健康保険団体連合会

介護サービス苦情相談窓口 TEL 078-332-5617（平日8：45～17：15）

・神戸市消費生活センター（契約についてのご相談）TEL 078-371-1221（平日9：00～17：00）

・養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話（監査指導部内）

TEL 078-322-6774（平日 8：45～12：00、13：00～17：30）

　(3) 福祉サービス第三者評価事業の評価については、以下のとおりです。

　　　　直近の実施日：令和　年＊月＊日 〜 ＊月＊日に実施

　　　　評価機関名　：＊＊＊＊＊

　　　　評価結果公表：あり。当施設ＨＰに掲載し、施設にて原本の閲覧も可能

令和 年 月 日

　指定介護老人福祉施設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いたしました。

　　　指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム●●

　　　説明者氏名　職種：

　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。

　　　契約者住所

　　　氏　　　名

　　身元引受人　住所

　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　