

介護老人福祉施設

重要事項説明書

様

社会福祉法人 櫻灯会
特別養護老人ホーム 日の出紫苑

介護老人福祉施設重要事項説明書
＜令和7年 4月 1日現在＞

1. 特別養護老人ホーム 日の出紫苑の概要

(1) 施設の名称・所在地等

施設名称	特別養護老人ホーム 日の出紫苑
所在地	東京都西多摩郡日の出町大字大久野2 3 1－1
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 東京都第 1372400232 号

(2) 同施設の職員体制

管理・事務職員	管理者	介護・看護職員	看護師
	医師		介護福祉士
	生活相談員		介護職員実務者研修修了者 (旧ヘルパー1級)
	管理栄養士		介護職員初任者研修修了者 (旧ヘルパー2級)
	機能訓練指導員		認知症介護基礎研修修了
	介護支援専門員		
	事務職員		

(3) 同施設の設備の概要

定 員		1 0 0 名	静養室	2階1箇所
居 室	2人部屋（多床室）	3 5 室	医務室	2階1箇所
	個室	3 0 室	食堂	各階1箇所
浴 室		2階機械浴	機能訓練室	1階
		3階一般浴	相談室	1階

2. 入居の居室について

- (1) 施設の居室は、個室（従来型個室）及び2人部屋（多床室）があります。入居される居室は、原則としていずれかの居室を選択していただきますが、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。
- (2) 入居後、ご契約者からの居室変更の希望があった場合は、居室の空き状況等やその他の状況を勘案して、その可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。なお、その際には、ご契約者やご家族等にご連絡のうえ決定するものとします。

3. 利用料金

- (1) 介護給付によるサービス ※負担割合証に記載されている割合により、金額が変わります。

(1) 介護保険自己負担分 （多床室・個室）

要介護度	1日あたりの自己負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	589円	1,178円	1,767円
要介護2	659円	1,318円	1,977円

要介護 3	732 円	1,464 円	2,196 円
要介護 4	802 円	1,604 円	2,406 円
要介護 5	871 円	1,742 円	2,613 円

※上記のサービス費に、次の項目が体制加算として算定されます。＊の印のある加算は、**科学的介護情報システム（LIFE）**に情報提供し、フィードバックを受けた場合に算定されます。

項目	1 日あたりの自己負担額（月あたりの加算は月を記載）		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36 円	72 円	108 円
安全対策体制加算	20 円/入所時に 1 回	40 円/入所時に 1 回	60 円/入所時に 1 回
＊栄養マネジメント強化加算	11 円	22 円	33 円
＊科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 円/月	80 円/月	120 円/月
＊科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50 円/月	100 円/月	150 円/月
看護体制加算（Ⅰ）	4 円	8 円	12 円
看護体制加算（Ⅱ）	8 円	16 円	24 円
夜勤職員配置加算（Ⅰ）	13 円	26 円	39 円
夜勤職員配置加算（Ⅲ）	16 円	32 円	48 円
常勤医師配置加算	25 円	50 円	75 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100 円/月 （3 月に 1 回を限度）	200 円/月 （3 月に 1 回を限度）	300 円/月 （3 月に 1 回を限度）
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 円/月 ※個別機能訓練加算を 算定している場合は 100 円/月	400 円/月 ※個別機能訓練加算を 算定している場合は 200 円/月	600 円/月 ※個別機能訓練加算を 算定している場合は 300 円/月
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 円	24 円	36 円
＊個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 円/月	40 円/月	60 円/月

* 個別機能訓練加算（Ⅲ）	20 円/月	40 円/月	60 円/月
若年性認知症入所者受入加算	120 円	240 円	360 円
精神科医療指導加算	5 円	10 円	15 円
障害者生活支援体制加算（Ⅰ）	26 円	52 円	78 円
障害者生活支援体制加算（Ⅱ）	41 円	82 円	123 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 円	44 円	66 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 円	36 円	54 円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円	12 円	18 円
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90 円/月	180 円/月	270 円/月
* 口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 円/月	220 円/月	330 円/月
生産性向上推進加算（Ⅰ）	100 円/月	200 円/月	300 円/月
生産性向上推進加算（Ⅱ）	10 円/月	20 円/月	30 円/月
協力医療機関連携加算（Ⅰ）	50 円/月	100 円/月	150 円/月
協力医療機関連携加算（Ⅱ）	5 円/月	10 円/月	15 円/月

※職員の配置状況や体制により、算定される加算が変更となる場合があります。

※サービス提供体制強化加算が算定される場合、（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかが算定されます。

※ 日常生活継続支援加算を算定する場合、サービス提供体制強化加算は算定されません。

（２） その他、個別のサービス加算

項目	1 割負担	2 割負担	3 割負担
初期加算	30 円/日	60 円/日	180 円/日
入院・外泊時加算	246 円/日	492 円/日	738 円/日
外泊時在宅サービス利用加算	560 円/日	1,120 円/日	1,680 円/日
療養食加算	6 円/回	12 円/回	18 円/回
退所時栄養情報連携加算	70 円/回	140 円/回	210 円/回
再入所時栄養連携加算	200 円/回	400 円/回	600 円/回
経口移行加算	28 円/日	56 円/日	84 円/日
経口維持加算（Ⅰ）	400 円/月	800 円/月	1,200 円/月

経口維持加算（Ⅱ）	100 円／月	200 円／月	300 円／月
看取り介護加算（Ⅰ）	72 円／日 (死亡日以前 31 日～45 日) 144 円／日 (死亡日以前 4～30 日) 680 円／日 (死亡日の前日、前々日) 1,280 円／日 (死亡日)	144 円／日 (死亡日以前 31 日～45 日) 288 円／日 (死亡日以前 4～30 日) 1,360 円／日 (死亡日の前日、前々日) 2,560 円／日 (死亡日)	216 円／日 (死亡日以前 31 日～45 日) 432 円／日 (死亡日以前 4～30 日) 2,040 円／日 (死亡日の前日、前々日) 3,840 円／日 (死亡日)
看取り介護加算（Ⅱ）	72 円／日 (死亡日以前 31 日～45 日) 144 円／日 (死亡日以前 4～30 日) 780 円／日 (死亡日の前日、前々日) 1,580 円／日 (死亡日)	144 円／日 (死亡日以前 31 日～45 日) 288 円／日 (死亡日以前 4～30 日) 1,560 円／日 (死亡日の前日、前々日) 3,160 円／日 (死亡日)	216 円／日 (死亡日以前 31 日～45 日) 432 円／日 (死亡日以前 4～30 日) 2,340 円／日 (死亡日の前日、前々日) 4,740 円／日 (死亡日)
配置医師緊急時対応加算	325 円／回 (早朝・夜間及び深夜を除く) 650 円／回 (早朝または夜間) 1,300 円／回 (深夜)	650 円／回 (早朝・夜間及び深夜を除く) 1,300 円／回 (早朝または夜間) 2,600 円／回 (深夜)	975 円／回 (早朝・夜間及び深夜を除く) 1,950 円／回 (早朝または夜間) 3,900 円／回 (深夜)
特別通院送迎加算	594 円／月	1,188 円／月	1,782 円／月
高齢者施設等感染症対策向上加算（Ⅰ）	10 円／月	20 円／月	30 円／月
高齢者施設等感染症対策向上加算（Ⅱ）	5 円／月	10 円／月	15 円／月
新興感染症等施設療養費	240 円／日	480 円／日	720 円／日
* 排せつ支援加算（Ⅰ）	10 円／月	20 円／月	30 円／月
* 排せつ支援加算（Ⅱ）	15 円／月	30 円／月	45 円／月
* 排せつ支援加算（Ⅲ）	20 円／月	40 円／月	60 円／月
* 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 円／月	6 円／月	9 円／月
* 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13 円／月	26 円／月	39 円／月
* 自立支援促進加算	280 円／月	560 円／月	840 円／月
* ADL 維持等加算（Ⅰ）	30 円／月	60 円／月	90 円／月
* ADL 維持等加算（Ⅱ）	60 円／月	120 円／月	180 円／月
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 円／日	6 円／日	18 円／日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 円／日	8 円／日	12 円／日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 円／日	400 円／日	600 円／日
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150 円／月	300 円／月	450 円／月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 円／月	240 円／月	360 円／月

在宅・入所相互利用加算	40 円／日	80 円／日	120 円／日
在宅復帰支援機能加算	10 円／日	20 円／日	30 円／日
退所前訪問相談援助加算	460 円／回	920 円／回	1,380 円／回
退所後訪問相談援助加算	460 円／回	920 円／回	1,380 円／回
退所時相談援助加算	400 円／回	800 円／回	1,200 円／回
退所前連携加算	500 円／回	1,000 円／回	1,500 円／回
退所時情報提供加算	250 円／回	500 円／回	1,500 円／回

● 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に 14.0% の加算率が乗じられます。

● 地域区分による上乘せ

施設のある地域間格差を是正するため 1 円あたり 1.045 円に換算されます。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

① 居住費

居室区分	1 日あたりの居住費
2 人部屋多床室	915 円
個室	1,400 円

注 1) 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、以下の居住費の金額（1 日当り）のご負担となります。

段階	対象者	居住費（個室）	居住費（多床室）
第 1 段階	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者	380 円	0 円
第 2 段階	・合計所得金額と年金収入の合計が 80 万円以下	480 円	430 円
第 3 段階①	・合計所得金額と年金収入の合計金額が 80 万円超 120 万円以下	880 円	430 円
第 3 段階②	・合計所得金額と年金収入の合計金額が 120 万円超	880 円	430 円

② 食費

1 食あたりの食費	朝食 500 円 昼食 750 円 夕食 700 円
-----------	----------------------------

注 1) 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、以下の食費の金額（1 日当り）のご負担となります。

段階	対象者	食費
第 1 段階	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者	300 円
第 2 段階	・合計所得金額と年金収入の合計金額が 80 万円以下	390 円
第 3 段階①	・合計所得金額と年金収入の合計金額が 80 万円超 120 万円以下	650 円
第 3 段階②	・合計所得金額と年金収入の合計金額が 120 万円超	1,360 円

③ 入院、外泊期間の居住費、及び空床利用時の居住費について

入院、外泊等により居室を空ける状態となった場合、居室確保の為、居住費（所得に応じた段階別の負担額）を退院（帰苑）時若しくは退所時までご負担頂きます。
上記期間に、他利用者が、短期入所生活介護の居室としてご利用させて頂く場合は、その期間の居住費の請求は致しません。

④ その他のサービスの概要と利用料金

ア. 特別な食事

ご契約者のご希望に基づいた特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

イ. 日常生活上必要となる諸費用

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していただきます。日用品費：A 171円 B 173円
C 148円 D 150円（詳細は申込書に記載しております。）

ウ. 預り金等の保管・管理

預り金等の保管・管理サービスをご利用いただけます。預り金等とは、現金もしくは各種預貯金通帳、有価証券、年金、介護保険、医療保険、マイナンバー通知書等の証書類又は印鑑です。これら預かり金等を適正に保管し、委任を受けた出入金について出納管理を行います。収支については、三か月に一度、報告を行います。

預り金等管理手数料：1日当り金額 165円

※預り金等管理手数料は、預り金等を返却した日まで発生します。退所した場合も同様です。返却日は、契約者と相談のうえ決定します。

エ. 上記以外のサービス

ア～ウ以外のサービスにつきましては、別紙1「サービス一覧及び料金」のとおりです。ご契約者の希望により理美容、クラブ活動等に参加していただくことができます。

4. 支払方法

毎月、15日前後に前月分の請求をいたします。お支払方法は、ご指定いただいた口座からの振替サービスとなります。

口座振替日：毎月27日（金融機関休業日の場合は翌営業日）

口座振替手数料は、ご指定口座名義人様負担となります。

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

- ① ご担当ケアマネジャーを通してお申し込みください。入所検討会を経て居室が空き次第ご入所いただけます。契約の締結をもって入所となり、サービスの提供を開始します。
- ② 入所にあたり、本人及び他利用者の健康を保護するため、感染症などに対する予防措置にご協力いただきます。下記の証明書をご提出ください。

ア. ご利用予定日3ヶ月以内の胸部X線検査で異常がないことの証明書

イ. 他の感染症（梅毒、B型肝炎、C型肝炎、疥癬など）にかかっていないことの医師の証明

ウ. 重篤な精神疾患にかかっていないことの医師の証明

エ. 看護サマリー、診療情報提供書等

*居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にケアマネジャーとご相談ください。

(2) 退所手続き

契約書第九条に基づき速やかに退所手続きをとっていただきます。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

「心をこめてお世話させて頂く」という基本ポリシーに基づき、福祉の第一線に立つ者として職員一同一丸となり、利用者の皆様に“安心して生活できる場”を共に創り上げてきました。私たちが大切にし、目指し続ける目標は、職員全員の真心こもる“介護の心”の実践です。

(2) 施設の体制等

事 項	有無	備 考
緊急対応訓練の有無	有	
従業員への研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束の適正化	有	契約書第四条第3項を除く
虐待防止	有	運営規程第40条に記載
相談・苦情窓口	有	重要事項説明書第10項に記載
協力医療機関	有	いしん会診療所

		多摩リハビリテーション病院 大久野病院 あおぞら歯科クリニック
--	--	---------------------------------------

(3) 施設利用に当たって

- ・ 食事 朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 18:00 (時間変更可能)
- ・ 入浴 週2回
- ・ 面会 可
- ・ 外出、外泊 可 (同伴者要)
- ・ 飲酒、喫煙 可
- ・ 金銭、貴重品の管理 可
- ・ 所持品の持ち込み 可 (危険物は制限有)
- ・ 施設外での受診 可
- ・ 信教の自由 可 (布教活動は不可)
- ・ ペット 不可

(4) 年間行事計画

4月	お花見
8月	納涼祭
9月	敬老会
10月	運動会 大規模外出
12月	クリスマス会 ・ もちつき大会
1月	新年会
2月	節分
3月	ひな祭り

(5) 葬祭について

ご利用者様が、お亡くなりになった場合は、施設の霊安室にご安置させていただくことができます。供物も職員の手作りでお供えさせていただきます。また、ご希望により、施設において告別式等葬儀を行っていただくことができます。
ご家族様とともにご利用者様の旅立ちをお見送りさせていただきます。費用は無料です。
ご相談ください。

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に様態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
続柄	

8. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 有
- ・ 防災設備 有
- ・ 防災訓練 月1回
- ・ 防災責任者 櫻井 真里

9. 管理体制に関する特記事項

- ① 安全管理の都合上、共有スペース、居室内等に見守り用のカメラを設置する場合があります。
- ② 衛生管理上、飲食物を持ち込む場合は職員に声をおかけください。
場合によって施設にて管理させていただきます。
- ③ 「入所契約書」第七条の危険物とは、刃物等・ロープ・餅等です。
- ④ サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに区市町村（保険者）担当窓口、ご利用者の

ご家族等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

10. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情受付体制

当施設における苦情やご相談は、以下の担当者で受け付けています。

苦情解決責任者：施設長 櫻井 真里 受付担当者：営業課 相談員 細谷 真由美

TEL (042) 597-1941 (代表) Fax (042) 597-1949

また、受け付けた苦情は、迅速な解決に努め、苦情申出人に必ず文書にて報告いたします。

(2) その他行政機関

【日の出町介護保険課】

所在地 〒190-0192 東京都西多摩郡日の出町平井 2780 番地

TEL (042) 597-0511 Fax (042) 597-4369

【東京都社会福祉協議会】

所在地 〒162-8953 東京都新宿区神楽河岸 1-1 飯田橋セントラルプラザ内

TEL (03) 3268-7171 Fax (03) 3268-7433

【東京都国民健康保険団体連合会】

所在地 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋三丁目 5 番地 1 号 東京区政会館 11 階

TEL (03) 6238-0177 Fax (03) 6238-0022

11. 当法人の概要

名称・法人種別

社会福祉法人 櫻灯会

代表者役職・氏名

理事長 櫻井 真里

本部所在地・電話番号

東京都西多摩郡日の出町大字大久野 2 3 1 - 1

TEL (042)-597-1941(代)

FAX (042)-597-1949

ホームページ <http://www.outoukai.com>

e-mail hinodeshien@outoukai.or.jp

この内容は変更する場合があります。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

<住 所> 東京都西多摩郡日の出町大字大久野 2 3 1 - 1

<事業者名> 社会福祉法人 櫻灯会

印

特別養護老人ホーム 日の出紫苑

<説明者>

所属

営業課

氏名

印



特別養護老人ホーム 日の出紫苑

介護老人福祉施設入所に関する契約書

様

社会福祉法人 櫻灯会

特別養護老人ホーム 日の出紫苑

介護老人福祉施設入所契約書

<令和 6 年 12 月 1 日現在>

_____（以下、「利用者」といいます）と特別養護老人ホーム 日の出紫苑（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う介護老人福祉施設サービスについて、次のとおり契約します。

第一条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令及び老人福祉法令の趣旨にしたがって、介護老人福祉施設サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する利用料を支払います。

第二条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 契約終了日の1ヶ月前に、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、かつ、利用者が要介護認定の更新で要介護者（要介護3～要介護5）と認定された場合、契約は更新されるものとします。
- 3 利用者が、要介護認定の更新で、要介護1・2と認定された場合は、施設の入所判定委員会で特例を認められた場合に限り、契約は更新されるものとします。

第三条（施設サービス計画）

事業者は、次の各号に定める事項を介護支援専門員に行わせます。

- 1 利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、介護福祉施設サービスの目標およびその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ介護サービス計画を作成します。
- 2 必要に応じて介護サービス計画を変更します。
- 3 介護サービス計画の作成および変更に際してはその内容を利用者に説明し、利用者またはご家族の同意を得ます。

第四条（介護老人福祉施設サービスの内容）

- 1 事業者は、介護サービス計画に沿って、利用者に対し居室、食事、介護サービス、その他介護保険法令の定める必要な援助を提供します。また、介護サービス計画が作成されるまでの期間も、利用者の希望、状態等に応じて、適切なサービスを提供します。
- 2 利用者が、利用できるサービスの種類は〔重要事項説明書〕のとおりです。事業者は〔重要事項説明書〕に定めた内容について、利用者およびその家族に説明します。
- 3 事業者は、サービス提供にあたり、利用者または他の入所者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ないと判断した場合、利用者およびその家族に説明、同意を得た上で、身体的拘束を行うことがあります。

第五条（要介護認定の申請に係る援助）

- 1 事業者は、利用者が要介護認定の更新申請を円滑に行えるよう利用者を援助します。
- 2 事業者は、利用者が希望する場合は、要介護認定の申請を利用者に代わって行います。

第六条（サービスの提供の記録）

- 1 事業者は、介護老人福祉施設サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後2年間保管します。
- 2 利用者は、9時から17時の間に当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録について、複写物の交付を受けることができます。

第七条（利用者の義務）

- 1 利用者（その家族等も含む）は居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って、利用するものとします。
- 2 禁止行為
利用者（その家族も含む）は敷地内で次の各号に該当する行為をすることは許されません。
 - ① 危険物の持ち込み
他利用者に危害を加えたり、施設の設備に損害を与えたりするおそれのある物、又は誤飲、中毒のおそれのある物の持ち込み。（必要品については個別相談に応じます。）
 - ② サービス従業者又は他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動など行うこと。
 - ③ 決められた場所以外での、喫煙、飲酒、飲食等。

第八条（利用料）

- 1 利用者は、サービスの対価として、月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月15日前後に利用者、又は家族に通知します。
- 3 利用者は、当月の料金の合計額を指定口座から口座振替サービスにより翌月27日（金融機関休業日の場合は翌営業日）までに支払います。（口座振替手数料は、ご指定口座名義人様負担となります。）
- 4 事業者は、利用者からの料金の支払いを受けたときは、領収証を発行します。

第九条（契約の終了）

- 1 利用者の都合で退所される場合
退所を希望する日の1ヶ月前までにお申し出ください。
（退所予告なく施設変更された場合は1ヶ月分の利用料を申し受けます）
- 2 自動終了
以下のいずれかに該当した場合は、通知がなくても自動的に契約を終了いたします。
 - ① 利用者が他の介護保険施設等に入所した場合。
 - ② 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援、要介護1・2と認定された場合、所定の期間をもって契約は終了となります。ただし要介護1・2と認定された方が、施設の入所判定委員会において特例を認められた場合を除きます。
 - ③ 利用者が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない

場合または入院後3か月経過しても退院できないことが明らかになった場合。

- ④ 利用者がお亡くなりになった場合。
- ⑤ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合。

3 その他

以下のいずれかに該当した場合は、退所していただく場合がございます。

- ① 利用者がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合。
- ② 利用者やご家族が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
- ③ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合。
- ④ 他の利用者及び職員の生命・身体に危険を及ぼすおそれがあると施設が判断した場合。
- ⑤ その他明らかに公共の秩序に反すると認められた場合。
- ⑥ 常時治療・看護が必要、あるいは精神疾患で治療が必要と医師が判断した場合。

第十条（退所時の援助）

事業者は、契約が終了し利用者が退所する際には、利用者およびその家族の希望、利用者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

第十一条（秘密保持）

- 1 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密（予め本人およびその家族が文書によって明示したもの）を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。この守秘義務はかつて職員であったものについても有効です。
- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し、利用者の個人情報を提供しません。

第十二条（事業者賠償責任）

- 1 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
- 2 損害賠償がなされない場合
事業者は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償を負いません。
とりわけ以下のいずれかに該当する場合には事業者は損害賠償責任を免れます。
 - ① 利用者（その家族等も含む）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ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
 - ② 利用者（その家族等も含む）が、サービスの提供の為に必要な事項に関する聴取、確認に対して、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
 - ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業者が提供したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
 - ④ 利用者が、事業者及びサービス従業者の指示、依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

3 事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能

事業者は、本契約の有効期間中、地震・噴火等の天災、その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。

第十三条（利用者賠償責任）

利用者の責めに帰すべき事由により、他利用者又は、施設の職員・設備・物品に損害を及ぼした場合、利用者は損害を受けた利用者又は事業者に対し賠償します。

第十四条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

第十五条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

第十六条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第十七条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

<住所>

東京都西多摩郡日の出町大字大久野 231-1

<事業者名>

社会福祉法人 櫻灯会

特別養護老人ホーム 日の出紫苑

印

私は、「重要事項説明書」の説明を受け、その内容に同意し、契約します。

(利用者)

<住所>

<氏名>

印

(代理人)

<住所>

<氏名>

印

<連絡先>

(連帯保証人)

<住所>

<氏名>

印

<連絡先>



櫻 灯 会
o u t o u k a i

特別養護老人ホーム 日の出紫苑

介護老人福祉施設入所申込書兼調査書

あてはまる項目の□にチェックをしてください

☐ 特別養護老人ホーム		☐ ショートステイ										
ふりがな 申込書ご記入の方のお名前		入所申込者ご本人との関係	☐ 配偶者 ☐ 子(同居・別居) ☐ その他()									
ふりがな 入所申込者ご本人のお名前		被保険者番号										
		性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	明 大 昭	年 月 日			満 歳			
住 所	〒 - -			この申込書についての問い合わせ先		☐ 自宅 ☐ 自宅以外() 電話						
要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5											
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
介護保険負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割											
介護保険負担限度額認定	☐ 1段階 ☐ 2段階 ☐ 3段階① ☐ 3段階② ☐ 該当なし											
医療保険	☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 国民健康保険 ☐ その他()											
医療費助成券	☐ なし ☐ あり 券名()											
手帳	☐ なし ☐ あり 手帳名()											
同居の方について	☐ ひとり暮らし ☐ ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) ☐ ご夫婦以外に同居者がいる											
主に介護している方について	・ 介護する方は、 ☐ いる ☐ いない ・ 主に介護する方は、 ☐ 健康 ☐ 病弱 ☐ 病気で治療中 ☐ 障害がある ・ 主に介護する方は、 ☐ 働いている ☐ 働いていない											
介護を手伝う方について	・ 介護を手伝う方は、 ☐ いる ☐ いない 手伝う方がいる場合、その方は ☐ 親族 ☐ 近所の方 ☐ その以外の方()											
お住まいについて	・ 今のお住まいは、 ☐ 自宅 ☐ 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が ☐ ある ☐ ない ☐ 立ち退きを求められている ☐ 家屋の老朽化が著しい											
介護する上での住宅の問題について	☐ エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる ☐ 自分の部屋がない ☐ 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある ☐ 立ち退きを求められている ☐ 家屋の老朽化が著しい											
その他あてはまるもの	☐ 徘徊 ☐ 暴力行為 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 大声や奇声 ☐ その他の行為(具体的な内容) ☐ 医療器具を使っている(具体的な内容) ☐ 病気がある(病名)											

現在受けている介護や治療のようす

ご自宅以外での介護や治療 ※自宅にいらっしゃる方は記入は結構です	・ 現在おられるのは、 ☐ 病院 ☐ 老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 養護老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム ☐ ケアハウス ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ その他() ○施設の名称 ○入所・入院開始日 年 月 日~
ケアプランなどについて	・ ケアプランは、 ☐ 作っている ☐ 作っていない ・ 相談できる介護支援専門員は、 ☐ いる ☐ いない ○介護支援専門員の氏名 ○事業所名称 電話
在宅サービスについて	・ 在宅サービスは、 ☐ 使っている ☐ 使っていない ・ 今後の利用は、 ☐ 今のままでよい ☐ もっと増やしたい ☐ サービスや使い方を改善したい (具体的な内容)

特別養護老人ホーム 特列入所に関する事由(要介護1・2の場合は、ご記入ください。)

特列入所の要件	☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。 ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。
所見欄	※具体的な状況を記載して下さい

特別養護老人ホーム 日の出紫苑 施設長

私は、貴施設に入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。
この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します。

年 月 日

氏 名