地域密着型介護老人福祉施設

地域密着型特別養護老人ホームふくろうの郷
重要事項説明書

ふくろうの郷は、介護保険の指定を受けています。
地域密着型介護老人福祉施設（羅臼町指定第 01942000093 号）

当事業所はご契約者に対してユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設のサービスを提供します。事業所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は次のとおり説明します

１．事業者

（１）法人名	社会福祉法人　優秋会
（２）法人所在地	北海道目梨郡羅臼町栄町 100 番 60
（３）電話番号及び FAX 番号	電話 0153-85-7120　FAX0153-85-7121
（４）代表者氏名	理事長　走　上　好　秋
（５）設立年月日	平成 24 年　5 月 7 日
（６）メールアドレス番号	qqxu5dv9k@bird.ocn.ne.jp
（７）ホームページ	https://www.hukurounosato.com/pc/free1.html

２．事業所の概要と説明

（１）建物の構造	軽量鉄骨造合金メッキ銅版葺３階建
(2) 建物の延床面積	992.97 ㎡
（３）施設の周辺環境	市街地に位置し役場、病院、消防署等の公共施設に隣接する定員 29 名の小規模な特別養護老人ホームです。家庭的な雰囲気の中で快適な生活を送って頂けるよう日常生活のケアや健康面を中心に取り組んでいます。
（４）事業所の種類	指定介護老人福祉施設　平成 24 年 5 月 7 日指定 羅臼町　01942000093 号
（５）事業所の目的	常時介護を必要とし、自宅での生活が困難な方の日常生活上の介護や機能訓練等を施し、明るく健康で快適な生活が過ごせるように介護いたします。
（６）事業所の名称	地域密着型小規模特別養護老人ホーム「ふくろうの郷」
（７）事業所の所在地	北海道目梨郡羅臼町栄町 100 番地 60
（８）電話及び FAX 番号	電話 0153-85-7120　FAX0153-85-7121
（９）管理者氏名	施設長　松　田　眞 佐 都
(10) 事業の運営方針	入居者の個性を尊重し家庭的な温かみのある介護に心掛ける。

（11）サービス開始年月日	平成 24 年 5 月 11 日
（12）事業所が行っている業務一覧（当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。） ☆第 2 種社会福祉事業 ●介護保険指定事業 老人短期入所事業（ショートステイ）平成 24 年 5 月 7 日　北海道 0174200477 号 （空所利用型）	

3．利用定員

利用定員	29 名（短期入所 2 床を含む）

4．施設利用対象者

（1） 当施設に入所できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となります。また入所時に於いて「要介護」の認定を受けておられる入所者であっても、将来「要介護」認定者でなくなった場合には、退所していただくことになります。

（2） 入所契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合には、契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

5．契約締結からサービス提供までの流れ

ご利用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、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）で定めます。

「施設サービス計画（ｹｱﾌﾟﾗﾝ）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第 3 条参照）

① 介護の提供に係る計画等に関し経験のある、当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）に施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

↓

②その担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明、同意を得たうえで決定します。

③施設サービス計画は原則として６ヶ月に１回、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合にはご契約者及び家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。

④　施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

６．居室の概要

（１）　居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室　数	
個室（一人部屋）	２９室	11.956 ㎡～12.268 ㎡
合　　計	２９室	352.028　㎡
リビング	３室	
機能訓練室	１室	
浴　室	４室	一般浴室　5.40 ㎡　機械浴室　14.906 ㎡
医務室	１室	4.14 ㎡

７．職員の配置状況

当施設では、ご利用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	配置基準	常勤換算
１．施設長（管理者）	１名	１名
２．生活相談員	１名	１名
３．介護職員	１１名以上	１５．５名

地域密着型介護老人福祉施設

４．看護職員	１名	１．５３名
５．機能訓練指導員	１名（看護職員が兼務）	０名
６．介護支援専門員	１名（生活相談員が兼務）	０名
７．医師（委託）	１名	必要数
８．栄養士	１名	１名

常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延時間の総数を当施設における常勤職員の所定労働時間数（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．管理者（施設長）	月曜日から金曜日　8：30～17：30
２．生活相談員	月曜日から金曜日　8：30～17：30
３．介護支援専門員	月曜日から金曜日　8：30～17：30（生活相談員が兼務）
４．介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早　出　07:00～16:00 日　勤　09:30～18:30 遅　出　11:00～20:00 夜　勤　20:00～翌 09:00
５．看護職員	標準的な時間帯における最低人員配置　8:00～17:00
６．機能訓練指導員	（看護職員が兼務）
７．医師	毎月　２日間
８．栄養士	月曜日から金曜日　8：30～17：30

☆土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始は上記と若干異なります。

＜配置職員の職種＞

生活相談員　ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

介護　職員　ご利用者の日常生活上の介護及び健康保持の為、相談助言等を行います。

看護　職員　主にご利用者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護介助等も行います。

機能訓練指導員	ご利用者の機能訓練を担当します。 1名の機能訓練指導員（看護職員兼務）を配置しています。
介護支援専門員	ご利用者に係る施設サービス計画（ｹｱﾌﾟﾗﾝ）を作成します。 1名の介護支援専門員（生活相談員兼務）を配置しています。
医　師	ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。 ※協力医療機関との契約により、月2回程度の往診があります。
栄 養 士	ご利用者の状態にあった食事の献立を作成します。

8．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。

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などがあります。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4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

・当施設では、栄養士が立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身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　07:30～　昼食　11：30～　夕食　16：30～

②入浴

・入浴又は清拭は週2回以上行います。

・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、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

・排泄に関する消耗品（オムツやパット等）は介護保険サービスの中でご用意いたします。

④機能訓練

・機能訓練指導員を中心に介護・看護職員により、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。

⑦その他、定例行事及び全員参加するレクリエーション

＜サービス利用料（1日あたり）＞（契約書第７条参照）

下記の料金表によって、ご利用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）と居住費及び食事の係る合計金額をお支払い下さい。

サービスの利用料は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。

サービス利用料金表～入居

（ユニット型個室）　　**R元年 10 月1日改正　現在**

	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
1. 要介護度別 サービス利用料	6,460 円	7,140 円	7,870 円	8,570 円	9,250 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	5,814 円	6,426 円	7,083 円	7,713 円	8,325 円
3. サービス利用に係る 自己負担額（1－2）	646 円	714 円	787 円	857 円	925 円

4. 居住費					
第 1 段階(生活保護受給者)	**820 円**	**820 円**	**820 円**	**820 円**	**820 円**
第 2 段階(80 万円以下)	**820 円**	**820 円**	**820 円**	**820 円**	**820 円**
第 3 段階(80～266 万円以下)	**1,310 円**	**1,310 円**	**1,310 円**	**1,310 円**	**1,310 円**
第 4 段階(266 万円以上)	**2,006 円**	**2,006 円**	**2,006 円**	**2,006 円**	**2,006 円**
5. 食　費					
第 1 段階(生活保護受給者)	**300 円**	**300 円**	**300 円**	**300 円**	**300 円**
第 2 段階(80 万円以下)	**390 円**	**390 円**	**390 円**	**390 円**	**390 円**
第 3 段階(80～266 万円以下)	**650 円**	**650 円**	**650 円**	**650 円**	**650 円**
第 4 段階(266 万円以上)	**1,392 円**	**1,392 円**	**1,392 円**	**1,392 円**	**1,392 円**
6. 自己負担合計(3+4+5)					
第 1 段階(生活保護受給者)	**1,766 円**	**1,834 円**	**1,907 円**	**1,977 円**	**2,045 円**
第 2 段階(80 万円以下)	**1,856 円**	**1,924 円**	**1,997 円**	**2,067 円**	**2,135 円**
第 3 段階(80～266 万円以下)	**2,606 円**	**2,674 円**	**2,747 円**	**2,817 円**	**2,885 円**
第 4 段階(266 万円以上)	**4,044 円**	**4,112 円**	**4,185 円**	**4,255 円**	**4,323 円**

上記利用料金の他、該当する場合は下記の料金が加算されます。

＜看護加算　12 単位、　夜勤職員配置加算　46 単位、介護職員処遇改善加算（8.3%）
サービス提供加算Ⅱ　6 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、利用料金の金額がご契約の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①使用する居室料

ご利用者が利用するユニット型個室を提供します。

利用料金：居室に係る料金は、居室の概要での居室料金表による。

②食事の提供

ご利用者の栄養状態に適した食事を提供します。

利用料金：食事に係る料金は、料金表による。

③特別な食事の提供

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：特別な食事のために要した追加の費用。

④理髪・美容

〔理髪サービス〕

月に１回程度、理容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費となります。

〔美容サービス〕

月に１回程度、美容師の出張による美容サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費となります。

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：預かり金

○お預かりするもの：健康保険証、介護保険証

○保管管理者：施設長

○預り金の出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

保管管理者は出入金の都度出入金記録に記入し、その写しを１ヶ月毎にご契約者へ交付します。

○利用料金：１ヶ月当たり　３００円（貴重品管理サービス料）

⑥レクリエーション、クラブ活動費

ご利用者の希望によりレクレ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。但し、施設として提供するレクレーションやクラブ活動については利用料金を戴きませんが、ご利用者の選択にかかるものについては、別途材料代等の実費をいただく場合があります。

⑦日常生活用費

日常生活用品の購入代金等のご利用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。

衣服、履物、歯ブラシ等、日常生活用品の購入を代行いたします。費用としては、代金の実費を頂きます。おむつ代は介護保険給付対象となっていますので負担の必要はありません。

⑧契約書第 21 条に定める所定の料金

ご契約者が、本来の契約終了後も居室を明け渡さない場合は、本来の契約終了日の翌

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 日あたりの居住費・食事代も含む）を、各段階での金額で徴収します。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第７条参照）

前期（１）（２）の料金・費用は１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。（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、窓口での現金支払い
イ、下記指定口座への振込
大地みらい信用金庫　羅臼支店　普通預金　**1070651**
（口座名）〈福〉優秋会　理事長　走上　好秋

（４）入所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はありません。

① 協力医療機関（協力病院）

医療機関の名称	知床らうす国民健康保険診療所
所在地	北海道目梨郡羅臼町栄町 100 番地 83
診療科	内科・外科・小児科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	川上歯科医院
所在地	北海道目梨郡羅臼町船見町 1－12

９．施設を退所していただく場合（契約の終了について）（契約書第 15 条参照）

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はできますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当該施設の契約は終了し、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又は要支援と判断された場合
②事業者が解散した場合、破産もしくはやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
③施設の減失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービス提供が不可能になった場合
④ご契約者から退所の申し出があった場合は（詳細は以下をご参照下さい）
⑤事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１） ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 16 条、17 条参照）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設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７日前までに解約・解除届出書をご提出下さい。

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ご利用者が入院され、長期に渡り施設に戻れないとご家族等が判断した場合
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求められる場合
⑥他の利用者がご利用者の身体・財物・信用を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な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所していただく場合（契約解除）（契約書第 18 条参照）

以上の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

①ご契約者が、契約締結に際して、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、また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 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催促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者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の財物・信用を傷つけ、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ご利用者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそがあり、あるいは、ご利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情を生じた場合

⑤ご利用者が連続して３ヶ月を超えて病院、診療所に入院すると見込まれた場合もしくは入院した場合
⑥ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合

当施設に入所中に、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。

（契約書第 20 条参照）

① ３ヶ月以内の入院の場合

当初から３ヶ月以内の退院が見込まれて、実際に３ヶ月以内に退院された場合は、通院後再び施設に入所することができます。

しかし、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合など、退院時に施設の受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。また、料金につきましては、入院の翌日から当該月６日間（当該入院が月をまたがる場合には最大 12 日間）の範囲内で実際に入院した日数分で利用料金をご負担いただきます。

１日当たり　２４６円（自己負担）

② ３ヶ月以内の退院が見込まれない場合

３ヶ月を超えて入院が見込まれる場合には、契約を解除する場合があります。

但し、契約を解除した場合であっても３ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に入所できるよう努めます。しかし、当施設が満室の場合には、短期入所生活介護（ショートステイ）を利用できるように努めます。

③ ３ヶ月を超えて入院した場合

３ヶ月を超えて入院した場合には、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所することはできません。

（３） 円滑な退所のための援助（契約書第 19 条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者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。

○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

10.　身元引受人（契約書第 23 条参照）

（１）契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。しかしながら、ご契約者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

（２）身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご利用者のお世話をされてきたご家族やご親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。

（３）身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、ご契約者と連携して、その債務の履行義務を負うこととなります。

また、これればかりでなく、ご利用者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には当施設と協力、連携して退所後のご利用者の受入先を確保する等の責任を負うこととなります。

（４）　ご利用者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品（居室内に残置する日常生活品や身の回り品等であり、又高価品は除外します。）の引き取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。また、ご利用者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の残置品をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取って頂く場合があります。これらの引き取り等の処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人にご負担いただくことになります。

（５）　身元引受人が死亡したり破産宣告を受けた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご契約者にご協力をお願いする場合があります。

（６）　身元引受人は、利用料の変更、施設サービス計画の変更等については、必ずその都度ご通知させていただきます。

11.　苦情の受付について（契約書第 26 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・相談は以下の専用窓口で受け付けます

○苦情受付窓口　　介護職員・看護職員　　受付時間　毎日（随時）

地域密着型介護老人福祉施設

○苦情受付担当者　生活相談員

○第三者委員会

（氏名）山本　　勤	（職名）民生児童委員協議会長
連絡先　羅臼町岬町 39－1	ＴＥＬ（自）89-2132
（氏名）池田　幸世	（職名）民生委員
連絡先　羅臼町富士見町	ＴＥＬ（自）87-3474

○苦情解決責任者

（氏名）　松　田　眞佐都

（職名）　施設長（管理者）

苦情の受付窓口が受付担当者となります。また第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。更に第三者委員は苦情解決を円滑に図るため、双方への助言や話合いへの立会なども致します。苦情解決責任者は、苦情の申し出された方と話し合いによって円滑解決に努めます。

（２）行政機関その他の苦情受付機関

羅臼町役場保健福祉課	所在地　目梨郡羅臼町栄町 100 番地 83 ＴＥＬ　0153-87-2161
北海道国民健康保険団体連合会	所在地　札幌市中央区南２条西 14 丁目 ＴＥＬ　011-231-5161

１２．サービス提供における事業者の義務（契約書第９条、第 10 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事を守ります。

①　ご利用者の生命、身体、財産の安全に考慮します。

②　ご利用者の体調、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、ご利用者から徴取、確認します。

③　消防法などの規程に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

④　ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日までに、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。

⑤　ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、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利用者又はその家族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）。但し、ご利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提

供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得て行います。

13. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご契約者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（1）面会

来訪者は、必ずその都度玄関に置いてある面会カードにご記入して下さい。

（2）外出・外泊（契約書第 24 条参照）

外泊・外出される場合は、なるべく 2 日までに届け出て下さい。但し、緊急やむを得ない事情を除きます。また、緊急連絡先をお知らせください。

（3）食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までにお申し出があった場合には、19～20 ページの（サービス利用料表記載参照）に定める「食事にかかる自己負担額」は徴収致しません。

（4）施設・整備の使用上の注意（契約書 11 条参照）

☆ 居室及び共同施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

☆ 故意に、施設、整備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に相当の代価をお支払いいただく場合があります。

☆ ご利用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はご利用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所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

14. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

15. 損害賠償について（契約書第 13 条参照）

（1）当施設において、事業者の責任によりご利用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。但し、その損害の発生について、ご利用者側に故意又は過失が認められる場合においてご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ときには、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

（２）事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害責任を負いません。
とりわけ以下の各号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 契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって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もっぱら起因して損害が発生した場合

② ご利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合

③ ご利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

16. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

地域密着型介護老人福祉施設

（説明し契約した日時及び場所：令和　年　月　日　時　分～　時　分　　に於いて）

指定介護老人福祉施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

事 業 者　地域密着型小規模特別養護老人ホーム　ふくろうの郷

施設長　　印

説明者職名＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿印

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人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＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元引受人　（契約者との関係：　　）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印

（原則としてご家族の方とします。ご家族どうしても身元引受人となれない場合は、立会人として、ご家族の立会を求めることになります。）

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者　（契約者との関係：　　）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印

立　会　人　（契約者との関係：　　）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印

（身元引受人が利用者の家族でない場合には、この立会人は家族の方になって頂きます）