

## 入居希望者各位

介護老人福祉施設への入居は、申込順ではなく介護の必要度や家族状況等により入居の必要性が高い方から入居していただきます。

【必要度の高い方には、以下の方が該当されます。】

・要介護度の高い方	・認知症による行動障害のある方
・介護者が不在の方	・介護者が高齢な方、介護者が未成年の方
・介護者が障がいをお持ちの方	・介護者が両親等、複数の方を介護されている方
・住宅が老朽化していたり、立ち退きをせまられている方	

※入居申込者は、入居判定会議において評価を行った上、優先順位の決定となります。提出書類をもとに優先順位を決め、優先度の高い方からご入居していただく関係上、記入漏れがないように書類作成をお願いいたします。万が一記入漏れがあった場合には、検討に支障が生じ受け付けいたしかねる場合もございますので十分ご注意ください。

申込書類作成について「介護老人福祉施設むさし村山苑入居申込書」、  
「入居申込調査票①」については、ご家族が作成してください。  
「介護老人福祉施設むさし村山苑入居申込に伴う意見書」は担当ケアマネジャーへ作成を依頼してください。  
「入居申込調査票②、③」については、身体状況等を把握されている担当ケアマネジャーと共同で作成してください。  
尚、介護施設及び医療機関にご入院されている方は介護士もしくは、看護師の方へ作成を依頼してください。

申込書類一式が出来上がりましたら介護保険被保険者証、介護保険負担限度額認定証、介護保険負担割合証の写しを添付して下記担当者宛まで郵送もしくは、直接持参(要電話連絡)してください。

(お問い合わせ先)

〒208-0011

東京都武蔵村山市学園2-37-5

社会福祉法人 恭篤会

介護老人福祉施設 むさし村山苑

TEL 042-590-0070(代表)

042-590-0220(相談部直通)

FAX 042-561-5881

担当者:芳賀沼(ハガヌマ)/石井

# 介護老人福祉施設 むさし村山苑 入居申込書

該当する項目の□にチェックをしてください。

ふりがな		入居申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (同居・別居) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )						
申込書記入の方のお名前			この申込書についてのお問い合わせ先				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ( ) 電話		
申込書記入方のご住所	〒 -								
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明大昭	年	月	日	満 歳
入居申込者ご本人のお名前									
入居申込者ご本人のご住所	〒 -	被保険者番号							
		保 険 者			区・市・町・村				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方( )								
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立退きを求められている <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある (その他具体的に )								
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に ) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的に ) <input type="checkbox"/> 病気がある(具体的な病名 )								

## 現在受けている介護や治療の様子について

ご自宅以外での介護や治療(自宅にお住まいの方は未記入)	・現在いらっしゃるの、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない ・相談できる介護支援専門員(ケアマネジャー)は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ○介護支援専門員の氏名： ○事業所名： 電話番号
在宅サービスについて	・在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ・今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい 具体的な内容( )

介護老人福祉施設 むさし村山苑 施設長 様

私は、貴施設の入居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。

平成 年 月 日

氏名：

㊞

介護老人福祉施設 むさし村山苑 入居申込に伴う意見書

ふりがな											
利用者氏名	介護保険 被保険者番号										
ケアプラン について	在宅サービス利用率					% (支給限度額に対する利用割合)					
	利用しているサービスの内容										
	サービス名					利用回数など					
	サービスに対するご本人・ご家族の希望等										
ご本人の状況	身体状況について(麻痺や拘縮等、介護を要する身体状況、注意点等)										
	※日常生活自立度/障害: 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2										
	認知症等について(認知症の症状、生活上の問題点、暴言暴力、注意点等)										
	※日常生活自立度/認知症: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M										
主治医は どなたですか	医療機関名						主治医氏名				
	所在地						電話番号				
	処方内容					医療行為					
						点滴・透析・人工肛門・人工膀胱・胃ろう・ 鼻腔栄養・気管切開・インスリン・酸素 バルーンカテーテル・他( )					
その他留意す べきこと	ご本人の嗜好や性格等、介護をする上で把握しておくべきこと										

記入者氏名		職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他( )							
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他( )									
事業所名						連絡先電話番号				

# 入居申込調査票①

あてはまる項目の□にチェックをして下さい。

※介護老人福祉施設 むさし村山苑には、2種類のお部屋がありますのでどちらかをご選択ください。

□ むさし村山苑(従来型/2・4人部屋)				□ むさし村山苑(ユニット型/個室)				
入居者本人	ふりがな		男・女	生年月日	明治			
	氏名				大正 年 月 日 (満 歳)			
	住所		〒		電話番号			
	現在の居所		□自宅 □介護老人保健施設 □病院(一般病院/療養型) □その他( )					
			施設/病院名称( )					
	介護保険		入居/入院日:平成 年 月 日					
			□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5/認定年月日 平成 年 月 日					
			認定の有効期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日					
			新規申請中 / 区分変更中 (申請日:平成 年 月 日)					
	健康保険		介護保険負担限度額認定証 ( 無 / 有 食費の負担限度額 円)					
			介護保険負担割合証 ( 1割 / 2割 )					
			国保・社保・共済・後期高齢・その他( )					
	経済状況		身体障害者手帳( 無 / 有 ) 交付年月日: 年 月 日 ( 級 種)					
			障害名( )					
			年金	国民・厚生・共済・老齢・基礎・障害・他( )			月額	万円
手当			老人福祉・心身障害者福祉・重度心身障害者・他( )					
公扶			生活保護・他( )					
身元引受人		ふりがな		男・女	歳	入居者との続柄		
		氏名						
住所		〒		連絡先	電話:			
					携帯:			
家族	氏名		年齢	続柄	住所		連絡先	
							電話:	
							携帯:	
							電話:	
							携帯:	
							電話:	
						携帯:		
申込理由								
施設に対する要望								
本人の身長/体重					cm			
						kg		

# 入居申込調査票②

本人氏名 \_\_\_\_\_ 様

作成日:平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

作成者: \_\_\_\_\_

日常生活動作(該当する項目の□にチェックをして下さい)		備考欄	
移動	屋内	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子	
	屋外	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子	
	その他	ふらつき(□無 □有) 転倒歴(□無 □有 ⇒頻度 _____ 回) 麻痺(□無 □有 ⇒ □右手□左手□右足□左足) 装具(□無 □有) ベッドは(□右側 □左側)から起き上がる <b>※車椅子の方は下記項目をチェックして下さい。</b> 自走(□可 □不可) 自己所有(□無 □有) リクライニング(□無 □有) 立ち上がり危険行為(□無 □有) 身体拘束(□無 □有⇒ □以前していた □時々 □常時)	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	立ち上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 誘導(□定時 □訴え時) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意(□無 □有) 便意(□無 □有) 失禁(□無 □有)
		形態	日中(□布パンツ □リハビリパンツ □パッド □オムツ) 夜間(□布パンツ □リハビリパンツ □パッド □オムツ)
用具		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ対応	
頻度		排尿 (日中: _____ 回/夜間: _____ 回) 排便 (□規則的 _____ 日 _____ 回/□不規則) 下剤使用(□無 □有)	
その他		トイレの場所が(□分かる □分からない □不明) オムツ外し(□無 □有) 不潔行為(□無 □有) バルーンカテーテル(□無 □有) 人工肛門(□無 □有)	
動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
形態		主食(□米飯 □全粥 □_____分粥 □ミキサー) 副食(□常菜 □一口大 □軟菜 □きざみ □ミキサー) 胃ろう(1回 _____ ml/ _____ kcalを1日 _____ 回) むせ込み(□無 □有)/トロミ(□無 □有)	
食事	器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> その他	
	制限	アレルギーや禁忌(□無 □有→食品名 _____ ) 食事制限(□無 □有→塩分 _____ g/糖尿病 _____ kcal) 水分制限(1日 _____ ml) その他( _____ )	
	その他	食べこぼし(□無 □有) エプロン使用(□無 □有) 入れ歯(□無 □有→□部分 □総入れ歯)	

### 入居申込調査票③

入浴	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
	その他	拒否( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時)		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	その他	※自分で出来るものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 義歯の手入れ <input type="checkbox"/> 髭剃り		
コミュニケーション	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その場合は可能 <input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要 <input type="checkbox"/> 不可 ナースコールの理解( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> その他( )		
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害有→難聴( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方) 補聴器( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
	視力障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害有→( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 全盲) <input type="checkbox"/> 眼鏡( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
		<input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障/手術歴( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 点眼( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
認知症	周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) ※該当する項目の <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 放尿、排便 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 幻視、幻聴 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> その他( )		
	身体抑制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他)		
	頻繁な訴え	内容:		
		時間帯:		
		対応方法:		
	睡眠	状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 入眠時見守り対象( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
眠剤		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 不眠時 <input type="checkbox"/> 毎晩)		
その他		<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 低床ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> エアマット使用( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
皮膚	状態	スキントラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→( )塗布薬( )		(処置内容)
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→(部位: )塗布薬( )		
管理	物品( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 金銭( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 服薬( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			
嗜好品	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 本)		
	飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 )		
面会(ご家族)	<input type="checkbox"/> 頻繁(いつでも可能) <input type="checkbox"/> 時々(週に 回または月に 回)			
	<input type="checkbox"/> ほとんど来られない <input type="checkbox"/> ( )ヶ月に1回くらい			
既往歴	※これまで通院、入院歴があれば古い順で、下記にご記入下さい。			
	発症年月日	病名	医療機関名	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月
出身地			昔の職業	
趣味			性格	

# 介護老人福祉施設むさし村山苑 入居申込辞退書

平成 年 月 日  
社会福祉法人 恭篤会  
介護老人福祉施設 むさし村山苑

申込者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

私は、先に提出した「介護老人福祉施設むさし村山苑入居申込書」を下記の理由により辞退します。

## 記

① 申込日 平成 年 月 日

② 入居希望者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

③ 辞退する理由

\_\_\_\_\_

※入居申込を辞退する場合は、この用紙にご記入の上、返送をお願いします。

〒208-0011  
東京都武蔵村山市学園 2-37-5  
介護老人福祉施設 むさし村山苑  
TEL042-590-0070(代表)  
FAX042-561-5881  
担当:芳賀沼(ハガヌマ)/石井

# むさし村山苑 契約書



むさし村山苑の利用にあたり、重要事項の説明及び重要事項説明書の交付を受けて、下記のとおり契約を締結します。

#### 第1条（契約の目的）

社会福祉法人恭篤会 介護老人福祉施設むさし村山苑（以下、「施設」という。）は、要介護認定を受けた入居者（以下、「入居者」という。）に対し、介護保険法等の趣旨に従って、入居者がある能力に応じ自立した日常生活を営むことができる支援の提供を目的として、重要事項説明書において同意を得たサービスを提供します。

#### 第2条（契約の有効期間）

本契約の契約期間は契約締結日から要介護認定有効期間の満了日までとします。ただし、契約期間満了日以前に入居者が要介護状態区分の更新認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合は、自動更新されるものとし更新後の要介護認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。

- 2、 契約期間満了日の14日前までに、入居者又は入居者代理人から書面による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。
- 3、 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、期日経過の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日とします。ただし、契約期間満了日以前に入居者が要介護状態区分の変更認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合、更新後の要介護認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。

#### 第3条（施設サービス計画の作成・変更）

施設は、入居者の心身の状況及びその意向を踏まえ、「施設サービス計画」を作成し、これに従ってサービスを提供します。

- 2、 施設は、入居者が書面によりサービス内容や提供方法等の変更を希望する場合には、速やかに施設サービス計画の変更等の対応を行います。
- 3、 施設は、施設サービス計画の作成及び変更に当たっては、入居者及びその家族に対し、説明し同意を得て計画書を交付します。

#### 第4条（緊急時の対応）

施設は、現にサービス提供を行っている時に、入居者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに主治医又は協力医療機関に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

#### 第5条（入院期間中の対応について）

施設は、入居者について病院等に入院する必要がある場合であって、入院後概ね3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる時は、当該入居者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情があ

る場合を除き、退院後再び当該施設へ円滑に入居することができるようにする。また、入院中に居室を空床利用型ショートステイとして使用する可能性がある旨を事前に説明し同意を得ることとする。

#### 第6条（サービス提供の記録等）

施設は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「施設サービス計画実施表」等の書面に提供したサービス内容等の必要事項を記入し、記録することとします。

- 2、施設は、一定期間ごと前項の施設サービス計画書等の書面に目標達成の状況等を記載して、入居者に説明の上その謄写を交付します。
- 3、施設は、施設サービス計画書等の書面作成し退居後2年間これを保管します。入居者から上記記録の開示請求及び謄写を求められた場合には、原則として、これに応じます。ただし、その場合は開示費用(コピー代1枚20円)をご負担いただきます。尚、法令等により開示できない場合もあります。

#### 第7条（利用料及びその変更）

入居者は、サービスの対価として「重要事項説明書」の記載に従い、利用料を支払います。

- 2、入居者負担金のうち関係法令に基づいて定められたものが、契約期間中に変更になった場合は関係法令に従って改定後の利用料が適用されます。その際には、施設は入居者へ事前に説明します。
- 3、施設は、提供するサービスのうち介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービス内容及び利用料を説明し入居者の同意を得ます。
- 4、施設が前項の利用料の変更（増額又は減額）を行う場合には、入居者及びその家族に対し文書により説明するものとします。
- 5、費用額の変更に関しては、介護保険法に基づく厚生労働大臣が定める基準に基づくものとします。

#### 第8条（利用料の支払い）

サービスが介護保険の適用を受ける場合には、原則としてサービス費の1割または2割をお支払いいただきます。

- 2、保険料の滞納等により、サービス費1割の「利用料」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。
- 3、施設は、当月利用料の請求に明細を付して、翌月中旬に入居者へ請求し入居者は次の方法により支払うものとする。

金融機関からの口座引落(ただし、口座引落が開始されるまでの期間は、口座振込による支払いで対応する。)

## 第9条（利用料の滞納）

入居者が正当な理由なく、利用料全額あるいは利用料の一部を2ヶ月滞納し、その滞納により施設が継続的なサービス提供に支障を来たすほど信頼関係が失われた場合においては、その滞納金の支払いを催告し入居者が14日以内に滞納金を支払わないときは、施設は1ヶ月の予告期間において、理由を示した文書で入居者に通知することにより、本契約を解約できるものとする。

- 2、前項により、施設が本契約を解約する場合には、施設は入居者、家族、市区町村等の関係機関と協議し、入居者の日常生活を維持する見地から在宅サービスの提供、生活の場の確保、あるいは入院手続きに協力し必要な調整を行うよう努めるものとし、ます。

## 第10条（その他の利用料の滞納）

前項の場合を除き理美容代、日用品等そのサービス提供を停止しても入居者の日常生活に支障を来さないサービス利用料の滞納があったときは、施設は1ヶ月の予告期間において、その滞納金の支払いを催告し入居者が14日以内に滞納金を支払わないときは、支払いがされるまで当該サービスの提供を停止できるものとする。

## 第11条（身体拘束の禁止）

施設は、サービス提供にあたり身体拘束、その他入居者の行動を制限する行為を行いません。ただし、入居者又は他入居者等の生命及び身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、施設管理者が判断し、入居者及び家族に対し説明と同意を得た上で身体拘束等、入居者の行動を制限する行為を行うことがあります。

- 2、前項に基づき身体拘束等の行為を行った場合には、直ちに日時、態様、入居者の心身の状況、緊急やむを得ないと判断した理由等、その他必要な事項について書面に記録することとします。

## 第12条（入居者からの解約）

入居者は施設に対し、退居希望日の30日前までに施設へ文書で通知することにより、この契約を解約することができます。この場合、施設は入居者に対し文書による確認を求めることができるものとする。

ただし、入居者の病状の急変や急な入院等やむを得ない事情がある場合には、直ちにこの契約を解約できるものとする。

- 2、次の事由に該当した場合は、入居者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約できるものとする。
  - (1) 施設が正当な理由なくサービスを提供しないとき。
  - (2) 施設が入居者及びその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき。

### 第 13 条 (施設からの解約)

施設は、次の場合において入居者及びその家族に対し、その理由を記載した文書を通知することにより、本契約を解約できるものとする。

- ① 入居者が要介護認定において非該当又は要支援と認定された場合。尚、平成 27 年 4 月以降に入居された方については、原則、要介護 3 以上の方が継続利用の対象となります。仮に要介護 2 以下と認定された場合、特例を除き所定の期間をもって退居していただくことになります。
  - ② 入居者の著しい背信行為により、この契約を継続することが困難となった場合、1 ヶ月の予告期間において、理由を示した文書で通知します。
  - ③ 入居者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設でのサービス提供では適さないと判断された場合。
  - ④ やむを得ない事情により施設を縮小または閉鎖し、施設として適切な指定介護老人福祉施設サービスを提供することが困難となってしまった場合、1 ヶ月の予告期間において、理由を示した文書で通知します。
- 2、前項②、③の場合において、施設は速やかにその判断を入居者及びその家族に対し告げるものとし、入居者及びその家族は異議を述べる機会を与えられるものとします。
- 3、第 1 項の場合、施設は本人、家族、市区町村等の関係機関と協議し、入居者の日常生活を維持する見地から在宅サービスの提供、生活の場の確保について必要な調整を行うよう努めることとします。

### 第 14 条 (事故時の対応等)

施設は、サービス提供に際して入居者の怪我や体調の急変があった場合には医師、家族への連絡、その他適切な措置を迅速に行います。

### 第 15 条 (秘密保持・個人情報の保護)

施設及び従事者は、サービスを提供する上で知り得た入居者及びその家族の個人情報(個人情報保護法における定義に従います。)を正当な理由なく第三者に漏らしません。尚、この守秘義務は契約終了後も同様です。

- 2、前項に関わらず、施設は以下の場合に限り入居者に関する心身等の情報を含む個人情報を提供できるものとする。この場合、その情報が用いられる者から事前文書による同意を得ることとする。
- ① 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と施設との間で開催されるサービス担当者会議において、入居者の状態、家族状況を把握するために必要な場合。
  - ② 介護支援専門員又は施設との連絡調整のために必要な場合。
  - ③ 現に施設サービスの提供を受けている場合で、入居者が体調不良または怪我等で病院へ行った際、医師・看護師等に説明する場合。
  - ④ 介護保険サービスの質向上のため学会、研究会等での事例研究発表。
  - ⑤ 施設内での掲示物や広報誌で使用する場合。

## 第 16 条（損害賠償）

施設は、サービス提供にあたって故意又は過失により入居者の生命・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。ただし、入居者に故意又は過失が認められ、且つ入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償を減ずることができるものとします。

- 2、施設は、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。とりわけ以下の各号に該当する場合には、施設は損害賠償責任を免れます。
  - ① 入居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、又は不実の告知をしたことに専ら起因して損害が発生した場合。
  - ② 入居者がサービス実施のため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、又は不実の告知をしたことに専ら起因して損害が発生した場合。
  - ③ 入居者の急激な体調変化等、施設が実施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 入居者が施設及びサービス従事者の指示・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。

## 第 17 条（苦情対応）

施設は、入居者及びその家族から提供したサービスに関する相談・苦情等に対応する窓口を設置し、迅速且つ適切に対応しサービスの向上及び改善に努めます。

- 2、施設は、入居者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。
- 3、入居者は、介護保険法令に従い市区町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。

## 第 18 条（代理人）

入居者は、代理人を選任することができます。ただし、代理人がその代理権を行使する場合は事業者に対し、その権限を証する書面を提示してこれを行うこととします。

## 第 19 条（裁判管轄）

この契約に関する紛争の訴えは、入居者の住所地を管轄する裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

## 第 20 条（契約外事項）

この契約に定め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によります。

## 第 21 条（協議事項）

この契約に関して問題が生じた場合は、第 1 条記載の目的のため、当事者が互いに信義に従い誠実に協議したうえで解決するものとします。

## 第 22 条（適正運用）

本契約書は、平成 25 年 6 月 1 日から適用することとします。

### 附則

- ・平成 27 年 3 月 25 日 改訂
- ・平成 28 年 4 月 1 日 改訂

上記契約を証するため、本書 2 通を作成し入居者、施設が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

契約締結日 平成 年 月 日

〈入居者〉

住所

氏名 印

〈第一身元引受人・代理人〉

住所

氏名 印

〈第二身元引受人・代理人〉

住所

氏名 印

〈施設〉

所在地 東京都武蔵村山市学園二丁目 37 番地 5 号

法人名 社会福祉法人 恭篤会

施設名 むさし村山苑

施設長 清水 孝二 印