

社会福祉法人 武蔵村山正徳会  
特別養護老人ホーム サンシャインホーム  
介護老人福祉施設利用契約重要事項説明書

1 施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 042 - 531 - 3741  
担当 生活相談員（介護支援専門員）  
\* 午前8：30～午後5：30まで  
\* ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2 特別養護老人ホーム サンシャインホームの概要

(1) 施設の名称等

施設の名称	特別養護老人ホーム サンシャインホーム
所在地	東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2
介護保険 指定番号	介護老人福祉施設 東京都 第1374900171号

(2) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	計
施設長	1		1
事務員	4	0.9	4.9
生活相談員（兼務）	2		2.0
看護職員	4	3.7	7.7
介護職員	34	6.5	40.5
管理栄養士	1		1
機能訓練指導員	1	0.2	1.2
介護支援専門員（兼務）	(2)	0.6	(2.6)
介助員	2		1
調理員	5	2.1	7.2
医師		0.1	0.1

平成21年4月1日現在  
非常勤については、常勤換算数

### ( 3 ) 施設の設備の概要

定員 ( 111名 )	内100名	静養室	2室	
居室	4人部屋	16室	医務室	1室
	3人部屋	3室	食堂	3室
	2人部屋	13室	機能訓練室	1室
	1人部屋	1室	会議室	3室
浴室	一般浴室 特殊浴室 特殊浴槽3台	娯楽室	6室	

## 3 入退所の手続き

### ( 1 ) 入所手続き

まずは、お電話等でお申し込みください。居室に空きがあればご入居いただけます。

入居と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

\* 居宅サービス計画の作成を依頼しているときは、事前に介護支援専門員等とご相談ください。

### ( 2 ) 退所手続き

ご利用者又は代理人は、2週間の予告期間をおいて施設に文書で通知することにより、この契約を解約し、退所することができます。

次の事由に該当したとき、施設は、ご利用者に対して、30日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解約し退所を求めることができます。

- ・ご利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず3ヶ月分が滞納となったとき

- ・ご利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込がないとき又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになったとき

- ・ご利用者が、施設やサービス従業者又は他の入所者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき

- ・やむを得ない事情により施設を閉鎖又は縮小するとき

ご利用者が要介護認定の更新で非該当（自立）又は要支援と認定されたとき、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。ただし、退所先が未定で、すべて自費にての支払を希望する方は除きます。

次の事由に該当したときは、この契約は自動的に終了し退所となります。

- ・ご利用者が他の介護保険施設に入所したとき

- ・ご利用者が死亡したとき

#### 4 空きベッドの利用

ご利用者が病院又は診療所に入院した場合に、併設している短期入所生活介護（ショートステイ）の利用希望者があった時には、入院期間中に限って短期入所生活介護（ショートステイ）利用者への有効なベッド活用とさせていただくこともあります。

#### 5 施設のサービスの特徴等

##### （１）運営の方針

要介護認定を受けられた高齢者及びそのご家族が安心して生活を営む事ができることを目的とし、施設内で高齢者が明るく・自由に・楽しく・尊厳を持って生きることがを支援します。

特に、認知症の方にも支援を惜しみません。

##### （２）サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無		17名
従業員への研修の実施		施設内外での研修の実施及び参加
サービスマニュアルの作成		業務マニュアル・事業計画書等
身体的拘束のルール		厚生労働省の示すガイドラインによる（原則禁止）

##### （３）施設利用に当たっての留意事項

###### ・面会

面会時間の決まりはありませんが、他のご利用者に迷惑がかからないようにお願いします。

###### ・外出、外泊

基本的に自由ですが、食事予定を止めたり、薬の準備等がありますので早めにご連絡下さい。また、ご利用者の体調等により中止をお願いすることもあります。

###### ・飲酒、喫煙

基本的に自由ですが、ご利用者の中に医師等の指示で飲酒ができない方が入居されているときは、制限をします。喫煙は、決められた場所で行っていただきます。

###### ・設備、器具の利用

ご利用者のための設備等をご自由にお使い下さい。

###### ・金銭、貴重品の管理

ご利用者・代理人からのご希望で管理をします。貴重品等は施設長の管理となります。

・所持品の持ち込み

施設内には、あまり所持品を管理する場所がありませんので、できる限りご家族・代理人等で管理をお願いします。

・施設外での受診

施設でお願いをしている各医療機関には、随時及び定期的に無料での受診サービスをいたしますが、ご利用者・代理人及びご家族から指定された医療機関への受診はできませんので、代理人・ご家族でお願いします。

・宗教活動

他のご利用者へ迷惑がかからなければ自由です。

・ペット

禁止とします。

## 6 秘密保持

(1) 施設及び同職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者・代理人及びその他のご家族に関する秘密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。

(2) ご利用者又は代理人は、ご利用者の介護老人福祉施設サービス計画作成のため、及び退所時の居宅介護計画作成のため、他の居宅介護支援事業者・サービス提供者・サービス担当者会議においてご利用者・代理人及びその他のご家族の個人的情報を用いることに同意します。

## 7 賠償責任

(1) 施設は、サービスの提供にともなって、施設の法的根拠のある責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼしたときは、ご利用者に対してその損害を賠償します。

(2) ご利用者及び代理人は、サービスの利用にともなって、ご利用者・代理人又はその他のご家族の責めに帰すべき事由により、他のご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼしたとき、施設の運営・財産等に損害を及ぼしたとき、同職員の生命・身体・財産に損害を及ぼしたときは、その損害を賠償します。

## 8 緊急時の対応

施設は、ご利用者の健康状態が急変したとき、その他必要なときは、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに医師への連絡等必要な処置を行います。

## 9 サービス内容に関する相談・苦情

### 介護保険相談・苦情係

担当者 施設長 笹本 悦弘  
事務長 笹本 文子  
電話 042 - 531 - 3741

### 第三者委員

担当者 板垣 力 板垣税務会計事務所  
電話 042 - 572 - 0803

小口 京枝 フェローホームズ  
電話 042 - 577 - 2738

### その他

市民総合センター 高齢福祉課 電話042 - 590 - 1233  
東京都国民健康保険団体連合 電話03 - 6238 - 0177

## 10 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 防災計画による
- ・ 防災設備 自動通報システム・スプリンクラー・温度感知器  
・ 煙感知器・屋内消火栓・消火器等設置
- ・ 防災訓練 毎月1回以上（訓練内容は消防署へ提出）
- ・ 防火責任者 大塚 克巳

### 1.1 協力医療機関

うしお病院（昭島市武蔵野2丁目7番12号）  
診療科目：内科・外科・整形外科・皮膚科・循環器科

### 1.2 法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 武蔵村山正徳会  
代表者役職・氏名 理事長 笹本 文子  
本部所在地 東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2  
電話番号 042 - 531 - 3741

定款の目的に定めた事業

第一種社会福祉事業

特別養護老人ホーム

サンシャインホームの設置経営

第二種社会福祉事業

老人デイサービス事業

サンシャインホーム デイサービスセンター

老人デイサービスセンター

緑が丘高齢者在宅サービスセンター  
村山団地デイサービスセンター

老人短期入所事業

サンシャインホーム

認知症対応型高齢者

サンシャインホーム

共同生活援助事業

老人居宅介護等事業

サンシャインホームヘルパーステーション

障害福祉サービス事業

居宅介護 サンシャインホームヘルパーステーション

移動支援事業

サンシャインホームヘルパーステーション

保育所

つむぎ保育園

公益を目的とする事業

居宅介護支援事業

サンシャインホーム ケアマネジメントセンター

地域包括支援センター

武蔵村山市緑が丘地域包括支援センターの受託経営

施設・拠点等

特別養護老人ホーム 1カ所

短期入所生活介護 1カ所

通所介護 3カ所

訪問介護 1カ所

介護予防支援事業者 1カ所

居宅介護支援事業者 1カ所

高齢者グループホーム 1カ所

保育所 1ヶ所

平成 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者及び代理人に対して本書面及び別紙に基づいて重要な事項を説明しました。

サービス提供者

所在地 東京都武蔵村山市伊奈平4丁目10番地の2  
名称 特別養護老人ホーム サンシャインホーム  
説明者 生活相談員 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書・契約書別紙及び本書面により、サービス提供者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、同意しました。

ご利用者

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印