

## 介護老人福祉施設ハピネス茅ヶ崎

### 「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

(神奈川県指定 第1472401437号)

当施設はご契約者に対して指定介護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次の通り説明します。

#### ◆◇目次◆◇

1. 施設経営法人
2. 施設の概要
3. ご利用施設
4. 居室等の概要
5. 職員の配置状況
6. 契約締結からサービス提供までの流れ
7. 当施設が提供するサービスと利用料金
8. サービス提供における事業者の責務
9. 施設利用の留意事項
10. 損害賠償について
  - 1 1. サービス利用をやめる場合
  - 1 2. 残置物引取人について
  - 1 3. 身元引受人について
  - 1 4. 苦情の受付について
  - 1 5. 秘密保持について
  - 1 6. 職員研修について
  - 1 7. 事故時の対応等について

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 讀助の会  
(2) 法人所在地 神奈川県茅ヶ崎市甘沼 865 番 1  
(3) 電話番号 0467-38-4165  
(4) 代表者氏名 理事長 古知屋 洋子  
(5) 設立年月日 平成 17 年 9 月 22 日  
(6) 運営施設 介護老人福祉施設

## 2. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階  
(2) 建物の延べ床面積 3,715.75 m<sup>2</sup>  
(3) ユニット方式 全個室 80 室

## 3. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成 18 年 11 月 1 日指定  
神奈川県 1472401437 号 定員 70 名  
(介護予防含む) 短期入所生活介護事業併設・平成 18 年 11 月 1 日指定  
神奈川県 1472401437 号 定員 10 名

### (2) 施設の目的

全室個室でユニットケアを特徴とする「個人の尊厳」を重視した施設とし、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を目標に置いて、入浴、排泄、食事等の支援、相談及び援助、社会生活上の便宜、日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話等を行うことにより、ご契約者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようすることを目的としております。

- (3) 施設・施設長名 介護老人福祉施設 ハピネス茅ヶ崎  
施設長 古知屋 洋光

- (4) 施設の所在地 神奈川県茅ヶ崎市甘沼 865 番 1

電話番号 0467-38-4165

### (5) 当施設の運営方針

1. 本事業所において提供する指定介護老人福祉施設サービス（以下「サービス」という。）は、介護保険法ならびに厚生労働省令、厚生労働省令告示の趣旨および内容に沿ったものとする。
2. サービス提供に当っては、ご契約者の要介護状態の軽減または悪化の防止に資するように、認知症の状況など利用者的心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。
3. ご契約者の意思および人格を尊重し、常にご契約者の立場に立ってサービスを提供するように努める。
4. 明るく家庭的な雰囲気および、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
5. サービス提供は、懇切丁寧を旨とし、ご契約者またはその家族に対し、サービスの提供方法などについて、理解しやすいように説明する。
6. サービス提供に当り、ご契約者または他のご契約者などの生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為は行わない。
7. 施設サービスの提供は、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないように配慮して行う。
8. 定期的に、提供したサービスの質の管理、評価を行い、常に改善を図る。
9. 施設は、常にご契約者の家族との連携を図るとともに、ご契約者とその家族の交流等の機会を確保するように努める。

(6) 開設年月日 平成 18 年 11 月 1 日

(7) 入居定員 70 人

## 4. 居室等の概要

厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（居室）	80 室	洗面台付 短期入所専用 10 室
共同生活室	8 室	1 ユニット（10 室）に対して共同生活室 1 室
浴室	10 室	ユニットバス 6 ・ 普通浴槽 6 機械浴（座位浴槽）2 ・ 特別浴槽 1
医務室	1 室	

☆居室の変更：ご契約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、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者や身元引受人等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室について：全室が個室となっています。使い慣れた馴染みの家具（タンス・カーテン・照明器具など）をお持ち込みしていただけます。家具の配置など自分の思うように自分の城（馴染みの環境）を作ることができます。小物類など、本人の使い慣れた箸・湯呑み・履物・洗面道具等、持ち込み可能です。

※備え付けであるのはベッドと障子だけです。タンスやカーテン、照明器具などはお持ち込みしていただくようお願いします。

## 5. 職員の配置状況（短期入所兼務）

当施設では、ご契約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。

〈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	人数	常勤・非常勤の別	職務内容
(1)	施設長	1	常勤・兼務	施設長は、事業所に勤務する職員の業務の管理を一元的に行います。
(2)	生活相談員	1	常勤・兼務	生活相談員は入居者の入退居に関する業務を行うとともに自らも施設サービスの提供にあたるものとし、入居者やその家族の生活相談及び援助などの必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整、居宅介護支援事業者など他の機関との連携を行います。
(3)	介護支援専門員	1	常勤・兼務	介護支援専門員は施設サービス計画の作成を行います。
(4)	医師	1	嘱託	医師は、入居者の健康管理に当たります。
(5)	看護師	3	常勤・兼務	看護師は、入居者の健康管理に当たります。
(6)	管理栄養士	1	常勤・兼務	栄養士は、食事の提供に当たり、バランスの良い栄養価を考慮した献立の作成及び調理の指導に当たります。
(7)	事務職員	1	常勤・兼務	事務員は、必要な事務を行います。
(8)	介護職員	24	常勤・兼務	介護職員は利用者の日常生活の支援、相談及び援助の業務を行います。
(9)	機能訓練指導員	1	常勤・兼務	機能訓練指導員は入居者の機能訓練に当たります。
(10)	調理職員	4	業務委託	調理員は、入居者の身体状況及び嗜好を考慮して給食業務に従事します。

※ 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（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 (標準的な時間帯)
1. 施設長（管理者）	日勤： 9:00～18:00
2. 生活相談員	日勤： 9:00～18:00
3. 介護職員	早勤： 7:00～16:00 日勤： 9:00～18:00 遅勤 1： 11:00～20:00 遅勤 2： 12:00～21:00 夜勤： 16:00～翌 9:00 ※ご入居者の生活パターンによって職員の勤務時間を適宜変更いたします。
4. 看護職員	日勤： 9:00～18:00
5. 管理栄養士（栄養士）	日勤： 9:00～18:00
6. 介護支援専門員	日勤： 9:00～18:00
7. 医師（非常勤）	日勤： 10:00～12:00

## 6. 契約締結からサービス提供までの流れ(契約書第 3 条参照)

ご契約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、入居後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成およびその変更は次の通り行います。

①当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）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、ご契約者およびその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

③施設サービス計画は、要介護認定有効期間内に、随時契約者の要請・心身の状況等に応じて、施設サービス計画につい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、契約者または身元引受人等と協議して、施設サービス計画を変更するものとします。

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。

## 7. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約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、下記の（1）（2）があります。

（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

### （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、8割又は7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

#### ①入浴

- ・入浴または清拭を少なくとも週2回行います。
- ・ご契約者のご体調に合わせた入浴をすることができます。

#### ②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ③食事（但し、食材料費・調理に係る料金は別途いただきます。）

- ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

- ・原則としてご契約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きます。

#### （食事時間）

朝食：8:00～ 昼食：12:00～ 夕食：17:30～

#### ④機能訓練

- ・ご契約者的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また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。

## <サービス利用料金（1日あたり）>

別紙の料金表によって、ご契約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）をお支払いいただきます。

### （2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

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 介護保険負担限度額認定者以外の者

料金の種類	金額	備考
食事の提供に要する費用 (朝食 558円、昼食 742円、夕食 640円)	1,940円／日	
居住に要する費用	3,570円／日	光熱水費・管理費を含む

#### 2 介護保険負担限度額認定者

料金の種類	金額	備考
食事の提供に要する費用 (介護保険負担限度額認定者)	第1段階認定者 300円／日 第2段階認定者 390円／日 第3段階認定者① 650円／日 第3段階認定者② 1360円／日	
居住に要する費用 (介護保険負担限度額認定者)	第1段階認定者 880円／日 第2段階認定者 880円／日 第3段階認定者 1,370円／日	

#### 3 その他の費用

料金の種類	金額	備考
コピー代	1枚につき11円	
貴重品管理サービス費	53円／日	日用品、医療費の支払い、行政への手続き代行、郵便物の管理等入居者の生活に関する代行に係る費用
特別な居室の費用	102円／日	景観（富士山等）、採光に優れている3階西の3部屋
特別な食事の費用	実費	お正月やクリスマスなど季節行事の食事について、食材や装飾などの費用
理美容代	実費	月に3回ある訪問理美容の費用
通信代	実費	個人的な郵送物、電話、FAXなど
教養娯楽費	実費	ユニット単位で誕生会や嗜好品を購入した場合や、クラブやレクリエーションで使用する材料や遊具、ビデオソフト等の費用。
日常生活諸費	実費	歯ブラシ、ひげそりなど

移送サービス費 ※通院、入院、退院の送迎を除く	2040 円 /1 時間以内。 以降 1020 円 /30 分。	入居者の個人的な外出の送迎を家族 ができない、相当な理由がある場合
通院、入院・退院時の送迎費	1,040 円 / 片道 2 km 以内 それ以降 1 km 毎 に 21 円増し	医療機関への通院の際に、ご家族等で の送迎が困難で、施設が代わって送迎 をする場合。ただし協力医療機関より も遠方の病院に限る。協力医療機関よ りも近い範囲の場合、送迎費はかから ない。
入居、退居時の送迎費	1,040 円 / 片道 2 km 以内 それ以降 1 km 毎 に 21 円増し	ご家族等での送迎が困難で、施設が代 わって送迎をする場合。
個人用TVレンタル料	72 円 / 日 (電気代込)	テレビをレンタルした場合。
電化製品電気料	1 台につき 11 円 / 日	利用者の持ち込み品の電気料相当額
特別行事費	実費	新年祝賀会や敬老会等の施設行事で 小旅行や観劇等に参加した場合の費 用。
おやつ代	1 日につき 110 円	1 日 1 回提供するおやつの費用。
健康管理費	実費	医療保険適用以外の医薬品を使用し た場合の費用。
入居者家族宿泊費	5,100 円 / 一泊に つき	食事代は別途徴収 (朝食 558 円、昼食 742 円、夕食 640 円)
請求書郵送費	実費	毎月の請求書郵送を希望された場合 の費用。

#### (※1) 負担限度額認定証について

①と②に関しては、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されてい  
る食費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく食事費・居住費の費用となります。

#### (※2) 貴重品管理サービス費は、「貴重品管理サービス規程」に基づき行います。

○お預かりできるもの：年金証書、介護保険証、減額認定証、健康保険証、老人医  
療受給者証、診察券、健康手帳、重度障害者医療証、身体障害者手帳、精神障  
害者保健福祉手帳、療育手帳、被爆者手帳等

○保管管理者：施設長、事務責任者、生活相談員

### (3) 契約書第20条に定める所定の料金（契約書第20条参照）

ご契約者が、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日あたり）

ご契約者の要介護度	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
料金（1日）	6,768円	7,487円	8,235円	8,955円	9,664円

ご契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合 7,619円（1日）

※上記の料金に加え、ご契約者の実費負担となるサービス、物品等をご利用いただいた場合もご負担いただきます。

### (4) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（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25日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（1か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。）

#### ①預金口座振替によるお支払い（手数料は110円）

- 預金口座振替依頼書にご記入の上お申ください。
- 振替日は毎月27日（金融機関休日の場合翌営業日）です。

#### ②下記指定口座への振込み（振り込み手数料は各自ご負担していただきます）

- 静岡中央銀行（銀行番号0538 香川支店（店番号058）

【普通】2956761

《名義》社会福祉法人 講助の会  
介護老人福祉施設ハピネス茅ヶ崎  
理事長 古知屋 洋子  
《フリガナ》シャカイフクシホウジン サンジヨノカイ  
カイゴ ロウジンフクシシセツハビ ネスチガ サキ リジ チョウ コチャヨウコ

#### ③支払い代行

- ご本人名義の通帳を預からせていただいている場合、毎月の請求金額（利用料金）を事務責任者が引き下ろさせていただいて、支払いを代行することもできます。

\*①③の方は毎月24日までに残高の確認をお願いいたします。

## (5) 入居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 嘱託医

医療機関の名称	所在地	診療科目
宗教法人 寒川神社 寒川病院	神奈川県高座郡寒川町宮山 193 電話：0467-75-6680	内科

### ②協力医療機関

医療機関の名称	所在地	診療科目
宗教法人 寒川神社 寒川病院	神奈川県高座郡寒川町宮山 193 電話：0467-75-6680	内・脳外・呼・皮・循・泌・糖・眼・神内・耳・外・リハ・乳
医療法人社団 康心会 湘南東部総合病院	茅ヶ崎市西久保 500 番地 電話：0467-83-9111	内・循・腎・呼・癌・消・肝・外・乳・形・皮・整・泌・産・歯・血液/腫瘍・神経内科・生活習慣・心臓血管・脳外・精神・リハビリ
富山皮膚科	茅ヶ崎市香川 1-11-25 電話：0467-51-7755	皮膚科
川原眼科	茅ヶ崎市幸町 24-1 82-2830	眼科
医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院	藤沢市辻堂神台 1-5-1 電話：0466-35-1177	内・外・小・産婦・整・脳外・形成・泌・耳鼻咽喉・眼・皮・ER・放・心臓血管外科・麻・病理診療部・健診センター
社会福祉法人 聖テレジア会 聖テレジア病院	鎌倉市腰越 1-2-1 電話：0467-32-4125	内科・神経内科・消化器内科 循環器内科・整形外科・放射線科・リハビリテーション科

### ③協力歯科医療機関

医療機関の名称	所在地	診療科目
医療法人 藤栄会 湘南台中央デンタルクリニック	藤沢市湘南台 1-6-7 小宮ビル 1F 電話：0466-42-1182	一般歯科 訪問歯科診療 口腔外科 小児歯科

## 8. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

事業者はご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮していく、当施設をご利用する上で必要な手続き等を行っていく義務があります。

～身体拘束について～

### （1）介護保険法「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」

第11条第4項の『介護保健施設等でのサービス提供にあたっては、当該入居者（ご契約者）または他の入居者（ご契約者）等の生命または身体を保護する為「緊急やむを得ない場合」を除き、身体拘束その他入居者（ご契約者）の行動を制限する行為を行なってはならない。』と介護保険指定基準の身体拘束禁止規程があります。

（2）当施設では、入居者さまが日常生活を充実できること、一人ひとりがその人らしい生活を大切にできること、少しでも活動的に主体的に生活できることを目指しています。規程があるからではなく、また「拘束をしない介護」を目指すのではなく、入居者さまのよりよい生活の構築やそのためのよりよいケアを考えたら自ずと拘束という選択肢はなくなり、イコール「拘束をしない介護」を目指していることと同じだと考えます。転倒による骨折やケガ等の事故が発生する可能性はありますが、ご契約者、ご家族等と十分に話し合い、目指しているものの理解を得る努力をします。

（3）「緊急やむを得ない場合」の対応とは、「一時的に発生する突発事態」のみに限定されます。安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行なうことのないよう別規定「身体拘束ゼロに向けて」の要件・手順に沿って慎重な判断を行ないます。

## 9. 施設利用の留意事項

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

### （1）持ち込みの制限

ご入居にあたり、持ち込み制限はありませんが、危険物（刃物・火気等）の持ち込みはお断りします。（カーテンは防炎性の物をご用意下さい。）

### （2）面会

面会時間 8:00～18:00

～面会時のお願い～

※ 事務室受付にありますご契約者ごとの「面会簿」を必ずご記入下さい。その面会簿の中には施設からの連絡事項が記載されていることがありますので、ご確認ください

※ご契約者が安心してお過ごし頂くために、ご面会者が風邪症状等の体調不良時には、面会を控えて頂ければ幸いです。

※ 食べ物の持ち込みは、別紙「食品差し入れの注意事項」をご確認ください。

※ 危険物（刃物・火気等）の持ち込みはご遠慮ください。

※ 来訪時に、職員の対応や施設に関する疑問等のお気づきの点がありましたら、

いつでも「面会名簿」、「ハピネス茅ヶ崎ご意見箱」にご記入頂くか、職員にご意見をお聞かせ願えれば幸いです。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。但し、外泊については、原則最長で月に 6 日間（月を跨ぐ場合は最長 12 日間）とさせていただきます。

(4) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 10 条参照）

- 居室および共同生活室、共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご契約者に対するサービスの実施および安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約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、ご契約者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ご契約者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(5) 喫煙

敷地内での喫煙は、一切禁止となっております。

**10. 損害賠償について（契約書第 11 条、第 12 条参照）**

当事業所において、事業者の責任によりご契約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。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意または過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

**11. サービス利用をやめる場合（契約書第 14 条参照）**

当施設との契約は契約者またはその身元引受人より申し出がないかぎり、契約は自動的に更新されます。従って、以下のような事由が無い限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退居していただくことになります。

ご契約者から当施設の退居を申し出る場合には、退居を希望する日の 7 日前までに当施設に届け出てください。

ご契約者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助をご契約者に対して速やかに行うよう努めます。

- ①要介護認定によりご契約者的心身の状況が自立または要支援、要介護1、2と判定された場合
- ②事業者が解散した場合、破産した場合、またはやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損によりご契約者に対するサービス提供が不可能になった場合
- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合、または指定を辞退した場合
- ⑤ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第15条、第16条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退居を申し出ることができます。

その場合には、退居を希望する7日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居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ご契約者が入院された場合
- ③事業者もしくは職員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事業者もしくは職員が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくは職員が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご契約者の身体・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、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居していただく場合（契約解除）（契約書第17条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況およ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告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が故意または重大な過失により、事業所または職員もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、また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ご契約者が、連続して3か月を超えて病院また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※
- ⑤ご契約者が、介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

※ ご契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第19条参照）

◎当施設に入居中に、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日間以内の入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入居することができます。

この場合は外泊時と同じ扱いになります。

※入院期間の費用…外泊加算 + 居住費等

### ②7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

ご家族・医療機関との相談の上、入居日を調整していきます。この間の費用負担はございませんが、ご契約者の居室を指定短期入所生活介護等にご利用させていただくことがございますのでご了承下さい。

また、入居時に施設の受入準備が整っていない場合、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。

※入院期間の費用…入院から6日まで 外泊加算

入院から7日目以降 居住費等

※ただし契約者の同意を得て入院中のご契約者の居室を短期入所生活介護等に活用した場合、居住費等を支払う必要はありません。

※入院7日目以降の居住費

介護保険負担限度額認定者以外の方（第4段階）……………3,570円

介護保険負担限度額認定者の方（第1段階～第3段階）…2,066円

\*入院7日目以降の補足給付が受けられなくなるため、基準費用額2,066円ご負担していただくことになりますのでご了承ください。

### ③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除させていただく場合がございます（契約書第17条四号）。

この場合はご家族、医療機関、当施設にて相談の上、ご本人にとって一番良い環境でお過ごしいただけるようにご援助させていただきます。

また、3ヶ月以内でも療養型病院等にうつり、医療処置が長期にわたり必要と思われる場合には、契約の解除をさせていただく場合がございます。

### （3）円滑な退居のための援助（契約書第18条参照）

ご契約者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- ①適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
- ②居宅介護支援事業者の紹介
- ③その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

## 1 2. 残置物引取人（契約書第 21 条参照）

入居契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めております。特段のお申し出のない限り、身元引受人を残置物引取人とさせていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。また、費用については、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。

## 1 3. 身元引受人（契約書 23 条、24 条、25 条参照）

契約締結に当たり、神奈川県内またはその周辺（近県を含む）に居住する身元引受人 1 人を定めていただきます。

身元引受人は契約に基づくご契約者の事業所に対する責務について、ご契約者と連帶して履行の責務を負うとともに、入院手続きおよび契約解除、ご契約者が亡くなられた場合等の必要な行為、その他ご契約者の身上に関する必要な措置を行っていただきます。また、契約者が当施設に損害を与えた場合、当施設が被った損害を賠償する旨確約します（極度額は 1 千万円とする）。

但し、身元引受人を立てがたい、真にやむ得ない特別な事情があると認められる時は、身元引受人を立てないことを承認することができます。

## 1 4. 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やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口：生活相談員

○受付時間：原則毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

また、苦情受付ボックスとして『ハピネスご意見箱』を設置しております。

### （2）第三者委員

大谷 隆 住所：大和市下鶴間 535-2 電話番号：046-276-7533

矢吹 宣幸 住所：茅ヶ崎市浜竹 1-14-20 電話番号：090-8870-7669

○受付時間：8:30～17:00

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

茅ヶ崎市役所 保健福祉部 高齢福祉介護課	所在地：神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎 1-1-1 電話番号:0467-82-1111(代) 受付時間：8:30～17：00
神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情対応窓口	所在地：神奈川県横浜市西区楠木町 27-1 電話番号：045-329-3447 受付時間：8:30～17：15（土日祝祭日、年末年始を除く）

### 15. 秘密保持について

事業者は、サービス提供をする上で知り得たご契約者及びそのご家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、ご契約者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものその他、電磁的記録を含む）については、管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

### 16. 職員研修について

事業者は職員に対し、事故発生の防止のための研修や感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための研修を定期的に実施し、研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。

### 17. 事故時の対応等について

- (1) 事業者は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡、その他適切な措置を迅速に行います。
- (2) 事業者は、サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。
- (3) 職員は、事故発生の防止のための研修を定期的に開催します。
- (4) 事故発生の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。

説明を受けた日 令和 年 月 日  
署名をした日 令和 年 月 日

介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設　社会福祉法人讃助の会　ハピネス茅ヶ崎

説明者職名.....生活相談員..... 氏名.....行田 集平.....

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、より良い介護サービス実施の為サービス担当者会議等で契約者並びに家族の情報を用いる他、医療機関・居宅介護支援事業者への情報の提供を含め、指定介護福祉施設サービスの提供の開始に同意し、交付を受けました。

契約者

住所.....

氏名.....

代理人（契約者が記名できない場合）

住所.....

氏名.....

身元引受人

住所.....

氏名.....

（契約者との続柄 ）