

介護老人福祉施設 ハピネス茅ヶ崎
「指定短期入所生活介護」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。
(神奈川県県指定 第 1472401437 号)

当施設はご契約者に対して指定短期入所生活介護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。

※当サービス利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認
定された方となります。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	1
2. 施設の概要	2
3. ご利用施設	2
4. 居室等の概要	3
5. 職員の配置状況	4
6. 契約締結からサービス提供までの流れ	6
7. 当施設が提供するサービスと利用料金	7
8. サービス提供における事業者の責務	15
9. 施設利用の留意事項	17
10. 損害賠償について	1
11. サービス利用をやめる場合	18
12. 身元引受人について	18
13. 苦情の受付について	19

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 讃助の会
- (2) 法人所在地 神奈川県茅ヶ崎市甘沼865-1
- (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

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 3649.53㎡
- (3) 当施設では、次の事業を併設して実施しています。

【特別養護老人ホーム】

平成18年11月1日指定 神奈川県 1472401437号 定員 70名

3. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定短期入所生活介護施設・平成18年11月1日指定
神奈川県 1472401437号

※当事業所は介護老人福祉施設 ハピネス茅ヶ崎に併設されています。

- (2) 施設の目的

全室個室のユニットケアを特徴とする「個人の尊厳」を重視した施設であり、居宅サービス計画に基づき、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の支援、相談及び援助、社会生活上の便宜、その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご契約者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びにご契約者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としております。

- (3) 施設の名称 介護老人福祉施設 ハピネス茅ヶ崎
- (4) 施設の所在地 神奈川県茅ヶ崎市甘沼865-1
- (5) 電話番号 0467-38-4165
- (6) 施設長（管理者）氏名 古知屋 光洋

(7) 当施設の運営方針

1. 本事業所において提供する指定短期入所生活介護サービス（以下「サービス」という。）は、介護保険法ならびに厚生省令、厚生労働省令告示の趣旨及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又は悪化の防止に資するように、認知症の状況など利用者の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. ご契約者の意思及び人格を尊重し、常にご契約者の立場に立ってサービスを提するよう努める。
4. 相当期間以上にわたり継続して入所するご契約者に附いては、第3条に規定する指定短期入所生活介護計画に基づき、ご契約者の機能訓練及び日常生活を営む上で必要な援助を行う。
5. サービス提供は、懇切丁寧を旨とし、ご契約者又はその家族に対し、サービス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、ご契約者又は他のご契約者などの生命又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. 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供する。
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。

(8) 開設年月日 平成 18 年 11 月 1 日

(9) 営業日及び受付時間

営業日	年中無休
受付時間	8 時 30 分～17 時 30 分

(10) 利用定員 10 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おります。

居室・設備の種類	室数	備考
個室	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	普通浴槽・機械浴（座位浴槽・臥床式）
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、ご契約者や身元保証人等と協議のうえ決定するもの

とします。

5. 職員の配置状況（特別養護老人ホーム兼務）

当施設では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護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	常勤換算	業務
1. 施設長（管理者）	1 名	施設の業務を統括します。
2. 生活相談員	1 名	ご契約者の生活相談及び援助などの必要な相談に応じ、適宜生活を支援します。
3. 介護職員	24 名	ご契約者の日常生活上のお手伝い、相談・助言の業務を行います。
4. 看護職員	3 名	ご契約者の健康状態を的確に把握するとともに、医師の診療補助、看護並びに職員の保健衛生管理を行います。
5. 管理栄養士（栄養士）	1 名	ご契約者の栄養、身体状況及び嗜好を考慮した献立を作成し、栄養マネジメントをしていきます。
6. 介護支援専門員	1 名	居宅サービス計画に基づいて施設サービス計画を作成し、その実施について指導監督します。
7. 機能訓練指導員	1 名	ご契約者の機能回復、機能維持に必要な訓練及び指導を行います。
8. 医師	(1 名) 非常勤	ご契約者の診療及び保健衛生の管理指導を行います。

※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。

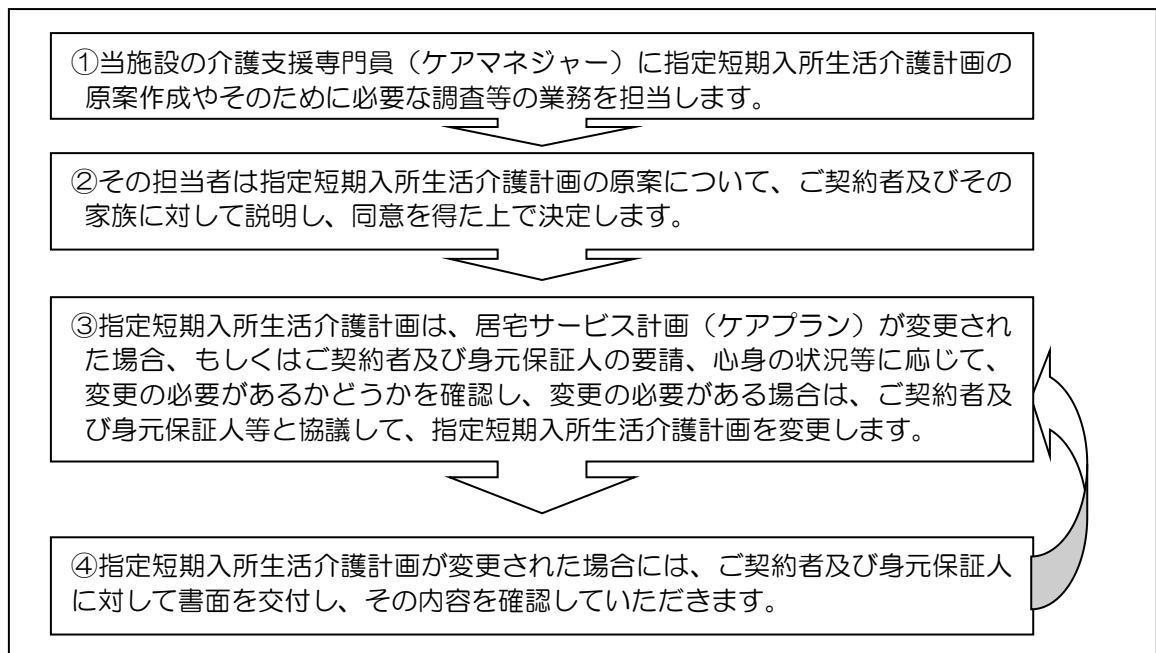
（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、
1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

〈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
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

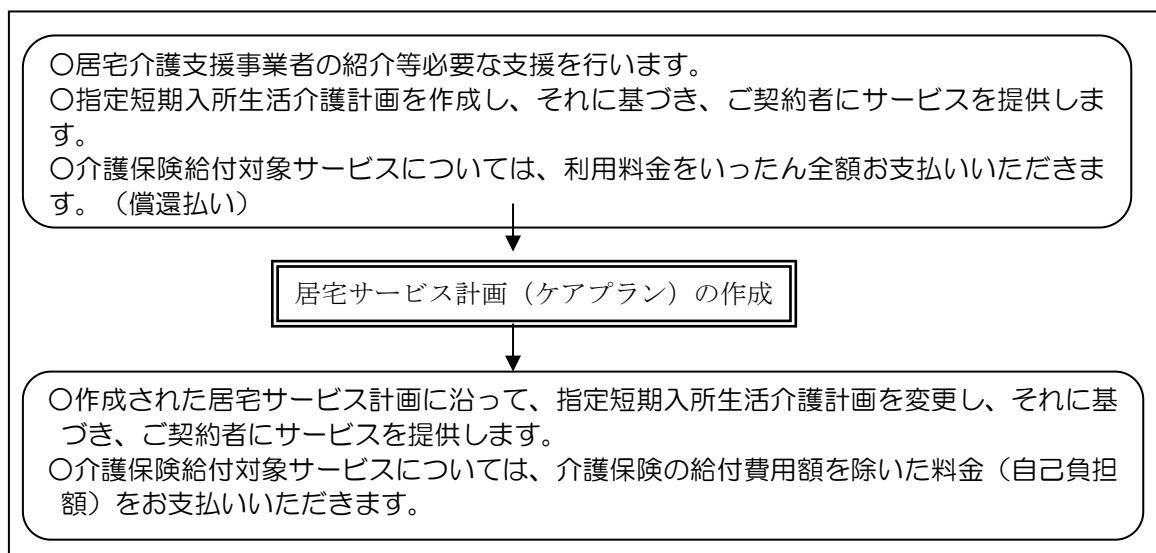
6. 契約締結からサービス提供までの流れ(契約書第3条参照)

- (1) 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、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「指定短期入所生活介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。

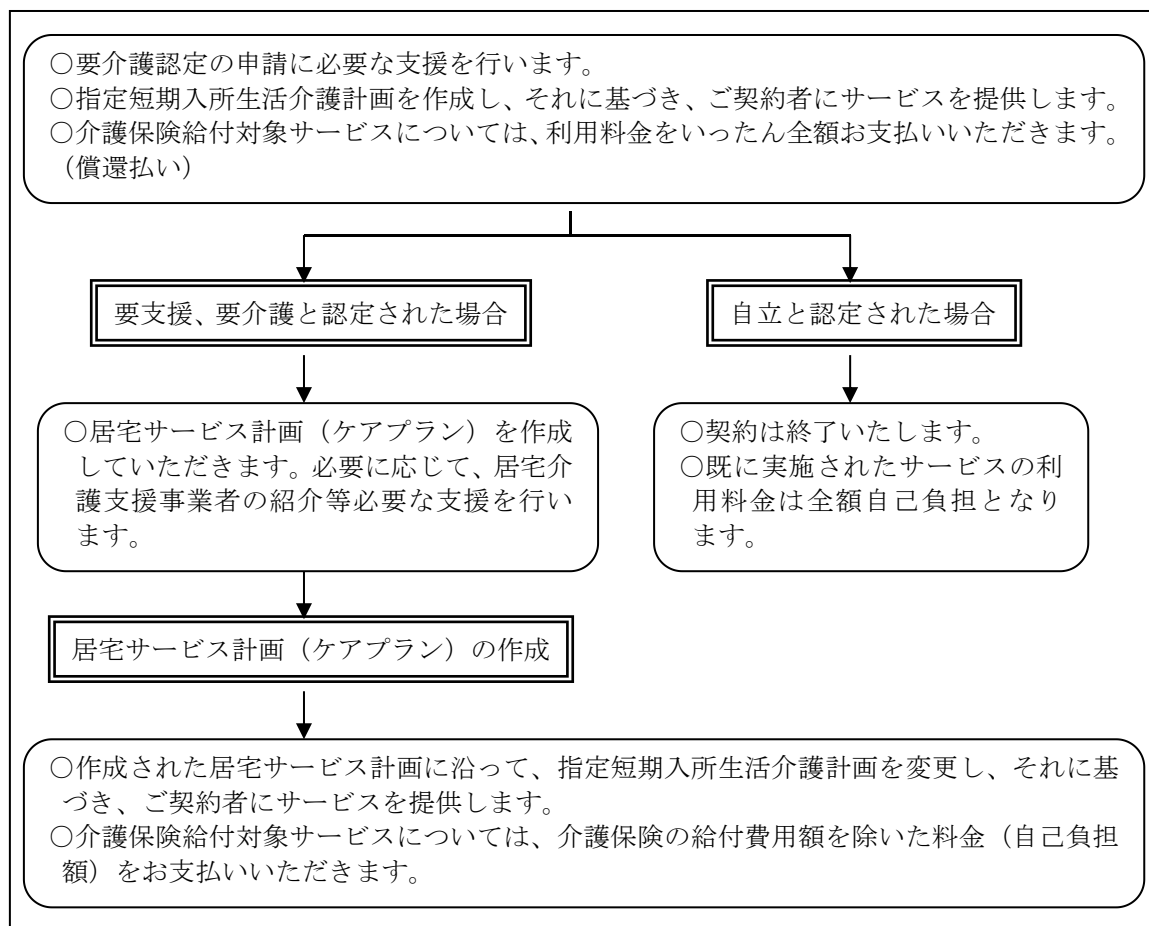


- (2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合当施設では、



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又は８割、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

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・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。

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。
- ・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くことを原則としています。

（食事時間）

朝食：8:00～9:00 昼食：12:00～13:00 夕食：17:00～18:00

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約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。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉

1. 基本サービス負担分

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。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

2. 送迎加算（184 単位）

ご契約者の心身の状況、家族等の事情から見て送迎を行うことが困難であり、施設の方で居宅から施設への送迎を行う場合、片道につき下記の料金をお支払いいただきます。

送迎地域：茅ヶ崎全域と、藤沢市・寒川町の一部（その他地域はご相談ください）

【1 割負担】

1. サービス利用料金（184×10.55）	1,941 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	271 円
3. 送迎費用総額（1+2）	2,212 円
4. 介護保険給付（3×0.9）	1,990 円
5. 自己負担額（3－4）	222 円

【2割負担】

1. サービス利用料金（184×10.55）	1,941 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	271 円
3. 送迎費用総額（1+2）	2,212 円
4. 介護保険給付（3×0.8）	1,769 円
5. 自己負担額（3－4）	443 円

【3割負担】

1. サービス利用料金（184×10.55）	1,941 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	271 円
3. 送迎費用総額（1+2）	2,212 円
4. 介護保険給付（3×0.7）	1,548 円
5. 自己負担額（3－4）	664 円

3. 療養食加算（8 単位／1 食）

医師の食事箋に基づく腎臓病食や糖尿病食などの食事の提供を行った場合に下記の加算料金をお支払いいただきます。

【1 割負担】

1. サービス利用料金（8×10.55）	84 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	11 円
3. 療養食加算総額（1+2）	95 円
4. 介護保険給付（3×0.9）	85 円
5. 自己負担額（3－4）	10 円

【2 割負担】

1. サービス利用料金（8×10.55）	84 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	11 円
3. 療養食加算総額（1+2）	95 円
4. 介護保険給付（3×0.8）	76 円
5. 自己負担額（3－4）	19 円

【3 割負担】

1. サービス利用料金（8×10.55）	84 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	11 円
3. 療養食加算総額（1+2）	95 円
4. 介護保険給付（3×0.7）	66 円
5. 自己負担額（3－4）	29 円

4. 医療連携強化加算（58 単位）

別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに対し短期入所生活介護を行った場合には、利用者の急変の予測や早期発見等のため看護職員による定期的な巡視、主治の医師と連絡が取れない等の場合における対応に係る取決めを事前に行い、急変時の医療提供の方針について利用者から合意を得るなどの要件を満たした場合、下記加算料金をお支払いいただきます。

※別に厚生労働大臣が定める状態の内容は次のとおり。

- イ. 喀痰吸引を実施している状態
- ロ. 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ. 中心静脈注射を実施している場合
- ニ. 人工腎臓を実施している状態
- ホ. 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ. 人工膀胱または人工肛門の処置を実施している状態
- ト. 経鼻胃管や胃瘻などの経腸栄養が行われている状態
- チ. 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ. 気管切開が行われている状態

【1 割負担】

1. サービス利用料金（58×10.55）	611 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	85 円
3. 医療連携強化加算総額（1+2）	696 円
4. 介護保険給付（3×0.9）	626 円
3. 自己負担額（3－4）	70 円

【2 割負担】

1. サービス利用料金（58×10.55）	611 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	85 円
3. 医療連携強化加算総額（1+2）	696 円
4. 介護保険給付（3×0.8）	556 円
5. 自己負担額（3－4）	140 円

【3 割負担】

1. サービス利用料金（58×10.55）	611 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	85 円
3. 医療連携強化加算総額（1+2）	696 円
4. 介護保険給付（3×0.7）	487 円
5. 自己負担額（3－4）	209 円

5. 緊急短期入所受入加算（90 単位）

- 利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画に位置づけられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合。
- 短期入所生活介護を行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等のやむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として下記の加算料金をお支払いいただきます。

【1 割負担】

1. サービス利用料金（90×10.55）	949 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	132 円
3. 緊急短期入所受入加算総額（1+2）	1,081 円
4. 介護保険給付（3×0.9）	972 円
5. 自己負担額（3－4）	109 円

【2割負担】

1. サービス利用料金（90×10.55）	949 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	132 円
3. 緊急短期入所受入加算総額（1+2）	1,081 円
4. 介護保険給付（3×0.8）	864 円
5. 自己負担額（3－4）	214 円

【3 割負担】

1. サービス利用料金（90×10.55）	949 円
2. 介護職員処遇改善加算Ⅰ（1×0.14）	132 円
3. 緊急短期入所受入加算総額（1+2）	1,081 円
4. 介護保険給付（3×0.7）	756 円
5. 自己負担額（3－4）	325 円

(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。

〈サービスの概要と利用料金〉

サービス内容	利用料金	備考
①食事費（※1）	第1段階…1日：300円 第2段階…1日：600円 第3段階①…1日：1000円 第3段階②…1日：1300円 朝食：558円 第4段階…昼食：742円 夕食：640円	ご契約者に提供する食材料費及び調理に係る費用となります。
②滞在費（※2）	第1段階…880円/日 第2段階…880円/日 第3段階…1,370円/日 第4段階…3,570円/日	お部屋代と光熱水費、当該施設の建設（修繕・維持費等を含む）等に係る費用となります。
③理美容費	実費	月に最低1回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただいた場合の費用となります。
④日用生活品費	実費	ご本人の身体状況や嗜好により個別に購入した品物の費用となります。
⑤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となります。
⑥特別行事費	実費	新年祝賀会や敬老会等の施設行事で特別メニューの食事を選定された場合や小旅行や観劇等に参加された場合の費用となります。
⑦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となります。
⑨その他	実費	施設サービスとは関係のない費用でご契約者に負担いただくことが妥当である物の費用となります。

⑩貴重品管理サービス費	53 円/日	保険証、現金、鍵などショートステイ中紛失しては困るものなど貴重品として預からせていただく際の費用となります。
⑪おやつ代	110 円/日	15時にご用意するおやつ費用となります。

(※1) 食事費に関して

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負担限度額が1日にお支払いいただく食事費の費用になります。

(※2) 滞在費に関して

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負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の費用となります。

(※3) 上記食費の他に毎月1～2回実施する特別食事をご利用の際には別途実費を加算させていただきます場合があります。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までにお支払いください。（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。）

預金口座振替によるお支払い（口座振替手数料110円ご負担していただきます）

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

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】2956871

《名義》社会福祉法人讃助の会

短期入所生活介護ハピネス茅ヶ崎 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ョノカイ

タンキニューショセイカツカイゴ ハピネスチガサキ リジチョウ コチャヨウコ

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、指定短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出てください。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

○ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

(5) 利用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もありません。）

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	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 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・整・脊柱・脳外・形成・耳鼻・皮・眼・産・泌・麻・放
社会福祉法人 聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院	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
富山皮膚科	茅ヶ崎市香川 1-11-25 電話：0467-51-7755	皮膚科
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：04667-83-9111	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
--	--	-----

8. サービス提供における事業者の責務（契約書第10条、第11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き、当施設をご利用する上で必要な事務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『介護保険施設等でのサービス提供にあたっては、当該入所者（ご契約者）又は他の入所者（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、身体拘束その他入所者（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定があります。

（２）拘束には、身体的拘束と対応的拘束の２種類があります。以下において、その種類と範囲を定義します。

○身体的拘束とは、入居者様の意思に反し以下の様な形態を用いて行動を制限することを言います。

- ・安全ベルト・紐等を使用し車椅子に固定すること。
- ・紐・転落防止帯等を使用し、手・足・胴体をベットに固定すること。
- ・ベット柵を4本使用しベットから降りられないようにすること。
- ・介護服を使用し着脱の自由を制限すること。
- ・ミトン型手袋を外せないよう、手首を固定すること。
- ・日常生活を営む為に必要な居室等の入口をふさぎ、自由に出入りが出来ない様にすること。
- ・過剰な薬物を服用させ、行動を制限すること。

○対応的拘束とは、入居者様に精神的マイナスを与えるような対応をすることを指します。

- ・入居者様に威圧的な言動で対応すること。
- ・入居者様の要望に対し、無視・無関心・介護拒否等を行うこと。

（３）上記の身体拘束禁止規定を受け、当施設では、日常生活のケアの充実、ケアの工夫を行ない、ご契約者が人間らしく活動的に生活するために、「拘束をしない介護」を目指します。「拘束をしない介護」の工夫をしても、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、ケアの方法の検討と理解を得る努力をし、「拘束をしない介護」の取り組みをします。

- (4) 介護保険の運営上「緊急やむを得ない場合」には、身体拘束が認められていますが、以下の3つの要件を満たし、且つやむを得ない場合と判断するに到る手続き（基準・ルール）やご家族に対する説明がなされ、十分な理解が得られているケースに限られます。

○切迫性・・・利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。

○非代替性・・・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない。

○一時性・・・身体拘束その他の行動制限が一時的なものである。

- (5) 「緊急やむを得ず身体拘束を行う場合」には、その理由またその様態及び時間、その際の利用者の状況等を記録することを義務づけ、情報を開示し、施設全体で情報を共有します。

9. 施設利用の重要事項

当施設のご利用にあたって、施設を利用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

ご利用にあたり、持ち込み制限はありませんが、刃物・火気等の持ち込みはお断りします。

(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、ご確認下さい。

※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、原則制限等はありませんが、食べた量と置いていかれる物のご報告を近くの職員にお知らせ下さい。

※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」、玄関の「ハピネス茅ヶ崎ご意見箱」にご記入頂くか、事務室にご意見をお聞かせ願えれば幸いです。

（３）施設・設備の使用上の注意（契約書第 9 条参照）

- 居室及び共同生活室、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、又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、又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及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。

（４）喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。所定の場所をお願いします。

10. 損害賠償について（契約書第 10 条、第 11 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、ご契約者に故意又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 16 条参照）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、契約の事由がない限り、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、当事業所との契約は終了します。

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができますので、その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届書をご提示ください。その場合には、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、必要な援助を速やかに行うように努めます。

1 2. 身元保証人（契約書 21 条参照）

契約締結に当たり、神奈川県内又はその周辺（近県を含む）に居住する身元保証人 1 人を定めていただきます。

身元保証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、ご契約者と連帯して履行の責務を負うとともに、入院手続き及び契約解除、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 千万とする）。

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

1 3. 苦情の受付について（契約書第 24 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～土曜日 9：00～18：00

また、苦情受付ボックスとして『ハピネス茅ヶ崎ご意見箱』を玄関に設置しています。

（2）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
国民健康保険団体連合会	所在地：神奈川県横浜市西区楠木町 27-1 電話番号：045-329-3445 受付時間：8:30～17:00

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

説明職者.....生活相談員.....氏名.....

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)