

# 指定介護老人福祉施設

## 特別養護老人ホーム胆振東部鶴川慶寿苑

### 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。  
介護保険事業所番号0173600198

当施設はご契約者（利用者）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。

※ 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3以上」と認定された方が対象となります。

平成30年4月1日改定

#### ◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1
3. 居室等の概要	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
6. 施設を退所していただく場合	10
7. 残置物引取人	11
8. 苦情の受付について	12
9. 個人情報の取扱いについて	13
10. 身体拘束の禁止	13
11. 緊急時の対応	13

## 1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人鶴川慶寿会
- (2) 法人所在地 北海道勇払郡むかわ町駒場105番地
- (3) 電話番号 0145-42-5211 FAX 0145-42-5029
- (4) 代表者氏名 理事長 菊池 晃 啓
- (5) 設立年月日 昭和54年6月11日

## 2 ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設  
平成11年12月13日指定  
事業所番号 0173600198 定員80名
- (2) 併設事業 指定短期入所生活介護  
平成11年12月15日指定  
事業所番号 0173600198  
定員10名（指定介護予防短期入所生活介護定員を含む）  
指定介護予防短期入所生活介護  
平成18年4月1日指定
- (3) 施設の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階建
- (4) 建物の延べ床面積 2,620.13㎡
- (5) 施設の目的 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者（利用者）に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。  
この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
- (6) 施設の名称 特別養護老人ホーム 胆振東部鶴川慶寿苑
- (7) 施設の所在地 北海道勇払郡むかわ町駒場105番地  
JR日高線 鶴川駅下車 約1.5km 徒歩約10分
- (8) 電話番号 0145-42-5211 FAX 0145-42-5029  
E m a i l keijyuen@amber.plala.or.jp  
URL <http://www.mukawakeijyukai.or.jp>
- (9) 施設長（管理者）氏名 山口 力
- (10) 当施設の運営方針

### 経 営 理 念

私たちは、人生の最終章を生きる人たちと共に、長寿であることを喜び、倫理感を持って利用者の想いを汲み、1人の「人」としての人格を尊重し、高品質且つ専門性を駆使したサービスを提供します。

### 基本方針

生活の継続性とその人の自立支援を最優先に、持てる力を引き出し「生きる」意欲を高め、「安心・安全」が担保されて、楽しく、明るく暮らせるように心を尽して介護します。

### 運営方針

信頼と相互理解をもとに「和」して協力、「報・連・相」を実践します。

(11) 開設年月日 昭和55年2月1日

## 3 居室等の概要

### (1) 居室の概要

当施設では以下の居室・設備を用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、他の種類の居室への入居を希望される場合には、その旨お申し出下さい。ただし、ご契約者(利用者)の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。なお、居室内には浴室、トイレの設備はありません。

居室・設備の種類	室数	備考
1階旧館2人居室	1室	1人当たり8.265㎡
1階旧館4人居室	6室	1人当たり8.265㎡
1階新館2人居室	1室	簡易個室 1人当たり14.4㎡
1階新館4人居室	3室	1人当たり9.2625㎡
2階旧館2人居室	4室	1人当たり8.265㎡
2階旧館4人居室	6室	1人当たり8.265㎡
2階新館2人居室	3室	1人当たり9.2625㎡
2階新館4人居室	3室	1人当たり9.2625㎡
合計	27室	
食堂	1室	203.57㎡
浴室	2室	機械浴槽、一般浴槽
医務室	1室	

☆ 居室の変更：ご契約者(利用者)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(利用者)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(利用者)やご家族等と協議の上決定するものとします。

## 4 職員の配置状況

当施設では、ご契約者(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	指定基準
1 施設長	1名	1名
2 介護職員	35名	27名

(内介護福祉士)	(22.62名)	
3 生活相談員	2名	1名
4 介護支援専門員	2名	1名
5 看護職員	4.4名	3名
6 機能訓練指導員	1名	1名
7 医師(嘱託医)	(1名)	必要数
8 管理栄養士	2名	1名

※ 常勤換算：職員それぞれの週当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5時間勤務の職員が8名いる場合、

常勤換算では1名(5時間×8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 医師(嘱託医)	毎週水曜日14:00～15:00
2 介護職員 標準的な時間帯における最低配置人員	早出 7:00～16:00 4名
	日中 8:30～18:00 4名
	遅出 10:00～20:00 6名
	夜間 20:00～ 8:30 4名
3 看護職員 標準的な時間帯における最低配置人員	日中 8:30～17:30 3名
	土日、祝祭日 8:30～17:30 1名
	時間外(夜間) オンコール体制 1名
4 機能訓練指導員	日中 9:00～18:00 1名 (土日祝祭日は上記と異なる場合があります)

## 5 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(利用者)に対して以下のサービスを提供します。

サービス計画に基づいてサービスを提供します。サービス提供前及び要介護度の変化等利用者状況の変化により計画の変更が必要となった場合には施設サービス計画案を交付説明し、同意をいただいたうえでサービスを提供します。ただし、同意が得られない場合には、サービス計画の内容を再検討いたします。

当施設が提供するサービスについて、以下の場合があります。

### (1) 当施設が提供する基準介護サービス(契約書第3条参照)\*

以下のサービスについては、居住費、食費を除き、所得に応じて8～9割が介護保険から給付されます。ただし、居住費は前年度の光熱水費、暖房料から算出し、示されている基準費用月額概数1.15万円と室料を合わせ日額840円となります。また、食費は前年度の食材料費、調理費(人件費等)から算出し、示されている基準費用月額概数4.2万円日額1,380円となります。

## ＜サービスの概要＞

### ① 居室の提供

### ② 食事

- ・ 当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者（利用者）の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者（利用者）の自立支援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 7：30～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～

- ・ 食事が不要の場合は、前日までに申し出てください。その場合には「食事に係る自己負担額」は減額されます。ただし、1日分に満たない場合は対象となりません。

### ③ 入浴

- ・ 入浴は週2回以上行います。ただし、入浴できない場合は清拭を行います。
- ・ 身体状況により一般浴槽又は機械浴槽を使用して入浴することができます。

### ④ 排せつ

- ・ 排せつの自立を促すため、ご契約者（利用者）の身体能力を最大限活用した援助を行います。

### ⑤ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者（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。

### ⑥ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

### ⑦ その他自立への支援

- ・ 寝たきりの防止のため、できる限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、適切な整容が行われるよう援助します。

### ⑧ 施設での注意事項

- ・ 施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。
- ・ サービス従事者又は他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動及び、営利活動を行うこと。

## ＜サービス利用料金＞（契約書第5条参照）

下記の料金表によって、ご契約者（利用者）の要介護度に応じたサービス利用料金、個別機能訓練加算、日常生活支援加算、看護体制加算、夜勤職員配置加算、口腔衛生管理体制加算、介護職員処遇改善加算と、居住費及び食費の基準費用額の合計金額をお支払いください。ただし、居住費及び食費の基準費用額については、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負担限度額とします。

〈平成30年4月1日から適用〉 この表は1か月30日として計算しています。

	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 ご契約者の要介護度別サービス利用料金	557円	625円	695円	763円	829円
2 個別機能訓練加算	12円				
3 日常生活継続支援加算	36円				
4 看護体制加算	8円				
5 夜勤職員配置加算	13円				
6 口腔衛生管理体制加算	1円（1か月30円）				
7 サービス利用料金計	627円	695円	765円	833円	899円
8 サービス利用料金1か月	18,810円	20,850円	22,950円	24,990円	26,970円
9 介護職員処遇改善加算 (8×8.3%) ※	1,561円	1,731円	1,905円	2,074円	2,239円
10 居住費に係る基準費用額	840円				
11 食費に係る基準費用額	1,380円				
12 居住費、食費1か月	66,600円				
13 自己負担額計(8+9+12)	86,971円	89,181円	91,455円	93,664円	95,809円
※ 介護職員処遇改善加算は、8の月額に対して8.3%掛けた金額となります。 ※ 下記ア～ソの加算が該当になった場合、その加算額を8に足し、8.3%掛けた金額が加算金額となります。 ※ 自己負担2割の方は、該当加算額と8、9を足した2倍の金額となります。 ※ 自己負担3割の方は、該当加算額と8、9を足した3倍の金額となります。					

☆ 上記7のサービス利用料金に個々の状況、体制に応じた加算が摘要される場合があります。  
 具体的には以下の通りです。

ア 初期加算

入所日から30日以内の期間及び入院30日以上で退院後、30日を限度に日額30円

イ 外泊時加算

入院、外泊をした場合には、月6日を限度に日額246円（月をまたぐ場合最大12日間）

ウ 経口移行加算

経管栄養の方で、経口移行計画に基づき経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要な場合は日額28円

エ 経口維持加算（Ⅰ）

経口摂取する方が摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる場合、栄養管理による継続的な食事摂取を進めた場合は1か月400円

オ 経口維持加算（Ⅱ）

経口維持加算（Ⅰ）を算定している方で、経口による食事摂取を支援するための観察、会議が行われている場合は1か月100円

カ 若年性認知症入所者受入加算

若年性認知症患者を受入れ、個別の担当者を定めサービスを提供する場合には日額 120 円 (65 歳の誕生日の前前日まで)

キ 看護体制加算 I ロ

常勤の看護師 (正看護師) を配置した場合には日額 4 円

ク 栄養マネジメント加算

常勤の管理栄養士を配置し、個別の栄養ケア計画に基づいた栄養ケア管理が行われる場合には日額 14 円

ケ 口腔衛生管理加算

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、月 2 回以上口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言、指導を行い、相談等に対応した場合は 1 か月 90 円

コ 褥瘡マネジメント加算

入居者ごとにモニタリング指標を用いて 3 か月に 1 回評価を行い、リスクのある入所者に対して褥瘡ケア計画を作成、実施し、3 か月に 1 回計画を見直した場合は 3 か月に 1 回を限度とし 1 か月 10 円

サ 排せつ支援加算

身体機能の向上や環境の調整等により、排泄にかかる要介護状態を軽減できると医師、看護師が判断し、利用者も希望する場合は 1 か月 100 円

シ 看取り介護加算 (I)

医師が回復の見込みがないと診断し、本人、家族の希望により施設で看取りを行った場合。死亡日 1280 円。死亡日の前日、前々日 1 日につき 680 円。死亡日以前 4 日以上 30 日以下 1 日 144 円。

ス 低栄養リスク改善加算

低栄養リスクが「高」の入所者で、新規入所時又は再入所時に他職種共同の会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成し食事・栄養調整等を行った場合。同意を得た月から 6 か月以内の期間に限り、1 か月 300 円

セ 入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合、医療機関の管理栄養士と連携し、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合 1 回に限り 400 円

ソ 夜勤職員配置加算 (III) ロ

夜勤時間体を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合、夜勤職員配置加算 (I) ロから、夜勤職員配置加算 (III) ロへ変更。1 日 16 円

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご契約者 (利用者) の負担額を変更します。

☆ 居住費及び食費は基準費用額から各段階に応じた負担限度額を引いた額が「特定入所者介護サービス費」として、補足給付されます。

### ③ 高額介護サービス費

利用料が各段階に応じた限度額を超えた場合には保険者（市町村）に高額介護サービス費支給申請書を提出することにより各段階に応じた限度額を超えた金額が還付されます。

### ④ 社会福祉法人による利用者負担減免制度

低所得者の方に配慮した減免制度があり、一定の条件を満たした場合利用料が減免されます。申請窓口は保険者（市町村）となります。

### ⑤ 当施設の居住費・食費の負担限度額（ショートステイを含む）

保険者（市町村）へ負担限度額認定申請を行い下記の区分に該当した場合には、それぞれ下記の金額が適用されます。（市町村へ確認願います）

区分		対象者	居住費	食費
低所得者	第1段階	市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者及び生活保護受給者	0円	300円
	第2段階	市町村民税世帯非課税であって課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	370円	390円
	第3段階	市町村民税世帯非課税であって課税年金収入が80万円超の方など	370円	650円
第4段階以上		上記以外の方	840円	1,380円

☆ 入院・外泊の際におきましても、居住費はご負担いただきます。

## (2) (1) 以外のサービス(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（利用者）の負担となります。

### <サービスの概要と利用料金>

#### ① 特別な食事

ご契約者（利用者）の希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

#### ② 理髪・美容

希望により、理美容師の出張による理髪等のサービスをご利用いただけます。

利用料金：カット 1,900円 顔剃り 1,300円 シャンプー 700円

カットと顔剃り 2,900円 毛染め（カット込み） 5,000円

総合調髪 3,300円 パーマ（カット込み） 5,000円

#### ③ 貴重品の管理

ご契約者（利用者）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。（預り金管理サービスをご利用いただくには別途「預り金管理に関する依頼書」が必要となります。）詳細は、以下のとおりです。

○ 管理する金銭の形態：現金及び施設の指定する金融機関へ預け入れている預貯金

○ お預かりするもの：現金及び上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書

○ 保管管理者：施設長

○ 出納方法：手続きの概要は以下のとおりです。



- ・ 預貯金の預け入れ及び引出しが必要な場合は、備え付けの依頼書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・ 保管管理者は、上記依頼の内容に従い、預貯金の預け入れ及び引出しを行います。
- ・ 保管管理者は、入出金の都度、入出金記録を作成し、その写しをご契約者（利用者）へ交付します。

- 利用料金：1か月当り 50,000円未満は500円  
50,000円以上は1,000円

④ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者（利用者）の希望により、レクリエ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。

場合によっては参加費（バス代、食事代、施設入館料及び利用料等）として実費をいただく場合があります。

- 主なレクリエーション行事予定

月	行 事 予 定
4月	お好み外出、苑内清掃（居室）
5月	お好み外出、花壇作り、苑内清掃（廊下）、居酒屋
6月	お好み外出、夜間防災訓練、芸能大会、苑内清掃（居室）
7月	お好み外出、青空運動会、居酒屋
8月	お好み外出、流しそーめん、盆踊り、盆供養、苑内清掃（居室・窓ガラス）
9月	お好み外出、敬老会（むかわ町、慶寿苑）、苑内清掃（廊下）、居酒屋
10月	お好み外出、室内運動会、防災訓練、苑内清掃（居室）
11月	健康診断（胸部レントゲン）、むかわ町総合文化祭出品・見学、居酒屋
12月	もちつき、クリスマス会、苑内清掃（居室・浴室・職員室）、年取り
1月	新年会、苑内清掃（廊下）、居酒屋
2月	節分豆まき、苑内清掃（居室）
3月	防災訓練、居酒屋

- クラブ活動

書道、茶道、生花

⑤ 複写物の交付

ご契約者（利用者）は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者（利用者）の日常生活に要する費用でご契約者（利用者）に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を実費負担いただきます。（実費料金は価格の変動により変更になる場合があります）

ティッシュペーパー1個62円、歯ブラシ1本100円、入れ歯用歯ブラシ1本130

円、歯磨き粉1個270円、口腔用ジェル1個778円、口腔スポンジ1本25円、モアブラシ1本432円、栄養ボトル1個428円、おしり拭き（入院時使用）1個282円、歯磨きティッシュ1個454円、電池1個（単一160円、単二103円、単三57円、単四49円）、ウロガード1枚406円、プラスチックシリンジ1本65円、栄養ボトル用カテーテル1本129円。白色ワセリン1個1,220円、舌ブラシ1本194円。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦ ご契約者（利用者）の移送に係る費用

ご契約者（利用者）の通院や入院及び外泊時の移送サービスを行います。

1回の利用につき1キロメートル当り37円（1キロメートル未満の端数は切り捨てる。）ただし、むかわ町内、嘱託医の指示による通院及び入院の場合は移送に係る費用をお支払いいただく必要はありません。

ア 移送サービス範囲地域は、苫小牧市、厚真町、安平町とし、ご希望日の1週間前までに移送依頼書を記載のうえ提出いただきます。

イ 移送サービス範囲地域外への移送は、ご希望に添えるよう努力いたしますが、ご契約者（ご利用者）の体調、精神的状態及び交通事情等考慮し判断させていただきます。移送に係る費用のほか運転者並びに引率職員の旅費相当額のご負担をいただきます。なお、ご希望日の1週間前までに移送依頼書を記載のうえ提出いただきます。

⑧ 契約書第19条に定める所定の料金

ご契約者（利用者）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は、ご契約者（利用者）の要介護度によるサービス利用料金、居住費の基準費用額及び食費の基準費用額をお支払いいただきます。

⑨ 家族会

利用者の生きがいある生活の向上を図るとともに、施設と会員の連絡、強調を密にし、会員同士の親睦を図る事を目的に平成13年3月20日鶴川慶寿苑家族会が設立されました。会費の徴収は行っておりません。定時総会、役員会、視察研修、交流会を毎年行っております。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

**(3) 利用料金のお支払方法（契約書第5条参照）**

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末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。）

- 窓口での現金払い
  - 下記指定口座への振り込み
    - ①北央信用組合 鷓川支店 普通預金0026159  
口座名義 胆振東部鷓川慶寿苑 施設長 山口 力
    - ②鷓川町農業協同組合 本所 普通 1169592  
社会福祉法人鷓川慶寿会特別養護老人ホーム胆振東部鷓川慶寿苑施設長
- 振り込み手数料はご利用者負担となります。

#### (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（利用者）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。ただし、下記医療機関での優先的な治療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での治療・入院治療を義務付けるものでもありません。

##### ① 協力医療機関（嘱託医 石川典俊 むかわ町鷓川厚生病院）

医療機関の名称	むかわ町鷓川厚生病院
所在地	むかわ町美幸1丁目86
診療科	内科、消化器科、循環器科、外科、小児科、リハビリテーション科

##### ② 協力歯科医療機関

医療機関名称	鷓川歯科診療所
所在地	むかわ町駒場197番地

医療機関名称	苫小牧歯科健診協会
所在地	苫小牧市しらかば町5-5-16

## 6 施設を退所していただく場合（契約の終了）

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。したがって、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ができます。ただし、次に定める事項に該当する場合には、当施設との契約が終了し、ご契約者（利用者）に退所していただくことになります。（契約書第13条参照）

- ① 認定によりご契約者（利用者）自身の状況が自立又は要支援と判定された場合。
- ② 要介護認定により契約者（利用者）の心身の状況が要介護度1または要介護度2と判定され、下記の考慮事項に該当しない場合
  - 1 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられること
  - 2 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられること

- 3 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全、安心の確保が困難であること
- 4 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の減失や重大な毀損により、ご契約者（利用者）に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者（利用者）から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥ 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ください。）

**(1) ご契約者（利用者）からの退所の申し出（中途解約・契約解除）**

**(契約書第14条、第15条)**

契約の有効期間であっても、ご契約者（利用者）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日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、次に定める事項に該当する場合には、即時に契約を解約又は解除し、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変更に同意できない場合
- ② 施設の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者（利用者）が入院された場合
- ④ 事業者若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
- ⑤ 事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者（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認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者（利用者）の身体、財物、信用等を傷つけた場合若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所していただく場合（契約解除）（契約書第16条参照）**

以下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（利用者）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（利用者）による、サービス利用料金の支払いが6か月以上遅延し、相当期間を定めたにもかかわらずこれを支払わない場合
- ③ ご契約者（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事者若しくは他の利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、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 ご契約者（利用者）が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合
- ⑤ ご契約者（利用者）が介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

**\*ご契約者（利用者）が病院等に入院された場合の対応について\*（契約書第18条参照）**

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、以下のとおりです。

**① 3か月以内の退院が見込める場合**

入院については、3か月以内に退院された場合には、再び当施設に入所することができます。なお、入院期間中は居住費をご負担いただきます。

**② 3か月以内の退院が見込まれない場合**

3か月以内の退院が見込まれない場合には、3か月を経過した時点で契約を解除いたします。

**(3) 円滑な退所のための援助（契約書第17条参照）**

ご契約者（利用者）が当施設を退所する場合には、ご契約者（利用者）の希望により、事業者はご契約者（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契約者（利用者）に対して速やかに行います。

- 適切な病院若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

**7 残置物引取人（契約書第20条参照）**

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者（利用者）の所持品（残置物）をご契約者（利用者）自身が引き取れない場合に備えて残置物引取人を「残置物引取りに関する同意書」により定めていただきます。

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、引渡しにかかる費用については、ご契約者（利用者）又は残置物引取人にご負担いただきます。

※ 入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

**8 苦情の受付について（契約書第22条）**

苦情を受け付けた場合は、苦情解決責任者へ内容の報告をし、事実確認を行います。内容によっては、ご利用者、ご家族等と面談を行い詳細な聞き取りを致します。その後、苦情解決へ向けて、相談（苦情）解決対応委員会で検討し苦情解決責任者へ上申、その後解決措置を講ずる仕組みとなっております。解決が困難な場合は、法人が設置する第三者委員に申し立て速やかに解決を図るよう努めます。

**(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随時、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者

[職名] 施設長 山口 力

○苦情受付窓口（担当者）

業務課長生活相談員 野宮 誠

業務係長介護支援専門員 小原 由貴子

また、苦情受付ボックスを設置しています。

## (2) 第三者委員

第三者委員とは、利用者と施設の間に入って問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決する為に設けられた制度です。希望する場合は第三者委員を交えてお話し合いもできます。

当施設の第三者委員

山谷 松美 むかわ町田浦47番地3 TEL 42-4551

加藤 務 むかわ町美幸4丁目22番地1 TEL 090-1649-4545

伊東 範充 むかわ町福住3丁目142 TEL 42-3556

## (3) 行政機関その他苦情受付機関

当事業所以外については、下記に苦情を申し立てることができます。

むかわ町町民生活課 保健介護グループ	所在地 むかわ町美幸2丁目88番地 電話番号 0145-42-2411 F A X 0145-47-2400
北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課企画・苦情係	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5161内線 6111 F A X 011-233-2178
北海道社会福祉協議会 総務部苦情受付担当	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.7 電話番号 011-241-3976 F A X 011-251-3971
北海道福祉サービス運営適正化 委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.7 電話番号 011-201-6310 F A X 011-204-6311

※国民健康保険団体連合会への申し立て方法は、原則書面によりますが、困難な場合には口頭による申し立ても出来ます。

## 9 個人情報取り扱いについて（契約書第8条）

個人情報に関する基本規程に基づき、別紙個人情報に係る同意書に利用目的、使用条件を明示しております。また、本人、契約者等から個人情報開示の申し出があった場合には、情報開示ができる仕組みとなっております。

## 10 身体拘束の禁止

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除く身体拘束は行いません。

やむを得ず身体拘束等行動の制限をする行為を行う場合には、その態様及び時間、その際の

利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するとともに、契約者に対し説明を行い同意を得る事とする。また、解除へ向けた検討を行い経過を契約者に報告いたします。

## 11 緊急時の対応

### (1) 非常災害時の対応

#### ①災害時の対応

別に定める「消防計画」により対応を行います。

#### ②近隣との協力体制

駒場町内会と協議し非常時の協力体制を確保しています。

#### ③平常時の訓練

別途定める「消防計画」により、胆振東部消防組合鶴川支署の協力をいただき避難訓練を年2回実施（内1回は夜間を想定し駒場町内会の協力をいただく）し、新任職員は年1回消火訓練を行っております。また、年1回自主訓練として発見通報訓練を行います。

#### ④防災設備

スプリンクラー、避難滑り台2箇所、自動火災報知器、非常召集装置、119火災通報装置、誘導灯、漏電報知器、非常灯、消火器等を設置。カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。

#### ⑤消防計画等

胆振東部消防組合鶴川支署へ平成12年10月2日提出。防火管理者 山口 力

### (2) 急変時及び事故発生時の対応

利用者の急変時及び事故発生時等の場合は、嘱託医に連絡し速やかに協力医療機関であるむかわ町鶴川厚生病院へ受診し医師の診断、治療、手当てを受けます。

土日祝祭日及び年末年始においても看護職員1名が日中勤務に当たっております。また、夜間においては、看護職員とのオンコール体制を確保し嘱託医及び協力医療機関との連携をとっております。

平成 年 月 日

指定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 特別養護老人ホーム胆振東部鶴川慶寿苑

説明者職名 氏名 印

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、指定介護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  
(利用者) 氏 名 印  
(契約者と利用者が異なる場合は利用者との続柄 )

利用者住所

利用者氏名

※契約者が利用者本人の場合は同席者の住所・氏名

住 所  
氏 名 印  
(契約者との続柄 )