

指定介護老人福祉施設（ユニット型） 重要事項説明書

社会福祉法人藤の会
特別養護老人ホーム藤の家

重要事項説明書

『指定介護老人福祉施設（ユニット型）』

当施設は契約者（入居者）様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。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 藤の会
- (2) 法人所在地 茨城県銚田市湯坪 2166 番 8
- (3) 電話番号 0291-32-5322
- (4) 代表者氏名 理事長 保立 武憲

2. 利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
- (2) 事業者番号 0875400228
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 藤の家
- (4) 施設の所在地 茨城県銚田市湯坪 2166 番 8
- (5) 電話番号 0291-32-5322
- (6) 施設長氏名 施設長 重田 健
- (7) 開設年月 平成 27 年 9 月 1 日
- (8) 入所定員 40 人
- (9) 協力病院 高須病院

3. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 2 階建て
- (2) 建築面積 2270.40 m²
- (3) 延べ床面積 3549.99 m²
- (4) 併設事業 短期入所生活介護事業、通所介護事業、居宅介護支援事業
- (5) 施設的环境

新銚田駅から約 5 k m の鹿島灘と北浦の中ほどにある緑豊かな施設です。契約者（入居者）様の様々なニーズに応えることができる「混合型ホーム」となっております。地中熱を利用した次世代の設備をはじめ、床暖房・足湯・遊歩道等も完備しております。

4. 施設の目的

ユニット型介護老人福祉施設とは、全室個室。ユニット型の特別養護老人ホームのことをいいます。ユニットケアとは、10人前後の入居者をひとつのグループ（ユニット）とし、ご自宅に近い居住環境の中で介護を行う方法で、できるだけ入居者様一人一人の個性や生活リズムに沿った日常生活を送っていただくことを目的としています。

5. 施設の法人理念

地域や施設において『尊厳にみちた環境で人としてごく当たり前の生活を保障されるべき高齢者』に対し、常に高齢者の立場に立った良質高度な高齢者福祉サービスを提供し、地域から社会から愛され、信頼される事業主体になることを目指します。

6. 施設の基本方針

一. 『人を大切にします』

藤の会は、介護事業を通じて、ご利用者様、職員をはじめすべての人を大切にします。

二. 『法令遵守』

藤の会は、全職員が法律を守るという強靱なる精神力を持って、健全な介護サービスを行います。

三. 『ご利用者様第一主義』

藤の会は、ご利用者様とご家族様に愛されるよう、笑顔で“心”のこもったサービスを提供します。

四. 『専門職としての誇り』

藤の会は、福祉サービスの専門職としての誇りを持ち、常に創意工夫し「人間力」「知識力」「技術力」の向上に努めます。

五. 『最高の組織へ』

藤の会は、コミュニケーションを大切にし、最大のチームワークで明るく楽しい職場を創造します。

7. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。但し、入居者様の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場所もあります。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	40室	
合計	40室	
併設の診療所	1室	
食堂兼リビング	1室	ユニット毎に設置
食堂兼リビング	1室	ユニット毎に設置
キッチン		流し台・電磁調理器。冷蔵庫・オープンレンジ・食器棚等完備
浴室	5室	一般浴・リフト浴・特殊浴槽
脱衣室		

トイレ	車椅子対応型
-----	--------

※上記は、厚生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る施設・設備です。

- ・居室の変更

契約者（入居者）様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、契約者（入居者）様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、契約者（入居者）様やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

8. 職員の配置状況

当施設では、契約者（入居者）様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。

(1) 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。

※短期入所生活介護事業所の兼務職員も含む

(1) 施設長（管理者）	1名
(2) 副施設長	1名
(3) 事務員	2名以上（非常勤を含む）
(4) 生活相談員	1名以上
(5) 介護職員	15名以上（非常勤を含む）
(6) 看護職員	4名以上（非常勤を含む）
(7) 機能訓練指導員	1名以上
(8) 介護支援専門員	1名以上
(9) 医師	1名以上（非常勤）
(10) 管理栄養士	1名
(11) 栄養士	2名
(12) 調理士	4名
(13) 調理員	2名（非常勤を含む）

上記の人数は、介護保険指定基準を満たす範囲において変更する場合があります。

《ユニット型の場合》

- ・日中については、ユニット毎に常時1人以上の介護職員又は看護職員配置する。
- ・夜間及び深夜においては、2ユニット毎に常時1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置する。
- ・ユニット毎に常勤のユニットリーダーを配置する。

《看護職員体制》

- ・常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を配置する。

9. 契約締結からサービス提供までの流れ

契約者（入居者）様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）」と「栄養ケア計画」に定めます。「施設サービス計画（ケアプラン）」と「栄養ケア計画」の作成及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、施設サービスの原案について、契約者（入居者）様及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、概ね6ヶ月に1回、もしくは契約者（入居者）様及びその家族等の要請に応じて、変更の必要がある場合には、契約者（入居者）様及びその家族等と協議し、施設サービス計画を変更します。

- ① 当施設の管理栄養士は栄養ケア計画の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 当施設の管理栄養士は、栄養ケア計画について、契約者（入居者）様及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 栄養ケア計画は必要に応じてもしくは契約者（入居者）様及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更のある場合には、契約者（入居者）様及びその家族等と協議し計画を変更します。



- ④ 施設サービス計画・栄養ケア計画を変更した場合には、契約者（入居者）様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。

10. サービス提供における事業者の義務

当施設は、契約者（入居者）様に対してサービスを提供するにあたって、次の内容を行います。

- ① 契約者（入居者）様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 契約者（入居者）様の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、契約者（入居者）様に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 契約者（入居者）様が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ 契約者（入居者）様に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、契約者（入居者）様又は代理人の際、請求に応じて閲覧することができます。
- ⑥ 契約者（入居者）様に対する身体拘束その他の行動を制限する行為を行いません。ただし、契約者（入居者）様又は他の契約者（入居者）様の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た契約者（入居者）様又はご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者には漏洩しません。（個人情報保護）

但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に契約者（入居者）様の心身の情報を提供します。

11. 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条）

以下のサービスについては、負担割合証に応じた金額（利用料金の9割又は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食事

- ・当施設では、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及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・管理栄養士は、契約者（入居者）様のケアマネジメント業務を担当し、契約者（入居者）様一人一人の健康・栄養状況をアセスメントし、指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たる他の職員と協働・協議しながら個別の栄養ケア計画の原案を作成し、契約者（入居者）様または家族に対して説明を行い、書面により同意を得ます。また、栄養ケア計画作成後においても、指定介護老人福祉施設サービスの提供にあたる他の職員との連携を継続的に行うことにより、栄養ケア計画の実施状況の把握及び必要な栄養指導を行うとともに、契約者（入居者）様の栄養管理面についての解決すべき課題の把握を行い、栄養ケア計画の変更を行います。
- ・契約者（入居者）様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。

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・契約者（入居者）様の身体の状態に適した方法で入浴することができます。（機械浴槽等）

③排泄

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

④機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、契約者（入居者）様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。日中のみならず、夜間においても看護職員のオンコール体制をとり、かつ、隣接した協力病院との24時間連絡体制を確保し、サービス提供中の契約者（入居者）様の健康管理を十分に配慮します。
- ・感染症が発生し、又はまん延しないようマニュアルの整備や職員研修の充実を図るとともに清潔で快適な生活が送れるよう配慮します。
- ・疾病の予防や悪化を防ぐために日々の衛生管理や口腔ケアが適切に行われるよう配慮します。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、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。
- ・口腔内の維持を保持することで疾病の予防を防ぐよう配慮します

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ・ 無
-------	---

下記の料金表によって、介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と食費（自己負担額）と居住費（自己負担額）の合計金額をお支払ください。（サービスの利用料金は、月の日数及びご契約者の要介護度に応じて異なります。）また、該当者には、社会福祉法人による入居者負担軽減制度が適用されます。

（令和8年6月1日より）

1. ご契約者の要介護	要介護度別	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2. サービス利用料金	利用料金 (1日)	¥670	¥740	¥815	¥886	¥955
3. サービス利用における自己負担額 (月額)		¥20,100	¥22,200	¥24,450	¥26,580	¥28,650
4. 食事に係る自己負担額	第1段階		¥300/日	¥9,000/月		
	第2段階		¥390/日	¥11,700/月		
	第3段階①		¥650/日	¥19,500/月		
	第3段階②		¥1,360/日	¥40,800/月		
	第4段階		¥1,445/日	¥43,350/月		
5. 居住費に係る自己負担額	第1段階		¥880/日	¥26,400/月		
	第2段階		¥880/日	¥26,400/月		
	第3段階		¥1,370/日	¥41,100/月		
	第4段階		¥2,066/日	¥61,980/月		
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	第1段階	¥55,500	¥57,600	¥59,850	¥61,980	¥64,050
	第2段階	¥58,200	¥60,300	¥62,550	¥64,680	¥66,750
	第3段階①	¥80,700	¥82,800	¥85,050	¥87,180	¥89,250
	第3段階②	¥102,000	¥104,100	¥106,350	¥108,480	¥110,550
	第4段階	¥125,430	¥127,530	¥129,780	¥131,910	¥133,980

加算となる介護保険対象サービス料金

夜勤職員配置加算 (Ⅱ) イ	27 単位	16:30～翌朝9:30の夜勤帯（施設が設定する）に介護職員・看護職員を基準数以上配置した場合
日常生活継続支援 加算 (Ⅱ)	46 単位	新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4もしくは5の者の占める割合が70%以上の場合、日常生活に支障を来すおそれがある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者の占める割合が65%以上の場合、介護福祉士の数が常勤換算法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上である場合
介護職員処遇改善 加算 (Ⅰ ロ)	所定単位 数の 17.6%	厚生労働省で定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している事業者（市町村長へ届出が必要）の場合には、【所定単位（基本料金+体制加算）×176/1000】で算出された料金で算定

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位	利用者の安全と介護サービスの質の確保・職員の負担軽減・ICT化の促進を目的とし、見守り機器の導入および委員会や必要な安全対策を講じた上で、生産性の向上がトータルに基づいた改善活動を継続的に行っている場合に月に1回算定
----------------	------	--

※ 2割負担の方は、1日あたりの負担額が2倍になります。

※ 3割負担の方は、1日あたりの負担額が3倍になります。

《その他介護保険制度に基づく加算》

（初期加算）

入居時から30日間については1日あたり300円のサービス利用料金が加算されます。（自己負担額1日あたり30円）

（退所前後訪問相談援助加算）

① 契約者（入居者）様の退居に先立って、退居後生活する居宅を訪問し、契約者（入居者）様又は家族等に対して、居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を提供した場合は、入居中に1回（又は2回）、退居後1回を限度として、1回あたり4,600円のサービス料金が加算されます。（自己負担額1回あたり460円）また、退居後に老人福祉施設（病院・診療所及び介護保険施設を除く）に入居する場合の訪問相談援助や情報提供を行った場合です。

（退所時相談援助加算）

② 契約者（入居者）様または家族等に対して、退居後の相談援助を行い、かつ市町村及び地域包括支援センターに対して必要な情報を提供した場合には、1回あたり4,000円のサービス利用料金が加算されます。（自己負担額1回あたり400円）

（退所前連携加算）

③ 居宅介護支援事業者と退居前から連携し、情報提供とサービス提供を行った場合には、1回あたり5,000円のサービス利用料金が加算されます。（自己負担額1回あたり500円）

（在宅復帰支援機能加算）

在宅復帰される契約者（入居者）様の家族との連携調整、介護支援専門員への情報提供、及び退居後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合には、1日あたり100円のサービス利用料金が加算されます。（自己負担額1回あたり10円）

13. 介護給付の対象とならないサービス（契約書第4条）

契約者（入居者）様の希望により以下のサービスを提供する場合は、利用料金をお支払いいただけることによりご利用することが出来ます。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 特別な食事の提供

契約者（入居者）様のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：特別な食事のために要した追加の費用。

② 理美容

出張による理美容サービス（調髪、洗髪等）をご利用いただけます。

利用料金：実費となります。

③レクリエーション、クラブ活動

契約者（入居者）様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。

但し、施設として提供するレクリエーションやクラブ活動について利用料金は戴きませんが、契約者（入居者）様の選択にかかるものについては、別途材料代等の実費をいただく場合があります。

④ 複写物の交付

契約者（入居者）様は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には実費相当分として右記の金額をご負担いただきます。 1枚につき実費相当額

⑤ 電気使用代

ご利用者の私物におけるコンセント使用料がかかります。

⑥ 契約者（入居者）様の移送に係る費用

契約者（入居者）様の希望により協力医療機関以外における受診にかかる費用（車輛の使用に係る費用）

利用料金：1キロあたり50円

⑦ 事務管理費

事務書類管理及び貴重品管理サービスをご利用いただけます。

⑧ 予防接種等にかかる費用実費

感染症予防のために、予防接種注射代に関する実費をご負担いただきます。状況に応じて肺炎球菌予防接種等も行なう場合があります。

⑨ 入院もしくは外泊時の居住費

契約者（入居者）様が、7日以上入院をされた場合または、7日を超える外泊の場合は、一律一日につき2,066円お支払いいただきます。

⑩ 日常生活品費

契約者（入居者）様の希望により提供される日常生活用品の購入代金等ご契約者（入居者）様の日常生活に要する費用で契約者（入居者）様に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

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。

※上記、『介護保険の給付とならないサービスの利用料金』については、消費税の課税対象になるものも含まれていますが、消費税込みの金額を表示しています。

14. 料金利用のお支払方法（契約書第5条）

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下さい。（1ヶ月に満たない機関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 下記指定口座への振込み

常陽銀行 銚田支店 普通預金 1520009 社会福祉法人藤の会 特別養護老人ホーム藤の家 理事長 保立 武憲

②指定口座からの自動引き落とし

ご利用されている各金融機関より利用した月の料金を翌月の25日に引き落としさせていただきます

15. 入居中の医療提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記協力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	医療法人社団 三尚会 高須病院
所在地	銚田市銚田 2570
診療科	総合診療科 内科 消化器内科 循環器内科 呼吸器内科 糖尿病内科 外科 整形外科 耳鼻咽喉科 小児科 救急科

16. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設の入居者の共同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ください。

(1) 持ち込みの制限

ご入居にあたり、所持品の持ち込みは以下のものに限りさせていただきます。

- ① 衣類 (普段着、外出着、下着、寝まき類)
- ② 室内履、室外履
- ③ タオル、バスタオル
- ④ 洗面用具
- ⑤ 整髪用具
- ⑥ 置時計、腕時計
- ⑦ 整理ダンス等
- ⑧ 小型テレビ
- ⑨ その他使い慣れた福祉用具・自助具 (車椅子、歩行器、杖、補装具、ポータブルトイレ等) 及び
馴染みの家具・備品等

※個人スペースに収納又は設置できる範囲での持ち込みとなります。

(2) 面会

面会時間 : おおむね 午前9時から午後5時

※感染対策期間の面会については、面会時間を限定する場合がありますのでご了承ください。

※来訪者は、必ずその都度受付もしくは職員に届け出てください。

※なお、来訪される場合、飲食物の持ち込みについては当施設にご相談ください。

(3) 外出・外泊

外出・外泊される場合は、2日前に受付にお申し出下さい。

(4) 食事

食事が不要な場合は、2日前までにお申し出下さい。

(5) 施設・設備使用上の注意

- 居室及び共同スペース・敷地等は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係わらず、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旧していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 契約者（入居者）様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、契約者（入居者）様の居室に立ち入り、必要な措置をとることができます。ただし、その場合、ご本人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。

(6) 喫煙

敷地内の喫煙スペースで喫煙して下さい。それ以外の場所での喫煙はできません。

17. 施設を退居していただく場合（契約終了について）（契約書第13条）

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。従って、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が、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、施設との契約は終了し、契約者（入居者）様に退居していただくこととなります。

1. 契約者（入居者）様が死亡した場合
2. 要介護判定により契約者（入居者）様の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合。
3. 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
4. 事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
5. 事業所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
6. 契約書第14条から第16条に基づき、本契約が解約、又は解除された場合

18. ご契約者から退居の申し出（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、契約者（入居者）様からの退居を申し出ることができます。その場合は、退居を希望する日の1ヶ月前までに事業者にご連絡してください。

ただし、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 契約者（入居者）様が入院された場合
- ③ 事業者も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

- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財力・信用等を傷つけ、又著しい不信行為、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
- ⑥ 他の契約者（入居者）様のご契約者の身体・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

19. 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16条）

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 契約者（入居者）様が、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発生させた場合
- ② 契約者（入居者）様が、サービス利用料金等の支払いを3ヶ月以上遅延し、支払いの催告をしたにもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 契約者（入居者）様が、故意又は過失により事業所又はサービス従事者もしくは他の契約者（入居者）様等の生命・身体・精神・財物・信用等を傷つけ、又著しい不信行為を行うことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 契約者（入居者）様が、連続して3ヶ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もしくは入院した場合
- ⑤ 契約者（入居者）様が、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

20. ご入居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）

・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。

《検査入院時等、6日間の短期入院の場合》

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。但し、入院期間中であっても、介護報酬に基づく所定の利用料金（福祉施設入院・外泊時費用）をご負担いただきます。

《7日間以上3ヶ月以内の入院の場合》

3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時ホームの受け入れ準備が整っていない時には、退院日についてご相談させていただく場合があります。

《3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きます。但し、3か月を超えて入院した結果、施設にて生活できる状態となり、退院し、施設への入居を希望される場合には、当施設に再び優先的に入居できるよう配慮します。

21. 円滑な退居のための支援（契約書第17条）

契約者（入居者）様が当施設を退去する場合には、契約者（入居者）様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支援をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所の紹介
- 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

22. 残置物引取（契約書第20条）

入居契約が終了した後、当施設に残された契約者（入居者）様の所持品（残置物）を契約者（入居者）様自身が引き取れない場合に備えて、「身元引受人」を定めていただきます。

当施設は、「身元引受人」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。また、引き渡しにかかる費用については、ご入居者又は身元引受人にご負担いただきます。

23. 苦情の受付について（契約書第25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（担当者）>

施設長 重田 健

介護支援専門員 益子和範

生活相談員 小沼貴志

<受付時間>

毎週 月曜日～ 金曜日 9：00～16：00

また、苦情受付ボックス『ご意見箱』を受付に設置し、常に苦情を受け付けるようにします。

（2）行政機関とその他苦情受付機関

銚田市介護保険課

所在地 : 茨城県銚田市銚田 1444-1

電話 : 0291-33-2111（代表）

F A X : 0291-32-4443

受付時間 : 8：30～17：15

茨城県国民健康保険団体連合会

所在地 : 茨城県水戸市笠原町 978-26

電話 : 029-301-1565（苦情関係）

F A X : 029-301-1579

受付時間 : 平日 8：30～17：00

茨城県運営適正化委員会（社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会）
所在地：茨城県水戸市千波町 1918（セキョウ・ウェルビーイング 福祉会館 2 階）
電話：029-305-7193
FAX：029-305-7194
受付時間：平日 9：00～17：00

年 月 日

指定介護老人福祉施設サービス（ユニット型個室）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 藤の家

説明者 _____ 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、指定介護老人福祉施設サービス（ユニット型個室）の提供開始に同意しました。

契約者（入居者）：住所 _____

：氏名 _____ 印

身元引受人：住所 _____

：氏名 _____ 印