

特別養護老人ホーム 平取かつら園

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。
(北海道指定 第0173800152号)

当施設ではご契約者に対し指定介護老人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3～5」と認定された方が対象となります。要介護1～2の方も入所は可能です。

目 次	
1. 施設経営法人	P 2
2. ご利用施設	P 2
3. 居室の概要	P 2～3
4. 職員配置状況	P 3
5. 契約締結からサービス提供までの流れ	P 3～4
6. 施設が提供するサービスと利用料金	P 4～8
7. サービス提供における事業者の義務	P 8～9
8. 施設利用の留意事項	P 9
9. 損害賠償について	P 9
10. 事故発生時の対応	P 10
11. 施設を退所していただく場合	P 10～11
12. 身元引受人	P 12
13. 第三者評価の実施状況	P 12
14. 苦情の受付について	P 12
15. 身元引受人不在時の連絡先	P 13

1. 経 営 法 人

- (1) 法人名 社会福祉法人 平取福祉会
- (2) 法人所在地 北海道沙流郡平取町本町 50 番地 12
- (3) 電話・FAX番号 電話 01457-2-3232 F A X 01457-2-4007
- (4) 代表者氏名 理事長 山 岬 俊 紀
- (5) 法人設立年月日 昭和 58 年 11 月 4 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 12 年 4 月 1 日指定 定員 55 名
- (2) 建物の構造 鉄筋コンクリート造平屋建て
- (3) 建物の延べ床面積 2, 4 6 2. 1 7 平方メートル
- (4) 併設事業所 当施設では、次の事業を併設して実施しています。

【平取かつら園短期入所生活介護事業所】

事業者番号 0173800512 号 平成 12 年 4 月 1 日指定
(介護予防)平成 19 年 4 月 1 日指定

【びらとりデイサービスセンター通所介護事業所】

事業者番号 0173800277 号 平成 12 年 4 月 1 日指定
(第一号通所介護事業)平成 19 年 4 月 1 日指定

- (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、契約者の身体上又は精神上何らかの障害があり、介護認定要介護 3～5 に該当され介護を必要とするご契約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、自宅等で適切な介護を受けることが困難な方々を支援することを目的とします。
- (6) 施設の名称 特別養護老人ホーム 平取かつら園
- (7) 施設の所在地 北海道沙流郡平取町本町 17 番地 1
- (8) 電話・FAX番号 電話 01457-2-3670 F A X 01457-2-3513
- (9) 施設長(管理者) 施設長 乃 村 昌 子
- (10) 当施設の運営方針 当施設は、高齢かつ心身の障害などから常時介護が必要とする方の『生活の場』として、常に利用者の立場で事像を判断し、人間的なふれあいを中心に豊かな心情と誠意、自立に向けた、お世話をし明るく楽しく安心して生活できるよう努めます。

3. 居 室 の 概 要

当園では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として 4 人部屋ですが、2 人部屋及び個室もございます。利用者の身体的、精神的状況を加味して、ご契約者の居室について決めさせていただきます。(短期入所の居室も含まれています。)

居室・設備の種類	室 数	備 考	居室・設備の種類	室 数	備 考
居室 (1 人部屋)	6 室	従来型個室	食 堂	1 室	
(2 人部屋)	8 室	多床室	機能訓練室	1 室	平行棒
(4 人部屋)	1 0 室	多床室	浴 室	2 室	
合 計	2 4 室		医 務 室	2 室	

※ 前記は、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

ている施設・設備です。

- ★ 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・ご家族と協議の上、決定するものとします。

4. 職員配置状況

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、短期入所生活介護を含めて員数計算しております。

職 種	指定基準	勤 務 体 制	一日当たり の配置
1. 施設長（管理者）	1名	日勤 8：30～17：30	1名
2. 生活相談員	1名	日勤 8：30～17：30	2名
3. 介護職員	17名	早勤 7：00～16：15	2名
		日勤 8：30～17：45	5～8名
		夜勤 16：45～ 8：45	3名
4. 看護職員	3名	早勤 7：30～16：30	1名
		日勤 8：30～17：30	1～2名
5. 管理栄養士	1名	日勤 8：30～17：30	1名
6. 医 師	1名	週1回回診（10：30～12：00）	
7. 介護支援専門員	1名	日勤 8：30～17：45	1名

※ 土・日・祝祭日は上記と異なります。

★ 当施設には、医師は常駐していません。

- ★ 当施設において、夜間帯（17時45分～翌日8時30分）は、上記時間帯により3～5名の介護職員のみでの職員配置となります。人員配置上介護職員の見守りができない状況の中で、不測の事態が発生する場合がありますので、ご了承をお願いします。また、急激な体調の変化等緊急時には、看護職員及び、協力医療機関との連携により対応しますが、迅速に対応できない場合がありますのでご了承をお願いします。

5. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的サービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「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）」の作成及びその変更は次のとおり行います。（契約書第2条参照）

①当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）を中心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、ご契約者及びその家族に対して説明し、同意を得た上で決定します。

- ③ 施設サービス計画は、要介護認定有効期間に一回、もしくはご契約者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、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族と協議して、施設サービス計画を変更します。
- 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。

6. 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は、次のとおりです。

- 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サービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、介護保険の給付対象のサービスとなります。ご契約者の要介護度に応じた利用料金のうち介護保険負担割合証に定められた割合分が自己負担となります。（別記料金表にてご確認ください。）

<サービスの概要>

① 居室の提供

② 食事の提供

- 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態及び嗜好を考慮した食事を提供します。なお、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ますが、心身の状況等により居室でとることもできます。

（食事時間）朝食 8：00～ 昼食 12：00～ 夕食 17：00

③ 入浴

- 入浴又は清拭を週2回以上行い身体の保清に努めます。入浴設備については、一般浴槽・家庭用浴槽・車椅子浴槽・特殊浴槽を用意しており寝たきりでも入浴が可能です。

④ 排泄

- ご契約者の身体状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切に援助を行います。

⑤ 健康管理

- 医師や看護職員が健康管理を行います。なお、緊急時の必要な時は、主治医あるいは協力医療機関に責任をもって引き継ぎます。

⑥ 機能訓練（日常生活動作訓練）

- ご契約者の心身等の状況に応じ、日常生活動作を通じ残存機能維持・機能低下防止に努めます。

⑦ 生活相談

- 生活相談員をはじめ介護職員等が、日常生活に関する相談に応じます。

⑧ 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。
- 清潔で快適な生活を送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

<その他のサービス料金（一日あたり）>

当施設では以下のサービスを適用しています。サービス料金のうち介護保険負担割合証に定められた割合分が自己負担となります。（別記料金表にてご確認ください。）

項目	算定要件（概略）	サービス料金
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	新規入所者のうち、要介護4以上の者の占める割合が70%以上であるか、認知症である者の占める割合が65%以上である場合に、介護職員のうち国家資格である介護福祉士が入所者6名に対し1名以上配置されていること。（算定月の前12か月間もしくは6か月間）	360円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。日常生活継続支援加算との同時算定はできない。	180円
看護体制加算(Ⅰ)ロ	常勤の看護師を1名以上配置していること。	40円
看護体制加算(Ⅱ)ロ	上記要件に加え、看護職員配置基準（当施設では3名）より1名以上多く配置し、24時間の連絡体制がとれていること。	80円
夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	夜勤職員配置基準（当施設では2名）より1名以上多く配置されていること。	130円
入院・外泊時費用	入院または外泊された場合、最大1月に6日間。	2,460円
初期加算	新規入所または30日以上入院後30日間。	300円
若年性認知症入所者受入加算	65歳未満の認知症の方のみ対象。	1,200円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員の職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備し、資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。	(基本報酬額+各加算額) × 8.3%

※なお、算定要件に満たなくなつた場合には適用除外となります。

- ◎ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ◎ 介護保険からの給付額の変更があった場合、変更された金額に合わせて、ご契約者の負担額も変更となります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条・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。（別記料金表をご確認ください。）

<サービスの概要と利用料金>

① 当施設の居住費・食費の負担額

○居住に要する費用（光熱水費及び室料）

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用の方には光熱水費相当額、個室利用の方には、光熱水費相当額及び室料（建物設備等減価償却等）を、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日当たり）のご負担となります。

なお、入院や外泊時において、居室を確保している場合には、同様にご負担いただきます。

○食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

負担限度額段階		第4段階	第3段階②	第3段階①	第2段階	第1段階
居住費	多床室	855円	370円	370円	370円	0円
	個室	1,171円	820円	820円	420円	320円
食費		1,445円	1,360円	650円	390円	300円

(1日当たり)

② 特別な食事

ご契約者の希望に基づいて、特別な食事（酒類を含みます。）を提供します。

利用料金：要した費用の実費

③ 理美容サービス

月に一回、理容師の出張による理髪サービス(調髪・顔剃り)をご利用いただけます。

利用料金：調髪～ 1,500円

顔剃り～ 1,000円

④ 貴重品管理サービス

ご契約者及び家族の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、下記の通りです。

- 管理する金銭の形態：JAバンク・苫小牧信用金庫・ゆうちょ銀行に預け入れている預金（キャッシュカード作成されたものは不可）
- お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関へ届出した印鑑・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通りです。
 - ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届け出書を保管管理者へ提出いただきます。
 - ・保管管理者は、上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
 - ・保管管理者は、**3ヵ月毎に金銭出納報告書**をご契約者又は、身元引受人に交付します。
 - ・金銭出納 月曜日～金曜日 9時から17時
 - ・出納提示 土・日・祝祭日を除く 9時から17時

利用料金：1ヶ月当たり 1,000円

⑤ 日常生活上必要となる諸経費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

利用料金：1日当たり 100円

⑥ 送迎費

ご契約者の町外の医療機関に定期通院・希望通院される際の費用

利用料金：1kmにつき25円

受薬料に関しては、一回につき500円

⑦ 複写物の交付

ご契約者は、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、その費用をご負担いただきます。

利用料金：1枚当たり 20円

⑧ 入院時のオムツ代

ご契約者が、疾病等により入院治療のため必要な場合、希望に応じてオムツを提供します。

入院時のオムツ代：実費

⑨ 教養娯楽設備等又はレクリエーション行事等に係る費用

事業者が特に定める教養娯楽設備等又はレクリエーション行事等に係る費用でご契約者にご負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。

利用料金：実費

⑩ 契約書第21条に定める所定の料金

ご契約者が契約終了後も居室を明け渡さない場合、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1日当たりの料金は次の通りです。

ご契約者の 要介護度料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	5,730円	6,410円	7,120円	7,800円	8,470円

- ⑪ ご契約者がもっぱら個人で飲食する嗜好性の高い水分補給、おやつ類の費用・私物の洗濯の業者委託・その他ご契約者が負担することが適当と認められる費用

利用料金：実費

(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ヵ月末毎に計算し、翌月ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1ヵ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。)

ア. 窓口での現金支払い

イ. 下記指定口座への振込

苫小牧信用金庫 平取支店 普通預金
口座番号 112066
名 義 福)平取福祉会
特別養護老人ホーム 平取かつら園
施 設 長 乃 村 昌 子

または

びらとり農業協同組合 平取本所 普通預金
口座番号 0465317
名 義 福)平取福祉会
特別養護老人ホーム 平取かつら園
施 設 長 乃 村 昌 子

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記の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診療・入院治療を保証するものではありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	平取町国民健康保険病院
所 在 地	北海道沙流郡平取町本町67番地1
診 療 科	内科・外科・整形外科

② 協力歯科医療機関

平取歯科診療所

7. サービス提供における事業者の義務 (契約書第8条・9条参照)

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- | |
|--|
| <p>① ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。</p> <p>② ご契約者の体調、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上、ご契約者から聴取、確認します。</p> <p>③ ご契約者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更新申請のために必要な援助を行います。</p> <p>④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じ閲覧させ複写物を交付します。</p> <p>⑤ ご契約者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、</p> |
|--|

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。

- ⑥ 事業所及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。又、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

8. 施設利用の留意事項

当施設の利用にあたって、施設に入所されている利用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下さい。

(1) 面 会

面会時間 8：30～20：00

来訪者は、面会時間を厳守し、必ずその都度職員に届出て下さい。

※感染症予防の為の臨時面会所での面会は9時00分～17時00分とさせていただきます

(2) 外出・外泊（契約書第23条参照）

外出・外泊をされる場合は、事前に申し出て下さい。ただし、外泊については、1ヵ月7泊、複数の月をまたがる場合には、12泊以内とさせていただきます。

(3) 食 事

食事が不要な場合には、前日までお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書6（1）に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。

(4) 施設・設備の使用上の注意（契約書第10条参照）

- 居室及び共用施設、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現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。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入所者に対し、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

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 損害賠償について（契約書第12条・第13条参照）

当施設において、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、契約者に故意又は過失が認められた場合には、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ときに限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供に当たり、万一事故が発生した際には、迅速且つ適切に対応するとともに、ご契約者に発生した損害が事業所側の責任による場合は、契約に基づき損害賠償請求に応じます。

11. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

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、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。（契約書第15条参照）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判断された場合、② 事業者が解散・破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合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の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又は指定を辞退した場合⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下を参照下さい。） |
|--|

(1) ご契約者からの退所の申し出(中途解約・契約解除)（契約書第16条・17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供下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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 ご契約者が入院した場合③ 事業所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所していただく場合（契約書第18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。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約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 ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3ヵ月以上遅延し、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 ご契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者も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 ご契約者が連続して3ヵ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 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

◇ ④の事項で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20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通りです。

① 検査入院時等、短期入院の場合

1ヵ月につき6日間以内(連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊)の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担していただきます。

一日あたり 246円

② 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヵ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、退院時に施設の受入れ準備が整っていない時には、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。

③ 3ヵ月以内の退院が見込まれない場合

3ヵ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

<入院期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、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、円滑な退所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。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護保険施設等の紹介
- 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の紹介

1.2. 身元引受人（契約書第2.2条参照）

- 1 身元引受人は、本契約に基づく契約者の事業者に対する利用料などの経済的な責務について、契約者と連帯してその履行の責任を負います。
- 2 身元引受人は、前項の責任の他、次に定める責任を負います。
 - ①契約者が疾病等により医療機関に入院する場合に、入院申込、費用負担などその入院手続きを円滑に遂行すること
 - ②本契約が終了した場合に事業者と協力して契約者の状態に応じた受け入れ先を確保すること
 - ③契約者が死亡した場合、その他契約が終了した場合に速やかに遺体及び遺留品の引き取りなど必要な処理を行うこと
- 3 事業者は、契約者が入院を必要とする場合並びに本契約が終了した場合、身元引受人にその旨連絡するものとします。
- 4 契約者は、社会通念上、身元引受人を立てることが出来ないと認められる相当な理由がある場合には、これを立てないことが出来ます。
- 5 事業者は、契約者に身元引受人などがいない場合において、本契約終了後に遺留品その他の処理を行う必要がある場合には、自己の費用で契約者の遺留品を処分できるものとします。その費用については、契約者からの預り金等自己の管理下にある金銭がある場合には、その金銭から差し引きくことができるものとします。
- 6 契約者は、身元引受人が本契約存続中に死亡もしくは辞退等した場合には、新たに身元引受人を立てるようになると共に、前身元引受人との利用料などの経済的な責務等につき、新身元引受人は契約者と連帯してその履行の責任を負うものとします。

1.3. 第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施しておりません。

1.4. 苦情の受付について（契約書第2.4条参照）

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の担当者が受付します。

○ 苦情受付（担当者） 介護課長 安田 祐光
生活相談員 前川 崇

○ 苦情解決責任者 施設長 乃村 昌子

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00

また、苦情受付ボックスを談話室に設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

平取町保健福祉課介護支援係及び平取町地域包括支援センター	所在地 電話・FAX 受付時間	沙流郡平取町本町35番地1 01457-4-6111 01457-2-3700 月～金曜日 8:30から17:00
北海道社会福祉協議会	所在地 電話・FAX 受付時間	札幌市中央区北2条西7丁目 011-271-0458 011-251-3971 8:45～17:15
北海道国民健康保険団体連合会	所在地 電話・FAX	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 011-231-5161 内線6112・6113

15. 緊急時連絡先

ご契約者の年齢等を鑑み容体急変及び入院等が生じた場合は、身元引受人に連絡いたしますが、連絡がつかない場合は身元引受人が推薦する方に連絡を取りますので、別紙様式にて提出願います。

介護老人福祉施設サービス提供の開始に際し、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 平取かつら園

説明職名 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、介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者 住所
氏名 ㊟

身元引受人 住所
氏名 ㊟