

## 指定介護老人福祉施設『特別養護老人ホーム新清快園』重要事項説明書

新清快園は介護保険の指定を受けています。 介護老人福祉施設 （指定 1372401305 号）

当事業所はお客様に対して指定介護施設サービスを提供します。契約を締結する前に知っておいていただきたい事業所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。わかりにくいことがあれば遠慮なくご質問下さい。

### 1. 事業者

- |                  |                                  |
|------------------|----------------------------------|
| (1) 法人名          | 社会福祉法人 清快福祉会                     |
| (2) 法人所在地        | 東京都西多摩郡日の出町平井 1417 番地 1          |
| (3) 電話番号及びFAX 番号 | 電話 042-588-8870 FAX 042-597-7757 |
| (4) 代表者氏名        | 理事長 澤田 茂久                        |
| (5) 設立年月         | 昭和 56 年 03 月 31 日                |
| (6) メールアドレス      | info@shin-seikaien.jp            |

### 2. 事業所の概要と説明

- |                |                                                                                                                   |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 建物の構造      | 鉄筋コンクリート造陸屋根 地上 3 階建                                                                                              |
| (2) 建物の延べ床面積   | 6017.64 m <sup>2</sup>                                                                                            |
| (3) 施設の周辺環境    | 野鳥のさえずりと、四季折々の花々が溢れる素晴らしい自然豊かな環境に恵まれています。また駅からも近く周辺には病院やショッピングモール等があります。                                          |
| (4) 事業所の種類     | 指定介護老人福祉施設 平成 26 年 08 月 01 日指定 1372401305 号                                                                       |
| (5) 事業の目的      | 介護保険法令に従い、お客様が、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お客様に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき施設介護サービスを提供します。 |
| (6) 事業所の名称     | 介護老人福祉施設 「新清快園」                                                                                                   |
| (7) 事業所の所在地    | 東京都西多摩郡日の出町 1417 番地 1                                                                                             |
| 交通機関           | 圏央道日の出インターから車で約 10 分<br>JR 武蔵引田駅から徒歩 10 分                                                                         |
| (8) 電話及びFAX 番号 | TEL 042-588-8870 FAX 042-597-7757                                                                                 |
| (9) 管理者氏名      | 施設長 山崎 昌也                                                                                                         |
| (10) 事業の運営方針   | 要介護者等心身の特性を踏まえて、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出来るように支援することを目的として、施設介護サービスを提供します。                                   |
| (11) サービス開始年月日 | 平成 26 年 08 月 01 日指定                                                                                               |

(12) 事業所が行っている業務一覧(当事業所では、次の事業もあわせて実施しています)

☆第1種社会福祉事業

●介護保険指定事業 特別養護老人ホーム開設日:平成26年08月01日

介護老人福祉施設 平成26年08月01日指定1372401305号

定員118名(内、従来型個室40床・ユニット型個室78床)

☆第2種社会福祉事業

●介護保険指定事業 短期入所生活介護事業(ショートステイ)

平成26年08月01日指定1372401305号

定員2名

3. 営業日及び利用定員

- |               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| (1) 営業日及び営業時間 | 営業時間 年中無休 受付時間 土・日曜・祝祭日に関係なく毎日 |
| (2) サービス提供時間  | 終日                             |
| (3) 利用定員      | 120名 (従来型・ユニット型・短期入所生活介護合計)    |

4. 施設利用対象者

- (1) 当施設に入所できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となります。また入所時において「要介護」の認定を受けておられる入所者であっても、将来「要介護」認定者でなくなった場合には、退所していただくことになります。

(利用可能要介護度等は別途介護保険法等の定める所による)

- (2) 入所契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受けていただきます。また、その診断書の提出をお願いします。ご契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

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なサービス提供方針やサービス内容については、入所後作成する「施設サービス計画(ケアプラン)」で定めます。

「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通り行います。(契約書第2条参考)

- ① 介護の提供に係る計画等に関しては、計画担当介護支援専門員が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行います。
- ② 計画担当介護支援専門員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様等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。
- ③ 施設サービス計画は原則として12ヶ月に1回、もしくはご契約者及びその家族様等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合にはご契約者及び家族様等と協議して、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、居室の概要

### (1) 居室の概要

当施設では以下の居室・設備他をご用意しています。入居される居室は、下表の通りの部屋となります。但し、ご契約者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合もあります。

| 居室・設備の種類    | 室数    | 備考 |
|-------------|-------|----|
| 個室(ユニット型)   | 78 室  |    |
| 個室(従来型)     | 40 室  |    |
| 個室(ショート)    | 2 室   |    |
| 合 計         | 120 室 |    |
| 食堂 ユニット     | 8 室   |    |
| 食堂 従来型      | 4 室   |    |
| 機能訓練室       | 1 室   |    |
| 浴 室(個浴)     | 12 室  |    |
| 浴 室(機械浴)    | 2 室   |    |
| 浴 室(機械浴・中間) | 2 室   |    |
| 医 務 室       | 1 室   |    |
| 静 養 室       | 1 室   |    |
| 展望談話室       | 1 室   |    |
| 多目的ホール      | 1 室   |    |
| 多目的室        | 1 室   |    |
| 和室          | 1 室   |    |

☆居室の変更等について：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、ご契約者やご家族等と協議の上決定するものとします。

☆居室に関する特記事項：トイレは居室外になります。必要に応じてポータブルトイレ等をご利用いただけます。

☆また、使い慣れた家具等の持ち込みも可能ですが、大きさ等に制限がございますのでご相談下さい。  
(ベッド、小型チェストなどは付属の設備をご利用いただけます)

☆居室に係る料金は重要事項別紙料金表を参照。

## 7. 職員の配置状況

当施設では、ご契約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           | 配置人数   |
|--------------|--------|
| 1. 施設長 (管理職) | 1 名    |
| 2. 生活相談員     | 2 名以上  |
| 3. 介護職員      | 46 名以上 |
| 4. 看護職員      | 3 名以上  |

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| 5. 機能訓練指導員  | 1 名               |
| 6. 介護支援専門員  | 2 名（生活相談員が兼務）以上   |
| 7. 医 師（委 託） | 2 名（内 1 名は精神科医）以上 |
| 8. 栄 養 士    | 1 名（管理栄養士）以上      |

#### <配置職員の職種>

施設長・・・施設運営やご契約者サービス全般の指揮をとります。

事務員・・・契約者の会計や施設運営を担当します。

生活相談員・・・ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。計画担当介護支援専門員が兼ねる場合があります。

計画担当介護支援専門員・・・契約者の施設サービス計画を作成します。生活相談員が兼ねる場合もあります。

介護職員・・・ご契約者の日常生活上の介護及び健康保持の為の相談助言等を行います。

看護職員・・・主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護介助等も行います。

ユニット 78 名と従来型 40 名の入居者に対し、合計 57 名以上の介護職員と看護職員を配置しています。

機能訓練指導員・・・ご契約者の機能訓練を担当します。1 名の機能訓練指導員を配置しています。

医師・・・ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。2 名の医師に加えて精神科医 1 名を配置しています。

#### 8. 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、下記のサービスがあります。

（１）介護保険給付対象サービス：割合負担額に応じてご利用料金をお支払いいただきます。（契約書第 3 条参照）

（２）介護保険給付対象外サービス：全額自己負担にてご利用料金をお支払いいただきます。（契約書第 4 条参照）

#### <サービスの概要>

##### ①食事

・当施設では、栄養士（管理栄養士）もしくは給食専門業者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－07:30～09:30 昼食－11:30～13:30 夕食－17:30～19:30

##### ②入浴

・入浴又は清拭を週 2 回以上行います。

・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。

##### ③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。

##### 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維持するための訓練や生き甲斐活動の支援を実施します。

##### 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。
- ・誤嚥予防等を考え、毎食後の口腔ケアを、入居者の方の状況に合わせ提供します。
- ・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。

#### ⑦その他、定例行事及びレクリエーション等の余暇活動を行います。

### <サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第6条・別紙料金表参照）

#### （1）介護保険給付対象サービス（契約書第3条参照）

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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。サービスの利用料金はご契約者の要介護度や収入段階に応じて異なります。

※サービス利用料金表は重要事項別紙利用料金表参照（以下料金表とする）としますが、介護保険法改正や諸般の都合に等により、契約書第7条の規定に基づいて変更されることがあります。

#### （2）介護保険給付対象外サービス（契約書第4条、第6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契約者が使用する居室料

ご契約者が利用するユニット型個室または従来型個室を提供します。

利用料金：居室に係る料金は、居室の概要での居室料金表による。

##### ②契約者の食事の提供

ご契約者の栄養状態に適した食事を提供します。

利用料金：食事に係る料金は、料金表による。

##### ③特別な食事の提供

ご契約者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。

##### ④理髪・美容〔理髪サービス〕

月に1回程度、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費（理美容院と特別割引料金で契約しています。）

##### ⑤診断書等の発行手数料

##### ⑥貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑及び依頼を受けた小口現金

○保管管理者：預り金取扱い規則に定める管理責任者

○出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

- ・保管管理者は入居者及び代理人の希望に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

- ・保管管理者は出入金のつど出入金記録を作成し、その写しを適時にご契約者へ交付します。

○利用料金：別紙重要事項利用料金表参照

##### ⑦レクリエーション、生き甲斐活動

ご契約者の希望によりレクリエーションや生き甲斐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は利用料金はいただきませんが、ご契約者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。

⑧複写物の交付

ご契約者は、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の金額をご負担いただきます。料金は別紙重要事項利用料金表参照。

⑨日常生活品費

日常生活用品の購入代金等、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。

衣服、歯ブラシ、ティッシュ等、日常生活用品の購入を代行いたします。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。

⑩契約者の日常生活で使用される電気代（別紙重要事項利用料金表参照）

⑪契約者のケーブルテレビ視聴における契約料金（別紙重要事項利用料金表参照）

⑫ご契約者の入院援助に係る費用。

ご家族様の依頼による入院中の各種支援（洗濯・物品補充等）については、入院援助代行手数料を徴収いたします。（別紙重要事項利用料金表参照）

⑬契約書第 21 条に定める所定の料金

ご契約者が、本来の契約終了後も居室を明渡さない場合等に、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明渡された日までの期間に係る料金（1 日あたり居住費・食事代も含む）を、各段階ごとの金額で徴収します。（契約終了時の介護度・段階にて計算します）

⑭その他重要事項別紙利用料金表による

（3）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 19 日までに、施設指定の方法でお支払い下さい。（1 ヶ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

イ、預り金（ご入居者様の預金通帳よりの引き落とし）

（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、ご契約者の希望により、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）

①協力医療機関（協力病院）

多摩リハビリテーション病院・青梅成木台病院・アイ・デンタル・オフィス・日の出ヶ丘病院・仁和会総合病院

9. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）（契約書第 15 条参照）

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になります。

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定された場合、もしくは介護保険法の定める利用可能要介護度を下回った時。（認定日を基準として契約終了日とする）

②事業者が解散した場合、破産もしくはやむを得ない事由により当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。（詳細は以下をご参照下さい）

（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）

契約の有効期間内であっても、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 30 日前までに解約・解除届出書をご提出下さい。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、長期に渡り施設に戻れないと判断された場合。
- 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他の入居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具体的なおそ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 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。

- ①ご契約者が、契約締結に際して、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遅延した際は文書等にて催告を行い、さらに当該月分の支払いが 2 ヶ月を越えても支払いをいただけない場合。  
また、支払遅延等が度々ある場合も該当する場合があります。（契約書第 18 条第 3 項順用）
- 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入居者等の財物・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ご契約者の行動が他の入居者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、契約者が重大な自傷行為があった場合など、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。
- ⑤ご契約者が連続して 3 ヶ月を超えて病院、診療所に入院すると見込まれた場合もしくは入院した場合、または医師が施設生活が困難と診断した場合。
- ⑥ご契約者が他施設等に入所した場合。

☆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。

（契約書第 20 条参照）

①3 ヶ月以内の入院の場合

当初から 3 ヶ月以内の退院が見込まれて、実際に 3 ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。

また、入院中の居室料金として、介護保険法の定める「外泊時費用」算定期間中（当該月 6 日間。入院が月をまたがる場合は最大 12 日間）は負担限度額段階に応じた料金をお支払いいただきます。

・1日あたりの料金は別紙重要事項利用料金表参照。

②3ヶ月以内の退院が見込まれない場合・3ヶ月を超えて入院した場合

3ヶ月を超えて入院が見込まれる場合、もしくは3ヶ月を超えて入院した場合には、契約を解除する場合があります。但し、契約を解除した場合であっても体調が回復され退院可能となった場合には、再び当施設に入所できるよう努めます。

(3) 円滑な退所のための援助 (契約書第19条参照)

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援助をご契約者に対して速やかに行います。

10. 身元引受人 (契約書第22条参照)

- (1) 契約締結にあたり、身元引受人及び連帯保証人をお願いすることになります。しかしながら、ご契約者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって、身元引受人及び連帯保証人の必要はありません。
- (2) 身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきたご家族やご親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。
- (3) 身元引受人及び連帯保証人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、ご契約者と連帯して履行義務を負うこととします。但し、身元保証人及び連帯保証人の負担する極度額は300万円とします。
- (4) 身元引受人及び連帯保証人は、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には当施設と協力、連携して退所後のご契約者の受入先を確保する等の責任を負うこととなります。
- (5) ご契約者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品（居室内に残置する日常生活品や身の回り品等）の引き取り等の処理についても、身元引受人及び連帯保証人がその責任で行う必要があります。  
また、ご契約者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の残置品をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人及び連帯保証人にこれを引き取っていただく必要があります。これらの引取り等の処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人及び連帯保証人にご負担いただくことになります。
- (6) 身元引受人及び連帯保証人が死亡したり破産宣告をうけた場合には、身元引受人もしくは連帯保証人は、その責任において遅滞なく新たな身元引受人、連帯保証人を立てることとします。また、利用料等の経済的な責務については、新たな身元引受人もしくは連帯保証人は前任者より自動的に引き継ぐものとします。
- (7) 身元引受人には、利用料金の変更、施設サービス計画の変更等については、必ずその都度ご通知いたします。
- (8) 身元引受人及び連帯保証人は入院等長期にわたって困難な場合は代理人を立てていただく事とします。

11. 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・相談は以下の専用窓口で受け付けます。  
○苦情受付担当者

〔職名〕相談支援課：相談員・計画担当介護支援専門員担当

受付時間 毎日 09：00～18：00 （TEL）042-588-8870 （FAX）042-597-7757

○苦情解決責任者

〔氏名〕山崎 昌也

〔職名〕施設長（管理者）

なお、苦情の受付窓口は受付担当者となります。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑解決に努めます。

## （２）行政機関その他苦情受付機関

当事業所において解決・対応できない内容である場合は、下記の窓口に申し出ることができます。

○ 各区市町村の介護保険担当課

○ 東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課介護相談窓口担当（10階）

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館11階

専用電話；03-6238-0177 代表FAX；03-6238-0022 HP (<http://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/>)

受付時間；9:00～17:00（土・日・祝祭日、年末年始の12/29～1/3を除く）

○ 東京都社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会

東京都社会福祉協議会 〒162-8953 東京都新宿区神楽河岸 1-1 飯田橋セントラルプラザ5階

専用電話；03-3268-1148 FAX；03-3268-2148 HP (<http://www.tcsw.tvac.or.jp/>)

○ 東社協お茶の水事務局（委員会事務局）

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 1-8 東京YMCA会館 3 階

専用電話；03-5283-7020 FAX；03-5283-6997

E-mail；kaiketsu@tcsw.tvac.or.jp

受付時間；9:00～17:00（土・日・祝祭日、年末年始の12/29～1/3を除く）

## 1 2. 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）

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。

①ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。

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うえ、ご契約者から聴取、確認します。

③消防法などの規定に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

④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、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。

⑤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、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。但し、複写費用については、重要事項説明書記載のコピー代をいただきます。

⑥ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、ご契約者または他の入居者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、身元引受人様の同意を得た上で、記録に記載するなどして、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

（別紙身体拘束マニュアル参照）

⑦事業者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またはその家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。但し、ご契約者に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。また、ご契約者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得て行います。

## 1 3. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご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下さい。

#### (1) 持ち込み制限

入所にあたり、身の回り品の持ち込みは原則自由ですが、居室の広さ等を勘案しての事となります。  
タンス等で避難経路を塞ぐ等のご遠慮していただきます。  
また、危険物(火気・薬品・刃物)の持ち込みは制限させていただきます。  
刃物には、爪切り・鋏等も含まれますので注意してください。

※スマートフォン・携帯電話・パーソナルコンピュータ等の各種通信機器のお持ち込みは原則自由ですが、職員での設置及び操作支援は行いません。ご入居者様ご自身での管理をお願いします。ご入居者様ご自身で行った操作・取り扱いにおける機器破損・不具合については、当施設はその責任を負いません。また、施設内での Free Wi-Fi の提供はありません。

※通信機器・記録媒体を用いてみだりに他入居者様・職員を動画・静止画問わず撮影する行為、インターネット等にアップロードする行為を禁止します。

※この他に、特に持ち込み希望の物や不明な物がございましたら必ずご相談下さい。

※ご入居者様の荷物は、職員で確認を行っていますので、持ち込みの際は必ず職員まで申し出て下さい。  
申し出の無い物品については、不明等があった際に保障等できない事があります。

※申し出なく刃物等の危険物の持ち込みがあり、ご本人様の負傷等や他入居者様に危害があった場合は契約書第 18 条第 3 項の規定により契約解除となると共に賠償責任が発生する場合があります。

#### (2) 面会

【面会時間】原則として 9:00～20:00。

この時間以外の面会をご希望される場合はご相談ください。

来訪者は、必ずその都度事務所窓口の面会票にご記入願います。なお来訪される場合、食べ物等の持ち込みは職員にご相談下さい。また、感染症等にて面会等の制限がかかる場合がございます。

#### (3) 外出・外泊（契約書第 23 条参照）

外出、外泊をされる場合は、可能な限り 7 日前まで（但し、緊急やむを得ない事情を除く）に届け出て下さい。また緊急連絡先なども知らせておいてください。

また、感染症等にて面会等の制限がかかる場合がございます。

#### (4) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 10 条、第 11 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、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に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、営利活動等を行うことはできません。

#### (5) 喫煙・飲酒・飲食等

☆ 施設の決められた場所以外での喫煙・飲酒・飲食等はできません。

### 1.4. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やそのご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

### 1.5. 損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照）

- (1) 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。但し、その損害の発生について、ご契約者側に故意又は過失が認められる場合において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ときには、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
- ①契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際し、契約者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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合。
  - ②契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合。
  - ③契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合。
  - ④契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合。
  - ⑤重要事項説明書第 13 条の規定に反して危険物等の持ち込みによる負傷等。

|         |                   |       |
|---------|-------------------|-------|
| 重要事項説明書 | 平成 26 年 08 月 01 日 | 第 1 版 |
|         | 平成 27 年 04 月 01 日 | 第 2 版 |
|         | 平成 27 年 05 月 01 日 | 第 3 版 |
|         | 平成 28 年 12 月 01 日 | 第 4 版 |
|         | 令和 06 年 08 月 01 日 | 第 5 版 |
|         | 令和 07 年 04 月 01 日 | 第 6 版 |
|         | 令和 07 年 08 月 01 日 | 第 7 版 |
|         | 令和 08 年 04 月 01 日 | 第 8 版 |
|         | 令和 08 年 08 月 01 日 | 第 9 版 |

## 契約・説明確認書 兼 同意書

事業者〈施設名〉介護老人福祉施設「新清快園」  
〈所在地〉東京都西多摩郡日の出町平井 1417 番地 1  
〈代表者名〉施設長 山崎 昌也 印

説明者職名 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私達は、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の提供開始に同意しました。

### 契約者兼入居者

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

### 身元引受人

(原則としてご家族の方とします。ご家族がどうしても身元引受人となれない場合には、立会人として、ご家族の立会いを求めることがあります。)

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (契約者との関係 :     )  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_

私は、契約者が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の提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

### 署名代行者

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (契約者との関係 :     )  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_

### 代 理 人 (署名代行者と同一の場合は同上と記載)

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (契約者との関係 :     )  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_

### 連 帯 保 証 人

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (契約者との関係 :     )  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_