# 「特別養護老人ホーム韮山･ぶなの森」重要事項説明書

あなたに対する施設介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する「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（平成 11 年厚生省令第３９号）」第 4 条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者の概要

(1) 法　人　名　社会福祉法人　函要会

(2) 法人所在地　〒419 - 0114　静岡県田方郡函南町仁田 284－5

(3) 電 話 番 号　055-970-1127

　　F　A　X　055-970-1155

(4) 代表者氏名　理事長　杉山　潔

## 2 事業所の概要

(1) 事 業 所 の 種 類　指定介護老人福祉施設　平成 21 年 6 月 5 日指定

(2) 事 業 所 の 名 称　特別養護老人ホーム韮山･ぶなの森

(3) 事 業 所 の 所 在 地　〒410 - 2141　静岡県伊豆の国市韮山山木 391 - 1

(4) 電　話　・ＦＡＸ　TEL 055-940 - 0027　FAX 055-940 - 2700

(5) 施　設　長　山口　恵子

(6) 開始（サービス開始）平成 21 年 6 月 5 日

(7) 介護保険事業所番号　静岡県指定　第 2270800184 号

## 3 事業者が行っている他の業務　当事業者では、次の事業も合わせて実施しています。

| | |
|---|---|
| ①ショートステイ韮山･ぶなの森(短期入所生活介護) | 平成 21 年 6 月 5 日静岡県指定第 2270800184 号 |
| ショートステイ韮山･ぶなの森(介護予防短期入所生活介護) | 平成 21 年 6 月 5 日静岡県指定第 2270800184 号 |
| ショートステイ韮山･ぶなの森(指定共生型短期入所) | 令和元年 10 月 1 日静岡県指定第 2210800526 号 |
| ②デイサービス韮山･ぶなの森(通常規模型) | 平成 21 年 6 月 5 日静岡県指定第 2270800184 号 |
| デイサービス韮山･ぶなの森(介護予防通所介護) | 平成 21 年 6 月 5 日静岡県指定第 2270800184 号 |
| ③ケアプラザ韮山･ぶなの森(居宅介護支援) | 平成 21 年 6 月 5 日静岡県指定第 2270800184 号 |

## 4 施設の目的と運営の方針

施設の目的　地域における高齢者福祉の拠点として、高齢者が心豊かな生活を営めるよう、健康維持・精神的安定を図り自立を支援する。

運営の方針　地域に根付いた社会的関係を持ちながら公共性・公益性の理念のもと、入居者様本位の処遇に努めユニット型で生活支援を行う。

## 5 施設の概要

敷地面積: 9,155.89 ㎡
建物構造: 鉄筋コンクリート造 4 階建
延床面積: 4,340.62 ㎡
利用定員: 80 名

(1) 居室

| 居室の種類 | 居室数 | 面積 | **1人当面積** |
|---|---|---|---|
| 居室 A | 8 室 | 113.47 ㎡ | 16.21 ㎡ |
| 居室 B | 16 室 | 231.28 ㎡ | 16.52 ㎡ |
| 居室 C | 16 室 | 225.82 ㎡ | 16.13 ㎡ |
| 居室 D | 8 室 | 107.73 ㎡ | 15.39 ㎡ |
| 居室 E | 8 室 | 103.95 ㎡ | 14.85 ㎡ |
| 居室 F | 16 室 | 214.34 ㎡ | 15.31 ㎡ |
| 居室 G | 8 室 | 105.84 ㎡ | 15.12 ㎡ |

※居室 A~G は、部屋の大きさになります。

(2) 主な設備
一般浴室、機械浴室、医務室、食堂、リビングなど 1 ユニット 10 名のユニット型

(3) 職員体制（主たる職員）

| 職員の職種 | 員数 | 区分 | | 保有資格 |
|---|---|---|---|---|
| | | 常勤<br>専従(兼務) | 非常勤<br>専従(兼務) | |
| 1 施設長 | 1 | 1 | 0 | 社会福祉主事 |
| 2 医師(嘱託医) | 1 | 0 | 1 | 医師 |
| 3 歯科医師(協力医) | 1 | 0 | 1 | 歯科医師 |
| 4 生活相談員 | 1 人以上 | 2 | 0 | 社会福祉主事 |
| 5 介護支援専門員 | 1 人以上 | 1 | 0 | 介護支援専門員 |
| 6 看護職員 | 3 人以上 | 4 | 0 | 看護師・准看護師 |
| 7 介護職員 | 36 人以上 | 32 | 9 | 介護福祉士・他 |
| 8 管理栄養士 | 1 人以上 | 2 | 0 | 管理栄養士 |
| 9 機能訓練指導員 | 1 人以上 | 1 | 0 | あん摩マッサージ指圧師 |
| 10 事務員等 | 1 人以上 | 1 | 0 | |

※職員数は変動する可能性があります。

## 6 個人情報の保護

入居者様、ご家族の個人情報は個人情報の保護に関する法令及び厚生労働省が定める医療、介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイドラインを遵守し、当法人が定める個人情報に関する基本方針をはじめ個人情報に関する諸規定を守り適性かつ適切な取扱をしてまいります。

## 7　サービス内容に関する相談・苦情

当事業所における苦情の受付は次のとおりです。

（1）　受付時間

月～金曜日　午前8時30分～午後5時30分

電話　055-940-0027　FAX　055-940-2700

（2）　苦情解決委員

| 役職 | 氏名 | 電話番号 | 連絡先住所 |
|---|---|---|---|
| 苦情解決責任者 | 山口　恵子 | 055-940-0027 | 静岡県伊豆の国市韮山山木字八反田391-1 |
| 苦情受付担当者 | 今井　美保 | 055-940-0027 | 静岡県伊豆の国市韮山山木字八反田391-1 |
| 第三者委員 | 佐口　則保 | 055-978-3242 | 静岡県田方郡函南町畑毛513 |
| 第三者委員 | 日吉　悦子 | 055-949-3758 | 静岡県伊豆の国市韮山山木616-1 |
| 第三者委員 | 高橋　宗弘 | 055-979-4603 | 静岡県田方郡函南町仁田282-3 |

（3）行政機関その他苦情受付機関

・静岡県社会福祉協議会　静岡県福祉ｻｰﾋﾞｽ運営適正委員会　054-653-0840

・静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付　054-253-5590

・伊豆の国市役所　健康福祉部　長寿介護課　0558-76-8009

## 8　虐待・事故・身体拘束の対応

（1）　虐待防止の対応

当事業所は、入居者の方の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講じます。

- 高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮出来るよう年 2 回の職員研修やマニュアルの作成等を通し、虐待の未然防止に努めます。
- 虐待を早期に発見できるよう、施設内苦情相談窓口の設置、市町村窓口に準じます。
- 虐待が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、保証人または入居者様のご家族様および行政機関への速やかな報告します。
- 「事故・虐待防止・身体拘束廃止委員会」を月 1 回定期開催します。

（2）　事故発生時の対応

- 事故対応に対しては組織を上げて支援する。事故対応はすべての業務に優先する。
- 事故対応にあたっては、公平性、透明性に努めます。
- 事故への応急対策、ご家族連絡ならびに市区町村へ連絡します。
- 問題の明確化に努めます。
- 原因調査を行ないます。
- 記録作成を行ないます。
- 入居者様に対するサービスの提供により、事業所側に明らかな過失がある賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

(3)　身体拘束の対応

当事業所では、身体拘束0宣言（再宣言）を行っており、原則として入居者様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行う事があります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由、態様等の記録を基に3か月毎に検討を行いご家族へ開示致します。また行政機関の指示等がある場合には、速やかに開示致します。

- 緊急性・・・・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- 非代替性・・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- 一時性・・・・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 9　福祉サービス第三者評価の実施状況

・現在、実施しておりません。

## 10　非常災害時の対策

地域と協力すると共に災害発生時における福祉避難所としての体制を整え、危機管理体制の強化として、事業継続計画（ＢＣＰ）を策定し、大規模災害への対策強化に努めます。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「社会福祉法人函要会　防災対策規程」にのっとり対応を行います。 | | | |
| 平常時の訓練等 | 別途定める「社会福祉法人函要会　防災対策規程」にのっとり実施します。 | | | |
| 防火設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり | 室内消火器 | 19 |
| | 非常口 | 14 | 外部消火器 | 6 |
| | 自動火災報知器 | あり | 補助散水栓 | 11 |
| | 誘導灯 | 37 | 非常通報装置 | あり |
| | ガス漏れ報知器 | あり | 漏電火災報知器 | あり |
| | | | 非常用電源 | あり |
| | カーテン等は防炎性能のあるものを使用しております。 | | | |
| 消防計画等 | 防火管理者:　足立　功　　消防署への届出日:令和　3年　2月　1日 | | | |

## 11　感染症への対応

当事業所で感染症が発生した場合において、協力医療機関との連携の上で施設内での療養ができる体制の確保を行います。施設内感染、蔓延を防ぐことを目的とし、職員の研修や感染制御等の実地指導を徹底して行きます。また、感染症における事業継続計画（BCP）を策定し、感染症によって引き起こされる事業運営の危機を回避する事を目的とし地域、医療連携を強化します。

## 12　サービス内容説明

当事業者が、入居者様に提供する介護保険内サービスは以下のとおりです。

介護保険給付サービス

| サービスの種類 | 内容 |
|---|---|
| 食事 | 食事時間<br>朝食:7 時 30 分～、昼食:11 時 40 分～、夕食:17 時 30 分～<br>食事はユニットごとに食堂で摂ります。出来るだけ離床して食事をお摂りください。<br>食べられない物やアレルギーがある方は、事前にご相談をしてください。 |
| 排泄 | 自立排泄、排泄一部介助（時間誘導、着脱等）、おむつ使用等入居者様の状況にあわせて行います。 |
| 入浴・清拭 | 身体の状態に応じて一般入浴（個浴）と、特別入浴（機械浴）とに分かれます。原則として週2 回の入浴となります。入浴日に体調不良等で入浴が困難な場合は清拭を行います。 |
| 口腔ケア | 口の中の清潔を保つため、食後に歯磨き等のお手伝いをします。 |
| 離床 | 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。 |
| 着替え | 朝・夕の着替えのお手伝いをします。また、必要に応じて衣類の交換のお手伝いをします。 |
| 整容 | 身だしなみを整える支援をします。 |
| 居室清掃・シーツ交換 | 居室清掃・シーツ交換は週1回行います。 |
| 洗濯 | 衣類・下着の洗濯を行います。掛物はご家族様での対応お願い致します。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員による入居者様の状況に合わせた機能訓練援助を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。 |
| 相談及び援助 | 当施設は、入居者様とその家族からのご相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。生活相談員が窓口となります。 |
| 書類申請 | 介護保険証等の申請代行を行います。ご自宅に申請書類が届いた際は施設までお問い合わせ頂くか持参願います。ご家族で申請等の対応を頂いた場合はお手数ですがご連絡をお願いします。 |
| 健康管理 | 当施設の協力医療機関により、毎月に診療日を設けて健康管理に努めます。また緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関に引継ぎます。外部の医療機関に通院する場合は、原則的には家族対応となります。対応が困難な時はご相談ください。<br>また、年に 1 回健康診断を実施いたします。 |

## 13. サービス利用料金

下記の料金表によって、入居者様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)と食事に係る標準負担額の合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、入居者様の要介護度に応じて異なり、介護保険負担割合証の自己負担割合に応じた金額となります。)

(1)【基本料金(1 日あたり)】

| 項目 | 介護度 1 | 介護度 2 | 介護度 3 | 介護度 4 | 介護度 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 入居者様のサービス料金 | 6,700 円 | 7,400 円 | 8,150 円 | 8,860 円 | 9,550 円 |
| 介護保険から給付される金額(1 割負担の場合) | 6,030 円 | 6,660 円 | 7,335 円 | 7,974 円 | 8,595 円 |
| サービス利用に係る自己負担額(1 割) | 670 円 | 740 円 | 815 円 | 886 円 | 955 円 |
| 〃 (2 割) | 1,340 円 | 1,480 円 | 1,630 円 | 1,772 円 | 1,910 円 |
| 〃 (3 割) | 2,010 円 | 2,220 円 | 2,445 円 | 2,658 円 | 2,865 円 |

(2)【加算料金(1 日あたり)】

※2 割負担の方は各金額の 2 乗、3 割負担の方は各金額の 3 乗した額となります。

※職員の配置状況や入居者様の状況に応じ算定する加算、しない加算が有ります。

| 加算項目 | 金額 | 加算項目 | 金額 |
|---|---|---|---|
| 初期加算 | 30 円/日 | 排せつ支援加算(Ⅰ) | 10 円/月 |
| 看護体制加算(Ⅰ)ロ | 4 円/日 | 排せつ支援加算(Ⅱ) | 15 円/月 |
| 看護体制加算(Ⅱ)ロ | 8 円/日 | 排せつ支援加算(Ⅲ) | 20 円/月 |
| 経口維持加算(Ⅰ) | 400 円/月 | 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) | 40 円/月 |
| 療養食加算 | 6 円/食 | 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | 50 円/月 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 11 円/日 | 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ | 21 円/日 |
| 再入所栄養連携加算 | 400 円/回 | 日常生活継続支援加算(Ⅱ) | 46 円/日 |
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | 90 円/月 | 処遇改善加算(Ⅰ) | 約 250～300 円/日 |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ) | 110 円/月 | 安全対策体制加算 | 20 円/月 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 12 円/日 | 福祉施設外泊時費用 | 246 円/日 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20 円/月 | 在宅サービス費用 | 560 円/日 |
| 個別機能訓練加算(Ⅲ) | 20 円/月 | 配置医師緊急時対応加算 | 650～1300 円/回 |
| ADL 維持等加算(Ⅰ) | 30 円/月 | 看取り介護加算 | 約 8,100 円 |
| ADL 維持等加算(Ⅱ) | 60 円/月 | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10 円/月 |
| 自立支援促進加算 | 300 円/月 | 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 5 円/月 |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) | 3 円/月 | | |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) | 13 円/月 | | |
| 協力医療連携加算(Ⅰ) | 50 円/月 | | |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 単位/回 | | |

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

入居者様がユニット型ケアの提供を受けることによる入居する個室の居住費及び食事の提供を受けることに伴う費用は次のとおりです。居住費は、厚生労大臣が定める居住費の算定方法により算定した金額をお支払ください。ただし、厚生労働大臣が定めた低所得者等に対する措置(特定入所者介護サービス費)に該当する入居者様は、市町村役場へこの介護保険負

担限度額認定申請をし、介護保険負担限度額認定書の交付を受けた場合は、厚生労働大臣が定めた負担限度額の区分により定められた金額をお支払ください。

■食費、居住費の金額(第4段階)

| | 区分 | 日額 | 月額 （31 日） |
|---|---|---|---|
| 食費の金額 | ユニット型個室 | 1,630 円 | 50,530 円 |
| 居住費の金額 | ユニット型個室 | 2,066 円 | 63,860 円 |

※食費は「食材料費」+「調理費」が入居者様の負担です。

※居住費は「建設費用(修繕・維持費用等を含む)」+「光熱水費等」により算定されております。

■厚生労働大臣が定めた負担限度額(31 日計算)

<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="2">対 象 者</th><th rowspan="2">負担<br>段階</th><th colspan="2">居住費の負担限度額</th><th colspan="2">食費の負担限度額</th></tr>
<tr><th>日額(円)</th><th>月額(円)</th><th>日額(円)</th><th>月額(円)</th></tr>
<tr><td rowspan="4">(市町村民税世帯非課(配偶者も非課税)</td><td colspan="2">生活保護受給者</td><td>第1段階</td><td>880</td><td>27,280</td><td>300</td><td>9,000</td></tr>
<tr><td rowspan="3">境界層<br>該当者</td><td>本人及び世帯員全員の住民税が非課税<br>所得+年金の合計金額が 80 万円以下<br>預貯金が、単身 650 万円以下、<br>夫婦で 1,650 万円以下</td><td>第2段階</td><td>880</td><td>27,280</td><td>390</td><td>12,090</td></tr>
<tr><td>本人及び世帯員全員の住民税が非課税<br>所得+年金の合計金額が 120 万円以下<br>預貯金が、単身 550 万円以下<br>夫婦で 1,550 万円以下</td><td>第3段階<br>①</td><td>1,370</td><td>42,470</td><td>650</td><td>20,150</td></tr>
<tr><td>本人及び世帯員全員の住民税が非課税<br>所得+年金の合計金額が 120 万円以上だが、<br>預貯金が、単身 500 万円以下<br>夫婦で 1,500 万円以下</td><td>第3段階<br>②</td><td>1,370</td><td>42,470</td><td>1,360</td><td>42,160</td></tr>
</table>

※市町村民税世帯非課税者が対象となります。(世帯主及び全ての世帯員が、市町村民税非課税である者又は市町村民税が免除された者)。

※境界層該当者(本来適用されるべき居住費・食費や高額介護サービス費等の基準等を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い基準を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者)

※年金収入金額には課税年金(老齢年金)だけでなく、非課税年金(遺族年金、障害年金)を含みます。

※預貯金等について、段階ごとの上限額が設定されました。(令和 3 年 8 月適用分より)

※利用者負担第 3 段階が①と②に細分化されました。(令和 3 年 8 月適用分より)

※負担限度の更新は毎年必要となります。当施設での申請は行えませんのでご家族様にて更新申請をお願い致します。

(4) 利用料金における留意点

・負担限度額は毎年更新される為、前年度所得により負担段階・利用料金が大きく変わることがあります。特に、入居者様名義の土地・物件の売買等にはご注意ください。

・入居後、生活保護受給者となった場合は、生活保護対象の介護施設または医療機関への転居をお願いすることがあります。また、生活保護申請を行なう場合は、ご相談ください。

14. **実費分のサービスについて**

**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。**

| サービスの種類 | 内容 | 自己負担額 |
|---|---|---|
| 理髪 | 定期的に来所しております。 | 別紙参照下さい |
| 嗜好品代 | 食事時のお茶以外のコーヒー・紅茶・ジュース等を購入させていただきます。 | |
| おやつ代 | 毎日15時におやつを提供させていただきます。 | |
| 日常生活用具の購入代行 | 衣類・洗面具・市販医薬品・化粧品・雑貨・食品等の購入を代行させていただきます。 | |
| 日常生活品(専門品、消耗品) | 歯ブラシ・歯磨き粉・その他口腔ケア用品等の消耗品を、希望により定期的に購入します。 | |
| 教養娯楽費 | 外出、外食、クラブ活動などの教養娯楽活動の費用です。 | |
| 証明書発行 | 各種証明書発行費用です。(在籍証明書等) | |
| 申請代行 | 行政機関等への各種申請はご家族等で行って頂きます。施設が代行した際の費用です。(介護保険証更新申請は施設ケアマネジャー対応しますが自己負担ありません。) | |
| コピー代 | 証明書等印刷時のコピー代です。(施設から提供する書類以外) | |
| 写真等データ提供 | 利用時の写真等の提供希望時の費用。(記録媒体の金額を含みます。) | |
| 移送 | 外出・外泊の為の移送において、ご家族の対応が困難な場合は、普通車・ストレッチャー車による代行サービスをご利用いただけます。運転手以外に施設職員が同乗した場合は別途料金が発生します。 | |
| 遠方の医療機関への交通費 | 普通車・ストレッチャー車により遠方の医療機関への通院ができます。 | |

※　その他、個人的に必要な品目につきましては、ご入居者の方のご負担となりますのでご了承下さい。

## 15. ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|---|---|
| 来訪・面会 | 面会時間　13:30～15:00　面会時間の遵守と、都度面会簿記帳にご協力ください。 |
| 感染対策 | 職員に対し手指消毒やマスクの着用、行動報告義務など感染対策の徹底を行っております。<br>入居者ご家族様に関しましても感染症対策の一環として、面会をご遠慮いただく、或いは日時制限を行う場合がございます。また面会の際にワクチンの接種確認等を出来ない場合には面会をご遠慮いただく事がございます。ご理解ご協力お願い致します。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には、事前に外出・外泊許可申請をして許可をおとりください。<br>御本人様の様態(医療的)や感染状況から外出・外泊をご遠慮いただく場合があります。 |
| 医療機関への受診 | 医療機関への通院には付き添いのご協力をお願いします。主治医指示以外の受診、遠方(市外)への受診、著しく職員の付添時間のかかる場合等はご家族の対応をお願いします。尚、入院後の対応につきましてもご家族にお願いします。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。<br>これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがございます。<br>居室は、専用個室となっていますので持ち込みたい物がありましたら申し出てください。尚、持込は必要最小限に留めるようお願いします。 |
| 家族棟の利用 | 看取りやその他で御家族様に1泊800円にてご利用いただけます。食事等をご希望の場合は、朝食:421円、昼食:542円、夕食:482円となります。※入居者様と同じメニュー。<br>感染状況等によっては、ご利用をご遠慮いただく場合があります。 |
| 喫煙等 | 喫煙は決められた時間・場所以外ではお断りします。騒音等他の入居者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、無断で他の入居者様の居室等に立ち入らないようお願いします。 |
| 現金・所持品等の管理 | 入居者様管理による所持品等につきましては、入居時に申告していただくことになります。<br>現金・所持品等が万が一紛失した場合においては、当施設は一切責任を負いません。 |
| 宗教・政治活動 | 施設内で他の入居者様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 面会時の施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。(盲導犬を除く) |
| 金品の慰問・見舞い等 | 現金による見舞いは盗難や紛失によるトラブルを避けるため、職員にお声掛けをお願いします。<br>健康上の理由により食事制限を受けている入居者様の方もいらっしゃいますので、他の入居者様への心遣いはご遠慮ください。<br>食品衛生管理には十分気をつけております。生もの等飲食物の見舞いはできるだけご遠慮ください。また、その様な品物を差し入れる場合は、その場で飲食できる量でお願いするとともに、その旨を職員に申し付けください。 |
| 空床の利用 | 入居者様が入院等により居室を空ける時は、必要に応じて短期入居者様が利用する場合があります。但し、短期入居者様が利用する場合は、利用期間中の居住費は発生いたしません。 |
| 居室の移動 | 入居者様の状態の変化や介護上の都合により、施設内において居室移動する場合があります。 |
| 衣類の管理 | 衣類は施設で洗濯を行い、タンス収納・整理を行います。衣類の持ち込みは、収納スペースが狭いので、季節ごとに交換して下さい。施設で着用の衣類は、ほつれ部位や名前の消え等定期的に確認し修繕をお願いします。縮む衣類や高価な物はご家族対応にて洗濯をお願いします。 |
| 郵便物の管理 | 入居者様宛の郵便物は、ご家族の面会時に事務所でお渡しするか、毎月の請求書送付時に同封させて頂きます。希望により、入居者様にお渡し致します。 |
| 学生等の実習受入れ | 学生等の職場体験や資格取得を目的とした実習生の受け入れをしています。喀痰吸引等の特定医療行為や、生活上の介護をさせていただく事があります。安全面やプライバシー配慮し実習を行いますので、ご理解ご協力をお願いします。 |

## 16 嘱託医師

| | |
|---|---|
| 診療科目 | 内科 |
| 医療機関の名称 | 三島共立病院 |
| 主治医名 | 齋藤　友治 |
| 所在地 | 三島市八反畑 120-7 |
| 電話番号 | 055-973-0882 |
| 入院施設 | あり |

## 17 協力医療機関

| 診療科目 | 協力医療機関 | 協力医療機関 | 歯科医院 |
|---|---|---|---|
| 医療機関の名称 | 三島共立病院 | 伊豆保健医療センター | 渡邊歯科医院 |
| 院長名 | 齋藤　友治 | 小野憲 | 渡邊竜司 |
| 所在地 | 三島市八反畑 120-7 | 伊豆の国市田京 270-1 | 伊豆の国市四日町 39-1 |
| 電話番号 | 055-973-0882 | 0558-76-0111 | 055-949-0073 |
| 入院施設 | あり | あり | なし |

※ご入居者の病状が急変した場合、施設との連携をとり診療体制を整えております。入院を要する場合にスムーズな連携が取れるよう体制を確保しています。

## 18 入居者の中途契約解除について

(1)　入居者は、契約の有効期間中、契約解除することができます。この場合には、入居者は契約終了を希望する日の7日前までに事業者に通知するものとします。

(2)　入居者は、事業者が重要事項説明書の変更や利用料金の変更の場合及び入居者が入院した場合には、即時に解約することができます。

(3)　入居者が、(1)の通知を行わずに居室から退去した場合には、当事業者が入居者の解約意思を知った日をもって契約は解除されたものとします。

(4)　事業者若しくはサービス従事者が正当な理由なく本重要事項説明書に定めるサービスを実施しない場合には契約を解除することができます。

(5)　事業者若しくはサービス従事者が施設サービスを提供するうえで知り得た入居者及びそのご家族等に関する事項を理由なく第三者に漏洩した場合には解約することができます。

(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入居者の身体等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他サービス提供を継続できない重大な事情が認められる場合には解約することができます。

(7)　他の利用者が入居者の身体等を傷つけた場合、事業者が適切な対応をとらない場合には契約を解除することができます。

## 19 事業者からの契約解除について

(1) 入居者が、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、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(2) 入居者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ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) 入居者が、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入居者等の生命・身体・財産・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契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(4) 入居者が連続して90日を超え病院又は診療所への入院が見込まれる場合若しくは入院した場合

(5) 入居者が介護老人保健施設又は介護療養型医療施設等に入院した場合

(6) 入居者が、契約締結時に他医療機関・介護施設等への利用料金未納等もしくは税金の未納・納付遅滞もしくは多額の債務の有無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

平成 24 年 04 月 01 日改訂
平成 25 年 10 月 01 日改訂
平成 26 年 04 月 01 日改訂
平成 26 年 06 月 01 日改訂
平成 27 年 04 月 01 日改訂
平成 28 年 08 月 01 日改訂
平成 29 年 04 月 01 日改訂
平成 30 年 01 月 01 日改訂
平成 27 年 01 月 31 日改訂
平成 30 年 04 月 01 日改訂

令和　元年 09 月 26 日改訂
令和　元年 10 月 01 日改訂
令和 02 年 07 月 01 日改訂
令和 03 年 04 月 01 日改訂
令和 03 年 08 月 01 日改訂
令和 03 年 11 月 01 日改訂
令和 04 年 01 月 01 日改訂
令和 04 年 04 月 01 日改訂
令和 04 年 10 月 01 日改訂
令和 04 年 12 月 01 日改訂
令和 05 年 05 月 01 日改訂
令和 05 年 07 月 01 日改訂
令和 06 年 04 月 01 日改訂
令和 06 年 08 月 01 日改訂
令和 06 年 12 月 01 日改訂
令和 07 年 08 月 01 日改定

【　個人情報提供同意書　】

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿（契約者）と＿＿＿＿＿＿＿＿＿（家族代表者）は、介護サービス計画書に記載された内容及び施設が利用者に対してサービスを提供する上で知り得た情報につき、利用者がサービスの提供を受ける為に必要な限度で、個人に関する情報を用いることに同意いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

契　約　者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

家　族　代　表　者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

# 【　入居時における意思確認書　】

■ 肖像権について

当施設 広報誌やホームページ等への画像の使用に関し、ご希望される番号を〇でお囲み下さい。

| | |
|---|---|
| 1 | 同意します。<br>同意いただける項目　（　ホームページ　・　広報紙　・　施設紹介　） |
| 2 | 同意しません。 |

■ 看取り介護（ケア）について

ご希望される番号を〇でお囲み下さい

| | |
|---|---|
| 1 | 医療機関で看取りを希望する。　（医療機関名：　　　　　　　　　　） |
| 2 | 施設内での看取りを希望する。 |
| 3 | 自宅での看取りを希望する。 |
| 4 | その他　※　具体的にお書きください。<br>（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※　本人、ご家族の意向に変化がある場合は、そのご意向を尊重し支援させて頂きます。
また、定期的にご意向を確認させていただきます。

■ 延命処置について

ご希望される番号を〇でお囲み下さい

| | |
|---|---|
| 1 | 希望します。<br>心肺蘇生マッサージ　・　挿管　・　人工呼吸器　・　輸血　・その他（　　　　　　） |
| 2 | 希望しません。 |

■ 献体の登録について

ご希望される番号と内容を〇でお囲み下さい

| | |
|---|---|
| 1 | 登録しています。　　登録医療機関：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>献体　・　骨髄バンク　・　アイバンク　・　臓器提供意思　・　その他（　　　　　　） |
| 2 | 登録していません。 |

■ 緊急の場合は、以下の病院に連絡をしてください。(希望があれば)

病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて事業者の職員

職名　：生活相談員＿＿＿＿＿＿　氏名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿から重要事項説明

（施設利用契約における施設使用の際の留意事項を含む。）を受け、各確認事項に同意致します。

令和　　年　　月　　日

【 入居者 様 】

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

【 身元引受人 様 】（ 緊急連絡先① ）

私は、下記の理由により入居者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿　固定番号＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【 その他 ご家族 様 】（ 緊急連絡先② ）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿　固定番号＿＿＿＿＿＿＿＿