

特別養護老人ホーム五井眺海園
重要事項説明書

「特別養護老人ホーム 五井眺海園」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。

愛知県指定 2373300769 号

当施設はご利用者に対して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。

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

(※注) 要介護度1及び2の方はやむを得ない事情があり、特例的な入居が必要と判断された場合は特例入所対象となります。

＊ ＊ 目次 ＊ ＊

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 当施設の運営方針	3
4. 居室の概要	3
5. 職員の配置状況	4
6. 提供するサービスと利用料金	4
7. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)	10
8. 身元引受人について	12
9. 苦情の受付について	13
10. 情報公開の状況	13
11. 事故発生時の対応について	13
〈重要事項説明書付属文書〉	14

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 不二福祉事業会 |
| (2) 法人所在地 | 愛知県蒲郡市拾石町浅岡1番地の7 |
| (3) 電話番号 | 0533-69-1122 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 野々村 嘉二 |
| (5) 設立年月 | 昭和61年11月10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18年4月1日指定 愛知県 2373300769号 |
| (2) 施設の目的 | 当施設は、介護保険法令に従い、ご利用者が、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、ご利用者に、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、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。 |
| (3) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 五井眺海園 |
| (4) 施設の所在地 | 愛知県蒲郡市五井町五反田7番地1 |
| (5) 電話番号 | (0533)-67-1055 |
| (6) FAX番号 | (0533)-67-1145 |
| (7) 施設長(管理者) | 氏名 坂口 博文 |
| (8) 開設年月 | 平成18年4月1日 |
| (9) 利用定員 | 80人 |

3. 当施設の運営方針

社会福祉法人 不二福祉事業会 基本理念

1. 困っている人がいたら、手を差しのべて下さい。そして、相手の気持ちを思いやり、相手の立場に立つ。
2. 自分の家族を入居させたい、また自分も利用したい眺海園を創り続けていく。

五井眺海園 運営方針

1、五井眺海園＝『第二の家』となれるように、共に生活を築いていく。

＊一つのユニットは一軒の家。一つ屋根の下に住む10人が『家族』のような関わり合いをもって生活を送っていただけるように支援していく。
一緒に食事をするすることで、人と人との関係を深めていく。

2、個々の生活習慣を大切にし、一人一人に合わせた時間の流れの中で暮らして頂く。

＊誰もが常に受身でない関係を作り、心地よい居場所がある空間を目指す。
相手の立場からの視点で考えて行動する。
時間に制限された日課を作らず、住んでいる方に合わせた生活を支援する。

3、話をゆっくり聞き、いつも笑顔を忘れない。

＊話を聞くことで相手のことを深く知り、また相手を多面的に捉えることで、より良い支援・関係を考え行動する。
馴染みの関係を築き、安心した生活を送って頂けるよう支援する。

4、地域生活に馴染み、近隣世帯と相互に助け合う関係作りをする。

4. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、全て個室です。ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によって当施設にて入居のお部屋を決めさせていただきます。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	80室	ユニット型個室、全室トイレ付
合計	80室	
食堂	8室	
浴室	10室	一般浴・特殊浴槽・車椅子浴
医務室	1室	

※上記は、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。この施設・設備の利用にあたって、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご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、ご利用者又は家族等と協議のうえ決定するものとします。

5. 職員の配置状況

当施設では、ご利用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、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（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	41名	26名
3. 生活相談員	2名	1名
4. 看護職員	3.9名	3名
5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 介護支援専門員	[1]名	1名
7. 医師	(1)名	(1)名
8. 管理栄養士	1名	1名

※（ ）は、非常勤を示します。

※〔 〕は、他職種との兼務を示します。

※上記、職員は短期入所生活介護を含む職員数です。

※常勤換算：職員それぞれの週あ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8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5日÷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	毎週 火曜日 13:30～15:30 （内科）
	毎週 金曜日 13:30～15:30 （内科）
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早朝： 7:00～ 9:00 15名
	日中： 9:00～21:00 20名
	夜間： 21:00～7:00 4名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早朝：7:30～16:30 1名
	日中：9:30～18:30 1名
4. 機能訓練指導員	日中：8:30～17:30 1名

☆土日は上記と異なります。

6. 提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスについては、次の2つの場合があります。

- (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利用者に負担いただく場合

(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、通常9割又は8割、7割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 居室の提供

② 食事

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用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。希望や体調により居室配膳を行う場合もあります。

（食事時間） 朝食7：30～ 昼食：11：45～ 夕食：18：00～

＊なお、各食事の開始や終了時間につきましては、ご利用者の身体状況や希望を考慮して対応させていただきます。

③ 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

④ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご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また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。
- ・口内の清潔保持など口腔ケアを行います。

〈サービス利用料金(1日あたり)〉（契約書第6条、第7条参照）

下記の料金表によって、ご利用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費額を除いた金額（自己負担額）と居室と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。尚、介護報酬1単位10.14円となっており、円以下の料金が発生する為、利用日数によって下記自己負担合計が数円程度異なることがあります。

（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

（令和6年8月1日以降の入所者用）1日あたり（1割負担の場合）

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 6,794 円	要介護度 2 7,504 円	要介護度 3 8,264 円	要介護度 4 8,984 円	要介護度 5 9,684 円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,115 円	6,754 円	7,438 円	8,086 円	8,716 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	679 円	750 円	826 円	898 円	968 円
4. 居室に係る自己負担額	2,066 円				
5. 食事に係る自己負担額	1,445 円				
6. 自己負担額合計（3＋4＋5）	4,190 円	4,261 円	4,337 円	4,409 円	4,479 円

☆下記加算単位に該当する場合、上記基本単位に加算されます。（地域区分は7級地）

日常生活継続支援加算（Ⅱ）；46 単位、看護体制加算（Ⅰ）ロ；4 単位、看護体制加算（Ⅱ）ロ；8 単位、夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ；18 単位、若年性認知症入所者受入加算；120 単位、個別機能訓練加算（Ⅰ）；12 単位、科学的介護推進体制加算（Ⅱ）；50 単位（1 月単位）。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）として総単位数に 14.0%を乗じた単位数が加算されます。

☆その他加算単位（1 日あたり）・・・いずれも該当された方は加算されます。

初期加算 30 単位、施設外泊時費用 246 単位、看取り介護加算（Ⅰ）144 単位、680 単位、1280 単位等。

☆ご利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合には、ご利用者に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、ご利用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に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆一定の所得以上の方は2割又は3割負担の場合があります。介護保険負担割合証に記載されている割合を負担割合とします。

☆居住費及び食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

☆社会福祉法人減免対象者であり、認定証をお持ちの方は、利用者負担の一部が減額されますのでお申出下さい。

◇ 当施設の居住費・食費の負担額（ショートステイを含む）

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、施設利用・ショートステイの居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。但し、配偶者も市町村民税非課税であること、預貯金などの条件も判断基準に含まれ

ます。

月額の場合

{単位：万円} (月額概算)

対象者		区分	居住費(居住の種類により異なります。)				食費
			多床室	従来型個室	ユニット型 準個室	ユニット型 個室	
生活保護受給者		利用者負担					
市町村民 税非課税 世帯	老齢福祉年金受給者	第1段階	0	1.0	1.5	2.5	1.0
	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	第2段階	1.1	1.3	1.5	2.5	1.2
	課税年金収入額と合計所得金額 の合計額が80万円超120万円以下の方	第3段階①	1.1	2.5	4.0	4.0	2.0
	課税年金収入額と合計所得金額 の合計額が120万円超の方	第3段階②	1.1	2.5	4.0	4.0	4.2
上記以外の方		利用者負担 段階4	施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は次のとおりです。				
			2.6	3.6	5.1	6.1	4.2

日額の場合

{単位：円}

対象者		区分	居住費(居住の種類により異なります。)				食費
			多床室	従来型個室	ユニット型 準個室	ユニット型 個室	
生活保護受給者		利用者負担					
市町村民 税非課税 世帯	老齢福祉年金受給者	第1段階	0	380	550	880	300
	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	第2段階	430	480	550	880	390
	課税年金収入額と合計所得金額 の合計が80万円超120万円以下の方	第3段階①	430	880	1370	1370	650
	課税年金収入額と合計所得金額 の合計が120万円超の方	第3段階②	430	880	1370	1370	1360
上記以外の方		利用者負担 段階4	施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は次のとおりです。				
			915	1231	1728	2066	1445

☆実際の負担額は、日額で設定されます。

☆五井眺海園は全てユニット型個室の扱いとなります。

(2) (1) 以外のサービス (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 (酒を含みます。)

ご利用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：要した費用の実費

② 理髪

[理髪サービス]

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

利用料金：調髪、顔剃各1,200円

③ 貴重品の管理

ご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。詳細は、以下の通りです。

○お預かりするもの：介護保険証、医療保険証、身体障害者手帳、印鑑

○保管管理者：施設長

利用料金：1か月当たり 1,054円

※ 貴重品の預かりにつきましては、便宜上、委任状を提出していただき、施設にて管理させていただきます。ご利用者に係る申請等の業務は当施設にて代行いたします。その明細につきはしては、定期的に本人、又は身元引受人へ配布し、明らかにいたします。

④ レクリエーション、生き甲斐活動

ご利用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。

1) 主なレクリエーション行事予定

ユニットごとに行事計画を行い、生活にメリハリができるよう取り組んでおります。

※なお、外出介助料は不要ですが、行先で購入等するものの費用については、実費をいただきます。

2) 生き甲斐活動

- i 書道、園芸、喫茶、音楽、カラオケ（費用はかかりません。）
- ii 散策（敷地内）、法話（費用はかかりません。）

⑤ クリーニングサービス 実費相当額

⑤ 複写物の交付

ご利用者は、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

要とする場合は費用をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

⑦個別の外出

実費相当分

⑧日常生活上必要となる諸費用実費

おむつ代、洗濯代（クリーニングは除く）は介護保険給付対象となっていますので原則ご負担の必要はありません。

⑩契約書第 21 条に定める所定の料金

ご利用者が、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（1 日あたり）

ご利用者の要介護度	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
料金	10,305 円	11,015 円	11,775 円	12,495 円	13,195 円

☆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。

⑪入院時・外泊時における居住費について（契約書第 22 条参照）

ご利用者が入院・外泊された場合においても居住費は頂きます。（介護保険の 1 割又は 2 割、3 割や食事代はいただきません。部屋代としてはユニット型個室 2,066 円を 1 日分として徴収させていただきます。また、1 週間以上の入院の際には負担限度額の対象からは外れてしまい、居室代は全額自己負担となります。）但し空いている部屋を他の利用者が使用した場合の居住費はその方に支払いしていただくため発生はいたしません。

（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 か月ごとに計算し、ご請求します。翌月 20 日までに契約の口座より自動引き落とし徴収致します。（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。）

（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。（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

医療機関の名称	蒲郡市民病院
所在地	蒲郡市平田町向田 1 番地 1
診療科	総合病院

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	三谷北歯科
所在地	蒲郡市三谷北通 1 - 9 6
診療科	歯科

7. 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。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、ご利用者に退所していただくことになります。（契約書第 15 条参照）

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援 1，2 と判定された場合
- ② 当施設が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ③ 当施設の滅失や重大な毀損により、ご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 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下さい。）
- ⑥ 当施設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、第 17 条参照）

契約有効期間であっても、ご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して下さい。

ただし、下記の場合には、即時に契約を解約・解除し、当施設を退所することが出来ます。

- 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 当施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご利用者が入院された場合
- ④ 当施設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
- ⑤ 当施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 当施設もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・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 他の利用者がご利用者の身体・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、当施設が適切な対応をとらない場合

(2) 当施設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、当施設からの退所をしていただくことがあります。

- ①ご利用者が、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ご利用者による、サービス利用料金の支払いが 3 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ご利用者及びその家族が故意又は重大な過失により当施設又はサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命・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
 - 暴行 殴る、蹴る、つねるなど
 - 暴言 「死ね」「役立たず」など、職員の尊厳を傷つけるような言葉をいうなど
 - 威嚇 近距離で職員に対して怒鳴る。反社会的勢力の構成員だった過去を示したり、殺傷能力のある物を示して職員に恐怖心を与える行為など
 - セクハラ 必要もなく手や身体を触る、抱きしめる、性的な動画・音声を流す、など
 - 過度な要求 職員の契約内容以外の労力や、介護保険制度から逸脱する内容の要求など
 - プライバシー侵害 職員の許可なくその撮影をして SNS 上に投稿する、執拗に個人情報を尋ねる、など
 - そのほか、上記に類する、当事者間の信頼関係を破壊する一切の行為
事業所に怒鳴り込む、執拗な営業時間内外の電話対応の要求など
- ④ご利用者が連続して 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ご利用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

*** ご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 20 条参照）

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。

①検査入院等、短期入院の場合

1 ヶ月につき 6 日以内（連続して 7 泊、複数の月にまたがる場合は 1 2 泊）の短期入院の場合は、退院後再び当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、所定の利用料金をご負担いただきます。
（1 日あたり 2, 3 5 0 円）

②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び当施設に入居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、退院時に当施設の受入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（ショートステイ）の居室等をご利用いただく場合があります。なお、短期入院の期間内は上記利用料金をご負担頂き、それより伸びる場合（7日以上）は、居室料のみ頂きます。
(1日あたり2,066円)

③3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、契約を解除となります。
契約を解除した場合であっても、再び当施設に優先的に入居できるよう努めます。また、当施設が満室の場合でも、短期入所生活介護（ショートステイ）を優先的に利用できるよう努めます。

※ 但し、上記の規定にかかわらず、入院の状態になった時点で、当施設とご利用者又は身元引受人の双方の話し合いにより契約解除日を決定することを原則とします。

※ 契約解除後の再入居においては、以前使用していた居室とは保証されません。

<入院期間中の利用料金>

入院期間中の利用料につきましては、上記にかかる費用に加えて、毎月の貴重品の管理料の1,054円を頂きます。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第19条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、当施設はご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利用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
- 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

※ ご利用者が退所後、在宅の戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として400円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

8. 身元引受人（契約書第23条参照）

入居契約の締結にあたり、身元引受人を1名立てて頂きます。入居の契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご利用者自身が引き取れない場合は、身元引受人に引き取って頂きます。また、引き渡しにかかる経費については、ご利用者または身元引受人がご負担いただきます。

契約締結時にやむをえない理由で身元引受人がいない場合でも、入所の契約を締結することは可能です。

9. 苦情の受付について（契約書第24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）村田幸彦

【職名】 生活相談員

T E L 0533-67-1055

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9：00～17：30

（2）行政機関その他苦情受付機関

- | | |
|---------------|--|
| ○東三河広域連合 | 豊橋市八町通二丁目16番地 |
| 介護保険課 | T E L 0532-26-8470・8471 F A X 0532-26-8475 |
| ○蒲郡市役所長寿課 | 蒲郡市旭町17番1号 |
| 介護保険担当 | T E L 0533-66-1176 F A X 0533-66-3130 |
| ○国民健康保険団体連合会 | 名古屋市東区泉1丁目6番5号 |
| 介護保険課 苦情調査係 | T E L 052-971-4165 F A X 052-962-8870 |
| ○愛知県運営適正化委員会 | 名古屋市中区丸の内2丁目4-7 |
| （愛知県社会福祉協議会内） | T E L 052-202-0167 F A X 052-202-0168 |
| ※各受付時間 | 毎週月曜日～金曜日 |
| | 9：00～17：00 |

10. 情報公開の状況

当施設の介護サービス情報を「介護サービス情報公表システム」にて公開しております。

(<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>)

第三者評価の実施状況 未実施

1 1. 事故発生時の対応及び損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照）

利用者に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族に連絡を行うとともに、必要に応じた処置を行います。

また、当施設において、当施設の責任によりご利用者に生じた損害については、当施設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。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 2階建て

(2) 建物の延べ床面積 4981.53m²

(2) 併設事業

当園では、次の事業を併設して実施しています。

〔短期入所生活介護〕 平成 18 年 4 月 1 日指定

愛知県 237330751 号 （併設・空床利用型）

〔通所介護〕 認知症対応型 平成 18 年 4 月 1 日指定

愛知県 2393300013 号 定員 10 名

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員…… ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名のご利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

生活相談員…… ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活相談員（短期入所生活介護含む）を配置しています。

看護職員…… 主にご利用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。

2名以上の看護職員を配置しています

機能訓練指導員…ご利用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。

介護支援専門員… ご利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。生活相談員が兼ねる場合もあります。1名以上の介護支援専門員を配置しています。

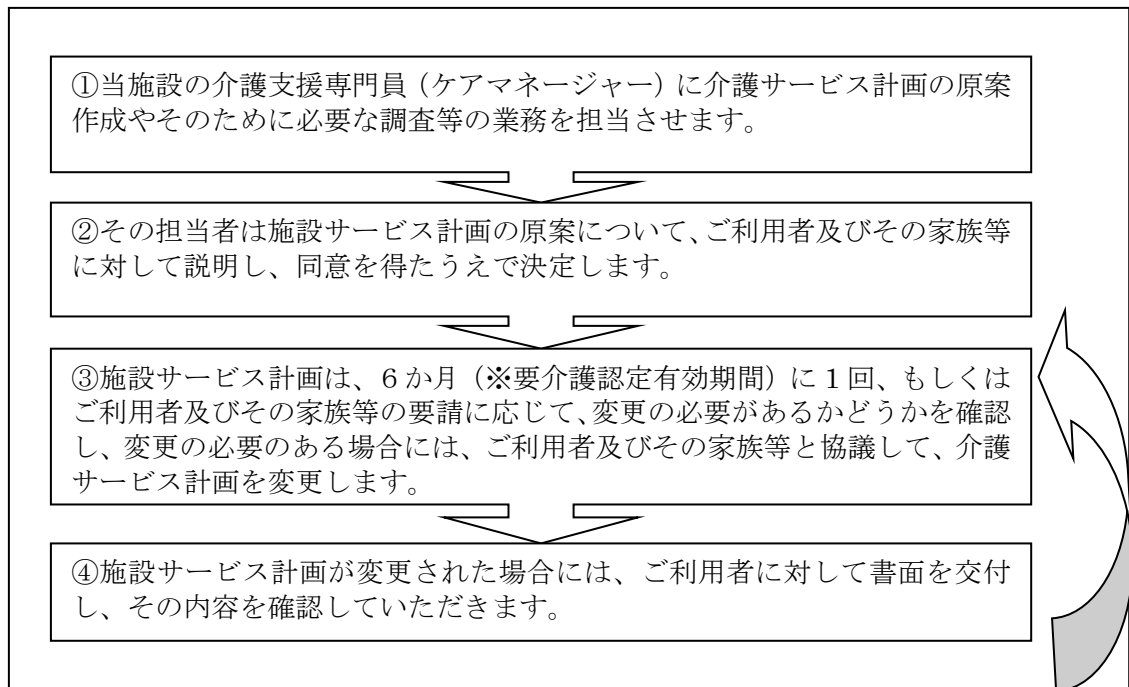
医師… ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

非常勤1名の嘱託医を配置しています。

3. 契約締結時からサービス提供までの流れ

ご利用者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）」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通り行います。（契約書第2条参照）



4. サービス提供における当施設の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設は、ご利用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利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状況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、ご利用者から聴取、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、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご利用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ご利用者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、ご利用者または代理人の請求に応じて閲覧して頂けます。
- ⑥ご利用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。
ただし、ご利用者または他のご利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得

ない場合には、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当施設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ご利用者また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。(守秘義務)

ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用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、ご利用者の同意を得ます。

5. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、当施設に入居されているご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) 持ち込みの制限

入居にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- ・火気器具
- ・ペットの類
- ・その他危険物、発火の恐れのある電化製品、防災タイプでないカーテンや毛布類

(2) 面会

①面会時間は、**午前 10 時から午後 16 時**の間での予約制です。

②面会者は、必ずその都度玄関に設置してあります訪問者名簿に記入し、事務所の職員に名前を告げて下さい。

③面会される場合、生ものの持ち込みはご遠慮下さい。持ちこまれる場合は、看護職員又は介護職員の承諾を得て下さい。なお、当施設並びにサービス従事者に対する心付等は、固くご辞退申し上げます。

④感染症等の理由により、面会についてはオンライン通話システムを用いることにより代える場合や、実施を制限する場合があります。

(3) 外出・外泊（契約書第 21 条参照）

外出、外泊をされる場合は、3 日前までにお申し出下さい。

但し、外泊については、1 ヶ月につき連続して 7 泊、複数の月をまたがる場合は連続して 12 泊以内とさせていただきます。

なお、外泊期間中、1 日につき 2,350 円（介護保険から給付される費用の一部と居住費）をご負担いただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書 5(1)に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。

(5) 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、また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、ご利用者の自己負担により原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。

○ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上が必要であると認められる場合には、ご利用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、ご利用者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、ハラスメントその他、迷惑行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 禁煙

当施設の敷地内での喫煙はできません。

令和 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。

特別養護老人ホーム五井眺海園

説明者 生活相談員 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。

ご利用者氏名 _____ 印

身元引受人氏名 _____ 印