

「指定介護老人福祉施設 和合愛光園」

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。

(浜松市指定 第 2277100158 号)

当施設はご利用者に対し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、利用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 聖隷福祉事業団
- (2) 法人所在地 〒430-0906 静岡県浜松市中区住吉二丁目 12 番 12 号
- (3) 電話番号及び FAX 番号 電話：053-413-3300 FAX：053-413-3314
- (4) 代表者氏名 理事長 山本 敏博
- (5) 設立年月日 昭和 27 年 5 月 17 日
- (6) インターネットアドレス <http://www.seirei.or.jp/hq/>

2. ご利用施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階+4 階+地下 1 階地上 2 階+3 階
- (2) 建物の延べ床面積 12,400.4 m²
- (3) 併設事業

事業の種類

| | |
|-------------------------|----------|
| 介護老人福祉施設（ユニット型） | 利用定員数 40 |
| 通所介護（介護予防・生活支援サービス事業含む） | 利用定員数 50 |
| （介護予防）認知症対応型通所介護 | 利用定員数 12 |
| （介護予防）短期入所生活介護（空床・併設型） | 利用定員数 20 |

(4) 施設の周辺環境

施設は浜松市中央部に位置する萩丘地区にあります。佐鳴湖に注ぐ新川のほとりで、市内中央部では珍しく周辺を緑に囲まれ、窓から季節の変化を楽しむことができます。敷地の南を県道 364 号線(湖東和合線)が走り、北西に航空自衛隊、東南にオートレース場があります。

(5) 第三者評価の実施状況

| | | | |
|---------|---|---------|---|
| 実施の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 実施日 | 平成 20 年 9 月 16 日 |
| 評価機関の名称 | 日本社会福祉士会 静岡支部 | 結果の開示状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 |

3. 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
浜松市指定 2277100158 号
- (2) 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、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、身体上また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 和合愛光園
- (4) 施設の所在地 静岡県浜松市中区和合町 555 番地
交通機関 浜松駅前バスターミナル 16 番のりば「和合西山行」乗車
バス停「浜松基地」下車（約 22 分）、徒歩 5 分
- (5) 電話番号及び FAX 番号
電話番号：053-478-0800 FAX：053-476-6511
- (6) 施設長（管理者）氏名 梅田 和寛
- (7) 当施設の運営方針
○家庭的な雰囲気の中で、その人らしい生きかたができる暮らしをめざす。
○住民とふれあい、地域に開放された空間を提供していく。
- (8) 開設年月 平成 11 年 4 月 1 日
- (9) 入所定員 62 人

4. 施設利用対象者

- (1) 当施設に入所できるのは、介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護 3」以上と認定された方、また要介護 1・2 の認定であっても「特例入所」の要件に該当すると認められた方が対象となります。
- (2) 入所契約の締結前に、医療機関にて感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出により施設利用に問題がないと認められた方。

5. 契約締結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。

- | |
|--|
| ① 当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）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担当します。 |
|--|



② その担当者は施設サービス計画の原案について、ご利用者及びご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、12 か月に 1 回、もしくはご利用者及びご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、ご利用者及びご家族等と協議して、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、ご利用者及びご家族等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。入居される居室は、原則としてご利用者の心身状況等を勘案して施設にて決めさせていただきます。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|-------------|-----|------------------|
| 従来型個室（1人部屋） | 18室 | 14.85㎡～18.00㎡ |
| 多床室（4人部屋） | 11室 | 40.22㎡ |
| 食堂 | 2室 | 談話コーナー |
| 浴室・脱衣所 | 3室 | 手すりつき浴槽・機械浴槽・木浴槽 |

☆居室に関する特記事項

ご利用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、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

7. 職員の配置状況

当施設では、ご利用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 | 常勤換算 | 指定基準 |
|-------------|-------|------|
| 1. 施設長（管理者） | 〈1名〉 | 〈1名〉 |
| 2. 介護職員 | 24名以上 | 24名 |
| 3. 生活相談員 | 2名 | 1名 |
| 4. 看護職員 | 4名 | 4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 | ※2名 | ※1名 |
| 8. 管理栄養士 | 1名 | 1名 |

()は兼務 ※は非常勤 (上記配置状況は短期入所事業所職員含む)

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(週 37.5 時間)で除した数です。

〈主な職種の勤務体制〉※土・日曜日は下記と異なります

| 職 種 | 勤務体制 |
|---------------------------------------|---|
| 1. 医師 | 毎週火曜日 14:00 ~ 15:00 毎週木曜日 14:00 ~ 15:00 ※上記以外の時間も、24 時間体制で 連絡を受け、対応をしています。 |
| 2. 介護職員 (2 階・3 階・4 階の合計の人数 です。) | <u>標準的な時間帯における最低配置人数</u> 早番： 6:30 ~ 15:00 4名 早番： 7:10 ~ 15:40 4名 遅番： 12:30 ~ 21:00 4名 遅番： 13:30 ~ 22:00 3名 夜勤： 21:50 ~ 翌 7:20 4名 |
| 3. 看護職員 | <u>標準的な時間帯における最低配置人数</u> 早番 7:30 ~ 16:00 1名 日勤 8:30 ~ 17:00 1名 遅番 10:30 ~ 19:00 1名 ※上記以外の時間も、24 時間体制で 連絡を受け、対応をしています。 |
| 4. 機能訓練指導員 | 日勤 8:30 ~ 17:00 1名 |
| 5. 生活相談員 | 日勤 8:30 ~ 17:00 2名 |

〈配置職員の主な職務内容〉

| | |
|----------|-------------------------------|
| 施設長(管理者) | 施設の責任者としてその管理を統括します。 |
| 介護職員 | ご利用者の日常生活上のお世話を行います。 |
| 看護職員 | ご利用者の健康管理や療養上のお世話を行います。 |
| 機能訓練指導員 | ご利用者の機能訓練を担当します。 |
| 生活相談員 | ご利用者の日常生活上の相談・助言を行います。 |
| 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。 |
| 医師 | ご利用者の健康管理及び療養上の指導を行います。 |
| 管理栄養士 | ご利用者の健康管理を栄養面から行います。 |
| 事務員 | 施設の労務管理・経理等を行います。 |

8. 当施設が提供するサービス

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス

利用者負担額改定の際は、別紙にて説明をさせていただき、ご署名・ご捺印をもって同意にかえさせていただきます。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金から、介護保険給付額が差し引かれます。

<サービス利用料金（1日あたり）>

（別紙 1-1・1-2 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）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供します。
- ・ご利用者が自分のペースで食事を摂ることができるよう配慮します。

（食事時間） 朝食： 7：30 ～ 9：00

昼食： 12：00 ～ 13：30

夕食： 18：00 ～ 19：30

※上記時間の範囲内で食事時間を選択いただけます。

※食材料費・調理費は別途負担していただきます。

② 入浴

- ・ご利用者の意向や状態に合わせ、適切な方法により入浴または清拭を行います。
- ・寝たままの姿勢でも特殊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、ご利用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

- ・機能訓練指導員が、ご利用者の心身等の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成します。
- ・上記計画に基づき、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。

⑤ 口腔ケア

- ・歯科衛生士の助言・指導に基づき介護職員等が口腔ケアを行います。

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、できるかぎり離床に配慮します。

- ・生活のリズムを考え、日中の活動プログラムを提供します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容を援助します。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者のご負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食費・居住費（別紙 2-1 参照）

② 特別な食事（実費負担）（別紙 2-2 参照）

- ・ご利用者のご希望や必要に応じて、特別な食事を提供した場合（おやつ、栄養補助食品を含みます）。

③ 理美容（実費負担）（別紙 2-2 参照）

- ・原則として週 1 回、理美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

④ レクリエーション・クラブ活動（実費負担）（別紙 2-2 参照）

- ・ご利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただけます。

⑤ タオル・おしぼり（別紙 2-2 参照）

- ・原則として、食事介助、入浴介助、排泄介助等に使用するタオル・おしぼりにつきましては、施設の提供する物品をご利用いただけます。

⑥ 日常生活諸費（実費負担）（別紙 2-2 参照）

- ・日常生活用品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用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。
- ・おむつ代は介護保険給付対象となっていますので施設が用意したものをご利用いただく場合、費用はかかりません。

⑦ 外出支援に関わる費用（別紙 2-2 参照）

- ・ご希望により外出に関わる支援を行います。

⑧ 複写物の交付（別紙 2-2 参照）

- ・ご希望によりサービス提供に関する記録やその他の複写物を交付します。

⑨ 写真の注文（別紙 2-2 参照）

- ・行事等の写真をご希望される方にお渡しいたします。

⑩ 支払証明書の発行（別紙 2-2 参照）

- ・ご希望により、支払証明書を発行いたします。

⑪ 預かり金の管理（別紙 2-2 参照）

- ・預金通帳、印鑑、有価証券等は原則としてお預かりいたしません。事情によりご家庭での管理が困難な場合に限り、別途「預かり金管理規程」に基づきお預かりいたします。

⑫ 立替金の利用（無料）（別紙 2-2 参照）

- ・別に定める「和合愛光園立替金管理マニュアル」に基づき、立替金責任者が認めるものについては施設立替えを実施いたします。

⑬ 重要書類の管理（無料）（別紙 2-2 参照）

- ・原則として、入居期間中、ご利用者の介護保険被保険者証、医療保険被保険者証、限度額認定証、障害者手帳、協力医療機関の診察券、その他施設で指定するものをお預かりさせていただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

- ・前記(1)(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月15日までにご請求しますので、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。
- ・自動引き落としは27日に行います。ただし、土・日曜日、祝祭日にあたる場合は、平日の引き落としになります(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)。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行、信用金庫、郵便局、農協

イ. 下記指定口座への振り込み

遠州信用金庫 本店 普通預金 1107633

シャカイフクシホウジンセイレイフクシジギョウダン ワゴウ サト リジチョウ ヤマモトシヒロ
 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 和合せいれの里 理事長 山本敏博

ウ. 和合愛光園での現金払い

和合愛光園内の事務室に直接支払いに来園して下さい。

受付時間 毎週 月曜日～金曜日 8:30 ～ 17:00

領収書の再発行はできませんので、大切に保管して下さい。

9. 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。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 嘱託医

| | |
|-----|-------------------------|
| 名 称 | あつみ神経内科クリニック |
| 医 師 | 渥美 哲至 (和合愛光園診療所長)、清水 貴子 |
| 所在地 | 浜松市中区和合町 840-1 |

② 協力病院

| | |
|-----|----------------------|
| 名 称 | 聖隷浜松病院 |
| 所在地 | 浜松市中区住吉二丁目 12 番 12 号 |

③ 協力歯科医院

| | |
|-----|-----------------|
| 名 称 | 杉山歯科医院 |
| 所在地 | 浜松市西区西山町 143-10 |
| 名 称 | うめがえ歯科医院 |
| 所在地 | 浜松市東区有玉西町 2446 |

10. 施設を退所していただく場合

当施設は利用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。仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との利用同意は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

- ① ご利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合
- ③ H27.4 月以降要介護 3～5 で入所された方で更新等により要介護 1・2 の認定となり「特例入所」の対象でない場合
- ④ 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ⑤ 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
- ⑥ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑦ 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。）
- ⑧ 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) ご利用者からの退所の申し出（約款第 3 条参照）

約款の有効期間内であっても、ご利用者から当施設に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下さい。ただし、以下の場合には、即時に約款を解約・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 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 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本約款に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑤ 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
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本約款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具体的な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（約款第 4 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 ご利用者が、利用同意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、または不実の告知を行い、その結果本利用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 ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらず 7 日以内にこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

- ④ ご利用者の行動が他の利用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恐れがあり、あるいは、利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本利用を継続しがたい重大な事情が生じた場合
- ⑤ ご利用者用者が連続して3ヶ月を超えて病院に入院すると見込まれる場合、もしくは退院時の状態が⑦に該当されると考えられる場合
- ⑥ 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
- ⑦ ご利用者が心身の安全、生命の保護の為に、当施設の行っている通常のサービス（医療行為も含む）以外のサービスを必要とする場合で、当施設がこれを提供することが著しく困難である場合には、ご利用者と協議の上、退所していただくことがあります。

(3) 円滑な退所のための援助

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、事業者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。

また、事業者からの解除による退所の場合にも、相応の努力をいたします。

- 病院もしくは診療所また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または福祉サービスの提供者の紹介

11. 身元引受人

身元引受人をご指定下さい。身元引受人の主な責任は以下の通りです。

- ① 事業者に対する経済的債務
- ② 入院等に関する手続き、費用負担
- ③ 契約終了後のご契約者受け入れ先の確保
- ④ ご契約者が死亡した場合のご遺体および残置物の引取り等
- ⑤ 面談、その他ご利用者に関して必要と思われる事項

※身元引受人が役割を果たせなくなった場合には、あらたな身元引受人を立てていただきます。

12. 苦情の受付について

(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。

- 申立て方法 来所・電話・FAX・意見箱
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30 ～ 17:00
- 苦情受付窓口 (担当者) 松本 有司 [職名] 生活相談員
- 苦情解決責任者(担当者) 梅田 和寛 [職名] 施設長
- 電話: 053-478-0800 FAX: 053-476-6511

(2) 第三者委員

- 和久田 進 電話：053-474-2838
- 高須 博 電話：053-473-9594

(3) 行政機関その他苦情受付機関

① 浜松市役所各区担当課

| | | |
|----------|------|--------------|
| 中区長寿保険課 | 電話番号 | 053-457-2324 |
| 東区長寿保険課 | 電話番号 | 053-424-0184 |
| 西区長寿保険課 | 電話番号 | 053-597-1119 |
| 南区長寿保険課 | 電話番号 | 053-425-1572 |
| 北区長寿保険課 | 電話番号 | 053-523-2863 |
| 浜北区長寿保険課 | 電話番号 | 053-585-1122 |
| 天竜区長寿保険課 | 電話番号 | 053-922-0065 |

(※受付時間 8:30 ~ 17:15 月～金(土日祭日を除く))

② 静岡県国民健康保険団体連合会 電話番号 054-253-5590

(※受付時間 9:00 ~ 17:00 月～金(土日祭日を除く))

13. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。職員は、施設長（上長）に報告し、緊急対応マニュアルによって対応します。
- (2) ご利用者のご家族に連絡し、事故状況を報告します。
- (3) 保険者に連絡し、事故報告書を提出します。

14. サービス提供における事業者の義務（約款第 6、7、8、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 ご利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護職員と連携の上、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満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ ご利用者にご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。ただし、複写費用については、重要事項説明書記載の実費相当分をいただきます。
- 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。

- 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ご利用者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、ご利用者に医療上の必要がある場合には、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に援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご利用者の同意を得て行います（「18. 個人情報の取り扱いについて」参照）。

15. 非常災害時の対応

| | | |
|------------------|--|------------|
| 非常時の対応 | 別途定める「介護老人福祉施設 和合愛光園」消防計画に基づき対応します。 | |
| 非常時の訓練及び 防災設備 | 別途定める「介護老人福祉施設 和合愛光園」消防計画に基づき年間 2 回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。 | |
| | 設備名称 | 設備の有無又は個数等 |
| | スプリンクラー | あり |
| | 自動火災報知器 | あり |
| | 避難誘導灯 | あり |
| | ガス漏れ報知器 | あり |
| | 防火扉 | あり |
| | 屋内消火栓 | あり |
| | 非常通報装置 | あり |
| | 非常用電源 | あり |
| | 防災カーテン | 全室に使用 |
| 消防計画等 | 消防署への届け出日 平成 29 年 4 月 1 日 防火管理者 梅田 和寛 | |

16. 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

入所にあたり、持込の制限はありません。ただし、ペット・危険物等のご遠慮下さい。

(2) 面会

面会時間 7:00 ~ 21:00（面会時には職員へお声掛け下さい。）

また、夜間等は他の方の迷惑にならないようにご配慮下さい。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

葬儀への参加など緊急やむを得ない場合には、この届出は当日になってもかまいません。

ただし、外泊については、最長で月 8 日間とさせていただきます。

(4) 食事

1日3食とも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、前記8(2)の①に定める「食費」はいただきません。

(5) 金品等について

金品等の持ち込みは、施設では責任を負いかねますので、ご利用者(身元引受人)の責任の範囲でのご対応をお願いします。

(6) 施設・設備の使用上の注意

- 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、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、また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の必要が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。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利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(7) 喫煙

原則施設内禁煙となっておりますのでご了承ください。

17. 損害賠償について（約款第11条参照）

当施設において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者のお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。

18. 個人情報の取り扱いについて

当事業所とその職員は、業務上知り得たご利用者または身元引受人もしくはそのご家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

ただし、下記の場合には事前承諾なく個人情報を使用します。

- ① 介護保険法に関する法令に従い、ご利用者のサービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するため行うサービス担当者会議等において使用する場合
- ② ご利用者が医療機関に受診・入院する際に、その医療機関に情報提供する場合
- ③ 市町村、その他の介護保険事業者等への情報提供、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供する場合
- ④ 当事業所を利用終了し、他の事業所を紹介するなど援助を行うに際し、必要な情報を提供する場合
- ⑤ 静岡県、浜松市が行う介護サービスの質の維持、改善のための基礎資料のため
- ⑥ 介護保険法に定められた事務、事故等の報告のため
- ⑦ 当施設で行われる学生等実習への協力のため

- ⑧ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等のため
 - ⑨ 法に定められた届出や統計のため
 - ⑩ 介護保険サービスの質の向上のための学会・研究等での事例研究発表をする場合。なお、この場合、ご利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します
 - ⑪ 当施設内の掲示及び広報誌等への写真及び氏名等を掲載する場合
- ※上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

19. 痰の吸引について

当施設では厚生労働省の通知（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 号厚生労働省医政局長通知）を受け、ご利用者に対する口腔内、鼻腔内の痰の吸引、胃ろうによる経管栄養に係るケアの一部を嘱託医師、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針です。

そのために、介護職員への研修体制の整備、嘱託医による看護職員や介護職員への指導の実施、「医療的ケア連携推進委員会」による実施状況の把握や研修内容の見直しを定期的に行う等、ご利用者の安全確保に向けて最善を尽くします。

| | |
|---------------------|----------------------|
| 平成 12 年 4 月 1 日 制定 | 平成 12 年 7 月 1 日 改訂 |
| 平成 13 年 5 月 1 日 改訂 | 平成 15 年 4 月 1 日 改訂 |
| 平成 15 年 10 月 1 日 改訂 | 平成 16 年 10 月 1 日 改訂 |
| 平成 17 年 10 月 1 日 改訂 | 平成 18 年 4 月 1 日 改訂 |
| 平成 19 年 4 月 1 日 改訂 | 平成 20 年 4 月 1 日 改訂 |
| 平成 21 年 4 月 1 日 改訂 | 平成 22 年 8 月 1 日 改訂 |
| 平成 22 年 10 月 1 日 改訂 | 平成 24 年 4 月 1 日 改訂 |
| 平成 25 年 10 月 1 日 改訂 | 平成 26 年 4 月 1 日 改訂 |
| 平成 27 年 4 月 1 日 改訂 | 平成 27 年 8 月 1 日 改訂 |
| 平成 28 年 4 月 1 日 改訂 | 平成 29 年 4 月 1 日 改訂 |
| 平成 30 年 4 月 1 日 改訂 | 平成 30 年 10 月 15 日 改訂 |
| 平成 31 年 4 月 1 日 改訂 | |

指定介護老人福祉施設での入所サービスの開始に際し、約款・重要事項説明書の説明を行いました。

<説明者> 指定介護老人福祉施設 和合愛光園 生活相談員 氏名 _____ 印 _____

指定介護老人福祉施設サービス 利用同意書

指定介護老人福祉施設 和合愛光園を入所利用するにあたり、和合愛光園利用約款及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

年 月 日

<利用者> 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

<身元引受人> 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

指定介護老人福祉施設 和合愛光園
園長 梅田 和寛 殿

【本約款第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

| | | |
|------------|---------|--------------|
| ふりがな 氏名 | _____ | 続柄 (_____) |
| 住所 電話番号 | 〒 _____ | (携帯) (自宅) |

【本約款第9条3項の緊急時の連絡先】※優先順に記入ください。

| | | | |
|---|------------|---------|--------------|
| ① | ふりがな 氏名 | _____ | 続柄 (_____) |
| | 住所 電話番号 | 〒 _____ | (携帯) (自宅) |

| | | | |
|---|------------|---------|--------------|
| ② | ふりがな 氏名 | _____ | 続柄 (_____) |
| | 住所 電話番号 | 〒 _____ | (携帯) (自宅) |

| | | | |
|---|------------|---------|--------------|
| ③ | ふりがな 氏名 | _____ | 続柄 (_____) |
| | 住所 電話番号 | 〒 _____ | (携帯) (自宅) |