

【ユニット型指定介護老人福祉施設】

(介護保険事業所番号 2970800682 号)

特別養護老人ホームせせらぎの園 重要事項説明書

当施設は、ご契約者に対して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、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 施設の概要
4. 居室の概要
5. 職員の配置状況
6. 施設が提供するサービスと利用料金
7. 施設を退所いただく場合（契約の終了について）
8. 身元保証人
9. 施設利用の留意事項
10. 苦情の受付について
11. 緊急時等における対応方法
12. 事故発生時の対応について
13. 虐待の防止について
14. 身体拘束防止について
15. 褥瘡対策等について
16. 感染症対策について
17. 秘密の保持と個人情報の保護について
18. 非常災害時の対応について
19. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

1. 施設経営法人

| | |
|-------|----------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 せせらぎ会 |
| 法人住所地 | 奈良県御所市大字室 1193 番地の 1 |
| 電話番号 | 0745-49-0107 |
| 代表者氏名 | 理事長 西 本 千 代 美 |
| 設立年月日 | 平成 13 年 10 月 16 日 |

2. ご利用施設

| | |
|------------|--|
| (1)施設の種類 | ユニット型指定介護老人福祉施設 |
| 指定年月日 | 平成 30 年 4 月 1 日 |
| 介護保険事業所番号 | 2970800682 |
| (2)施設の目的 | 身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な要介護者に対し、安心して生活できる施設サービスを提供することを目的としています。 |
| (3)施設の名称 | 特別養護老人ホームせせらぎの園 |
| (4)施設の所在地 | 奈良県御所市増 33-3 |
| (5)電話番号 | 0745-43-5488 |
| (6)園長（管理者） | 伏井 勢 |
| (7)施設の運営方針 | 誰にでも訪れる高齢化に対し、あらゆる手法でアプローチし、援助や支援を必要とする全ての方の暮らしや生活を支える施設となることを目指しています。 |
| (8)開設年月日 | 平成 30 年 4 月 1 日 |
| (9)入所定員 | 50 人 |

3. 施設の概要

| | |
|-------------|--------------------------|
| (1)敷地面積 | 4,990.33 m ² |
| (2)建物の延べ床面積 | 3,128.04 m ² |
| (3)建物の構造 | 鉄骨コンクリート造 4 階建て 耐火構造 |
| (4)併設事業 | 当施設では、以下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 30 年 4 月 1 日指定

奈良県 2970800682 号 定員 10 名

【介護予防短期入所生活介護】 平成 30 年 4 月 1 日指定

奈良県 2970800682 号 定員 10 名

短期入所生活介護と一体的に事業を実施する場合には、両事業の利用者数の合計が該当定員を超えない範囲で実施します。

4. 居室の概要

(1) 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、全室個室となります。ユニットの設定につきましては、ご入居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があります。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|------------|-------|---|
| 居室（全室個室） | 60 室 | ユニット数…6（1 ユニット 10 室、定員 10 名 ショートステイ利用者 10 名含む） |
| 共同生活室（食堂含） | 6 室 | 各ユニットに設定 |
| 浴室 | 8 室 | 個浴槽 1 ユニット毎に設置（内リフト付き 4） 一般浴室 1 階 1 室、特殊浴槽 2 階 1 室 |
| 医務室 | 1 室 | 1 階 |
| 機能訓練室 | 6 室 | 1 ユニット 1 室（共同生活室兼用） |
| 洗面設備 | 60 個所 | 居室毎に設置 |
| 便所 | 60 個所 | 居室毎に設置 |

- ※ 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付けられている施設・設備です。
- ※ 居室の変更について
ご契約者様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や他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うえ、決定するものとします。
- ☆ 居室に関する特記事項：プライバシーを確保し、快適な住空間を提供します。

5. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対してユニット型指定介護福祉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 | 保有資格 |
|---------|--------|----------------------|
| 園長（管理者） | 1 名 | |
| 生活相談員 | 1 名以上 | ・社会福祉士・介護支援専門員 他 |
| 介護支援専門員 | 1 名以上 | ・介護支援専門員 |
| 看護職員 | 3 名以上 | ・看護師・准看護師 |
| 機能訓練指導員 | 1 名以上 | ・理学療法士・看護職 |
| 介護職員 | 18 名以上 | ・介護福祉士・介護職員初任者研修修了者他 |
| 医師（嘱託） | 1 名 | ・医師 |
| 栄養 | 1 名以上 | ・管理栄養士・栄養士 |

※常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務時間数の総数を、当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週 40 時間）で除した数です

【職務内容】

- ①園長（管理者）：職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
- ②生活相談員：施設への入所申込に関する調整、入所者又は家族に対する相談援助を行います。
- ③介護支援専門員：ご入居に係る施設サービス計画の作成、モニタリング等の介護支援業務を行います。
- ④看護職員：入居者の診療の補助及び看護、健康管理、医師の指示に基づき医療処置を行います。
- ⑤機能訓練指導員：心身機能の維持、改善と生活再建のため、機能訓練や指導を行います。
- ⑥介護職員：施設サービス計画に基づいて、食事・入浴・排泄をはじめ入居者の日常生活の介護、相談・助言等を行います。
- ⑦医師（嘱託）：入所者の健康状態を把握し、診察、健康管理、保健衛生指導を行います。
- ⑧栄養士：栄養・健康状態・嗜好を考慮した献立の作成、栄養管理・指導を行います。

【主な職種の勤務体制】

| 職種 | 勤務体制 |
|---------|----------------------------------|
| 生活相談員 | (9:00～18:00) |
| 介護支援専門員 | |
| 看護職員 | |
| 機能訓練指導員 | |
| 栄養 | |
| 介護職員 | 日勤（9:00～18:00） 夜勤（16:30～9:30） |
| 医師 | 週1回～2回（療養上必要な時間） |

6. 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

- (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

があります。

（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、利用料金の1割が自己負担、9割が介護保険から給付されます。なお、一定の所得以上の方は、利用料金の2割が自己負担、8割が介護保険から給付されることとなります。詳しくは、行政機関より交付される「介護保険負担割合証」をご確認ください。なお、「介護保険負担割合証」については、介護保険証と一緒に当施設までご提示くださいようお願いします。

【サービスの概要】

①居室の提供

- ・ユニット型全室個室となっており、個室を提供いたします。

②食事

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）が管理する献立により、栄養並びにご契約者の身体の状況及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共同生活室（食堂）など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： 8:00～ 昼食： 12:00～ 夕食： 18:00～

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりの方は、機械浴槽を利用して入浴することができます。

③排泄

- ・心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な支援を行います。おむつを使用せざるを得ない場合も、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。

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、日常生活に必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を行います。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ・必要に応じて、協力病院等への外来受診も配慮します。

⑥ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、医師より制限のある方以外は、出来るかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えに配慮します。
- ・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。

<サービス利用料金（1日当たり）>（契約書第5条参照）

下記の料金表により、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費額を除いた金額（自己負担額）と居室と食事に係る自己負担額をお支払いください。サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

【ユニット型個室】(令和7年5月1日現在)

| ご契約者の要介護度 | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| 1 介護サービス利用料 | ① 介護施設サービス費 | 670 単位 | 740 単位 | 815 単位 | 886 単位 | 955 単位 |
| | ②看護体制加算Ⅰイ | 6 単位/日 | | | | |
| | ③夜勤職員配置加算 | 18 単位/日 | | | | |
| | ④日常生活継続支援加算Ⅱ | 48 単位/日 | | | | |
| | ⑤排泄支援加算Ⅰ | 10 単位/月 | | | | |
| | ⑥自立支援促進加算 | 280 単位/月 | | | | |
| | ⑦科学的介護推進加算Ⅱ | 40 単位/月 | | | | |
| | ⑧栄養マネジメント強化加算 (※必要な方のみ) | 11 単位/日 | | | | |
| | ⑨療養食加算 (※必要な方のみ) | 18 単位/日 | | | | |
| | 1日計 (①~⑦) | 849 単位 | 929 単位 | 1014 単位 | 1095 単位 | 1,145 単位 |
| 2. 1単位あたりの単価 | 10.14 | | | | | |
| 3. サービス利用料金 (1日) | 8,352 円 | 9,164 円 | 10,026 円 | 10,847 円 | 11,638 円 | |
| 4. うち介護保険から給付される額 (9割) | 7,516 円 | 8,247 円 | 9,023 円 | 9,762 円 | 10,474 円 | |
| 5. サービス利用に係る自己負担額 (1割) | 835 円 | 916 円 | 1,003 円 | 1,085 円 | 1,164 円 | |
| 6. 居住に要する費用 (居住費) | ※ 2,500 円 | | | | | |
| 7. 食事の提供に関する費用 (食費) | ※ 1,790 円 | | | | | |
| 8. 1日あたりの自己負担額 | 5,125 円 | 5,206 円 | 5,293 円 | 5,375 円 | 5,454 円 | |
| 9. 自己負担額 (30日) | 153,750 円 | 156,180 円 | 158,790 円 | 161,250 円 | 163,620 円 | |

☆ 上記金額はあくまでも目安であり、実際の請求額と異なる場合があります。

又、職員の配置体制等により加算額が変更になる場合があります。

- (注 1) 別途施設介護サービス利用料金額に 13.6%相当の介護職員等処遇改善加算Ⅱが加わります。介護職員等処遇改善加算Ⅱは、介護職員の処遇改善（賃金引き上げ等）に取り組む事業所が算定できるものです。
- (注 2) 入所日から起算して 30 日以内の期間については、1 日につき 30 円増となります。なお、30 日を超える病院等への入院後の再入所の場合も同様です。
- (注 3) ご契約者が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一旦お支払いいただきます。
- (注 4) 上記の介護保険自己負担分について、一定以上の所得がある方については、自己負担が 2 割もしくは 3 割となります。
- (注 5) 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、ご契約者の負担額を変更します。
- (注 6) 社会福祉法人による利用者負担軽減制度の適用を受け、市町村が発行する「社会福祉法人等による利用者負担減免確認証」をお持ちのご契約者は負担額が軽減されます。
- (注 7) 市町村が発行する「高額介護サービス費承認通知書」をお持ちのご契約者は、1 割（2 割）負担が一定限度額を超えた場合、払い戻しをされる「高額介護サービス費」の支給を受け、負担額が軽減されます。
- (注 8) 上記の介護保険自己負担分について、保険単位数 1 単位当たりの単価が 10.14 円となっているため、切り上げ・切り捨ての関係より、若干前後することがありますので、ご了承ください。

(注 9) 介護保険サービスは、非課税になっています。

(注 10) ご契約者が、入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく 1 日あたりの利用料金は、月 6 日を限度として下記の料金が発生します。

| | |
|--------------------|----------|
| 1.サービス利用料金 | 2,460 単位 |
| 2.居住に要する費用 | 2,500 単位 |
| 3.うち、介護保険から支給される金額 | 2,214 単位 |
| 4.自己負担額 (1+2-3) | 2,746 単位 |

(注 11) 入所期間中、嘱託医によりターミナルの診断を受けた際、ご本人若しくはご家族様の承諾を頂いた後、看取り介護加算を追加させていただきます。詳細については該当するに至った後、別紙により説明をさせて頂きます。

※市町村が発行する「介護負担限度額認定証」をお持ちの契約者は、特定入所者介護サービス費の支給を受け、居住費と食事代が軽減されます。当施設の居住費と食費の負担額（日額）は次のとおりです。

(令和 3 年 8 月 1 日現在)

| 対象者 | 利用者 負担区分 | 居住費 (ユニット型個室) | 食費 |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|---------|
| 市民税 非課税者 世帯全員 が | 生活保護又は老齢福祉年金受給者 | 第 1 段階 | 880 円 |
| | 世帯非課税で年金収入額等が 80 万円以下の方 | 第 2 段階 | 880 円 |
| | 世帯非課税で収入額等が 80 万円以上 120 万円以下の方 | 第 3 段階① | 1,370 円 |
| | 世帯非課税で収入額等が 120 万円以上の方 | 第 3 段階② | 1,370 円 |
| 市区町村民税課税世帯の方 | 第 4 段階 | 2,500 円 | 1,790 円 |

※おやつ代は別途請求いたします。

(2) (1) 以外のサービス (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。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 日常生活用品

ご契約者に負担いただくことが適当であるもので、その日常生活品の購入を、施設側で購入を希望される場合においては下記の費用を負担いただきます。なお、おむつ代は介護保険給付対象となるのでご負担の必要がありません。

(参考) シャンプー、せっけん、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、入れ歯安定剤モンダミン等消耗品関係
料金：150 円／日

② 教養娯楽関係費

ご契約者の希望により、日々過ごされる趣味活動をされる方につきましては材料代の実費相当分として下記の費用をいただきます。

料金：100円／日

③ 家電持込電気使用量

日常的に使用する電化製品を持込みされるご契約者に対し、電気代の実費相当分として、下記の費用をいただきます。

(参考) テレビ、扇風機、電気毛布、冷蔵庫、加湿器、パソコン、プリンター等
1台につき 料金：50円／日

④ おやつ代

毎日のおやつ費用実費相当分として、下記の費用をいただきます。ただし、体調不良等でおやつを召し上がるなかった日につきましては請求いたしません。

料金：150円／日

⑤ 理美容サービス

月に2回、理容師・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。

利用料金：実費相当分

⑥ 契約書第20条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後、所定の期日を過ぎても居室を明け渡さない場合等に、所定の期日から、現実に居室が明けわたされた日まで間以下の料金をいただきます。

2,500円／日

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実費をご負担いただきます。

料金：10円／枚

(3) 利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(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) 金融機関口座からの自動引き落とし
- イ) 施設事務窓口で現金払い
- ウ) 振込

(4) 入所中の医療の提供について

医療が必要となった場合は、ご契約者の希望により、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・入院治療を義務付けるものではありません。)

〈嘱託医〉

| | |
|---------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 榎本医院 |
| 所在地 | 御所市戸毛1130 |
| 連絡先 | 0745-67-0008 |
| 診療科 | 内科 外科 胃腸内科 肛門外科 放射線科 麻酔科 |

〈協力医療機関〉

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 済生会御所病院 |
| 所在地 | 御所市三室20 |
| 連絡先 | 0745-62-3585 |
| 診療科 | 内科 外科 整形外科 泌尿器科 麻酔科 脳神経外科 リハビリテーション科 心臓血管外科 皮膚科 眼科 産婦人科 耳鼻咽喉科 放射線科 感染症内科 |

〈協力歯科医療機関〉

| | |
|-------|--------------|
| 医院の名称 | 野口歯科医院 |
| 所在地 | 御所市栄町91-11 |
| 連絡先 | 0745-62-5477 |

7. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設の契約では契約が終了する期日は特に定めておりません。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。（契約書第14条参照）

- ①ご利用者が死亡された場合
- ②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
- ③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ホームを閉鎖した場合
- ④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
- ⑤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
- ⑥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ください。）
- ⑦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ください。）

(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 15 条、16 条）

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、退去を希望する日の 7 日前まで解約届出書をご提出ください。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。

- 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他のご契約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、事業者が適当な対応をとらない場合

※諸般の事情等により契約の継続が困難な場合契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合

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場合があります。

- 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 2 ヶ月以上遅延し、料金支払いの催告にもかかわらず 30 日以内に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ご契約者等の生命・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ご契約者が連續して 3 ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれた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、もしくは介護療養型に入所、入院した場合
- ⑥ご契約者が当施設で対応できない医療行為が必要な状態になった場合

※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 19 条参照）

※諸般の事情等により契約の継続が困難な場合契約を解約・解除し、当施設から退所していただく場合があります。

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とおりです。

①検査入院等の場合

1 ヶ月につき 6 日以内（連続して 7 泊、複数月にまたがる場合は 12 泊）の短期入院の場合は、退院後再び入所することができます。ただし、入院期間中であっても、1 日あたり 246 単位（2 割負担の方は 492 単位）と居住費 2,500 円（介護負担限度額認定証をお持ちの入居者は、その記載金額）の合計額をご負担いただきます。

②上記期間を超える入院の場合（7日以上3ヶ月以内の入院の場合）

上記期間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（1日あたりの居住費）はご負担いただきます。

又、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時にホーム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の居室等をご利用いただく場合があります。

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が、出来る限り再び入所できるよう努めます。

<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、ご利用者が利用していたベッドを短期入所生活介護に利用した期間は、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

8. 身元保証人

（1）契約締結時に、ご契約者の署名・捺印を必要としますが、ご契約者ができない場合には代理の方が署名することもできます。ご契約者本人による署名・代理人署名のいずれの場合においても、「身元保証人」（世帯を別にする2名）を特定していただき、ご契約者が施設を利用している間、主たる連絡先として介護・医療方針等に関する判断、毎月の施設利用料等が円滑に支払われるための援助をお願いすることとなります。

（2）ご契約者又は身元保証人の都合により身元保証人を変更される場合は、施設への変更後の身元保証人を速やかに通知し、新たに契約を作成するものとします。

（3）身元保証人は、契約が終了した後、当施設に残された所持品（残置物）をご契約者自身が引き

取れない場合残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用についてはご契約者又は身元保証人にご負担いただきます。

9. 施設利用の留意事項

当施設のご利用に当たって、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) 持込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- ・生鮮食品（職員にご相談ください）
- ・ペット
- ・貴重品
- ・危険物等

(2) 面会

面会時間：午前 9:00～午後 6:00（日曜・祝日も同様）

面会者は、1階事務所若しくは各ユニットに設置している面会票をご記入下さい

(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。なお、外泊期間中、1日につき 246 円（2 割負担の方は 492 円）及び居住費をご負担いただきます。

(4) 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ご利用して下さい。
- ・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、ご契約者の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、ご契約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。
- ・当施設の職員他のご契約者に対し、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。
- ・喫煙は所定の場所にて可能ですが、たばこ、ライター等は各ユニットにて管理させていただきます。居室内での喫煙は固くお断りいたします。

10. 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。

○苦情受付窓口（担当者） [職名] 生活相談員 脇本 正樹

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00 電話番号 0745-43-5488

○苦情解決責任者 園長（管理者） 伏井 勢

(2) 第三者委員会による苦情の受付

当施設には、第三者的な立場から円満な解決に向け以下の第三者委員にご参加頂いています。

(第三者委員)

○安川 勝 0745-62-0365

○植村 謙史 0745-66-0352

○仲谷 邦博 0747-22-6226

(3) 行政機関その他苦情受付期間

| | | |
|-------------|------|------------------|
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 | 奈良県橿原市大久保町302番の1 |
| | 電話番号 | 0744-29-8326 |
| | 受付時間 | 8:30~17:30 (平日) |

| | | |
|----------|------|-----------------|
| 御所市高齢対策課 | 所在地 | 奈良県御所市1番地の3 |
| | 電話番号 | 0745-62-3001 |
| | 受付時間 | 8:30~17:15 (平日) |

※ ご入居者の保険者（市町村）が窓口となります

| | | |
|-------------|------------|------------------------------|
| 奈良県運営適正化委員会 | 所在地 | 奈良県橿原市大久保町320-11 |
| | 電話番号 (FAX) | 0744-29-1212 |
| | E-mail | unteki-aoudan@nara-shakyo.jp |
| | 受付時間 | 8:30~17:30 (平日) |

11. 緊急時等における対応方法

事業者は、利用者の急激な体調の変化又はけが等により、緊急に診察・治療が必要となった場合、契約者の主治医もしくは事業者の協力医療機関において、速やかに必要な治療等が受けられるよう措置を講じ、併せて、契約者の後見人、契約者の家族又は身元引受人へ速やかに連絡をします。

12. 事故発生時の対応について

当施設では、サービス提供時に事故が発生した場合には、速やかにご契約者の家族等、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故に際して行った処置を記録します。

また、ご契約者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。守秘義務違反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、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、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時に限って、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

13. 虐待の防止について

当施設は、ご契約者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

○研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。

○成年後見制度の利用を支援します。

○サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご契約者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

○従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

14. 身体拘束防止について

当施設では、ご契約者または他のご契約者等の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他の行動制限は行いません。緊急やむを得ない場合とは、次の三つの要件を全て満たしていると判断された場合に限ります。

- ①切迫性……ご契約者本人、または他のご契約者の生命、または身体が危険にさらされる可能性が高いこと。
- ②非代替性……身体拘束、その他の行動制限を行う以外に、代替する方法がないこと。
- ③一時性……身体拘束、その他の行動制限が、一時的なものであるもの

緊急やむを得ない場合に該当するか否かの判断は、各部署が集まり検討した上で判断します。

その後、ご契約者本人やご家族に対して、身体拘束の内容・理由・拘束の時間や期限等を明記した文書をもって、説明と同意を頂きます。また、身体拘束を行っている期間中でも定期的な見直しを行い、それを記録として残します。

15. 褥瘡対策等について

施設は、ご契約者に対し良質なサービスを提供する取り組みの一つとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

16. 感染症対策について

感染症の発生又は蔓延しないように、感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。

17. 秘密の保持と個人情報の保護について

当施設は、ご契約者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

18. 非常災害時の対応について

非常災害時は、ご契約者の安全第一を優先し、迅速適切な対応（避難、二次災害の防止等）に努めます。又、災害に備えるため、年2回以上の防災訓練を行います。

19. 提供するサービスの第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況 なし

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【施設】 所在地 奈良県御所市増33-3
施設名 特別養護老人ホーム せせらぎの園
指定番号 (介護保険事業所番号 2970800682号)

説明者職種 _____ 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と交付を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者名 住 所 _____

氏 名 _____^(印)

立会人（身元保証人①）住 所 _____

氏 名 _____^(印) (続柄) _____

緊急連絡先 携帯電話番号

立会人（身元保証人②）住 所 _____

氏 名 _____^(印) (続柄) _____

緊急連絡先 携帯電話番号
