

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 とりかい

特別養護老人ホーム 飛鳥

令和 7 年 10 月 1 日改定

当施設は、介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第 4071300232 号)

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通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 とりかい
- (2) 法人所在地 福岡県福岡市城南区鳥飼 6 丁目 2 番 16 号
- (3) 電話番号 092-841-6701
- (4) 代表者氏名 理事長 笠原 郁子
- (5) 設立年月 平成 10 年 7 月 29 日

2. 事業所の概要

- (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
平成 26 年 4 月 1 日指定更新
令和 2 年 4 月 1 日指定更新
- (2) 施設の目的 施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 飛鳥
- (4) 施設の所在地 福岡県福岡市城南区鳥飼 6 丁目 2 番 16 号
- (5) 電話番号 092-841-6701
- (6) 施設長(管理者)氏名 筒井 公代
- (7) 開設年月 平成 11 年 5 月 28 日
- (8) 入所定員 50 人
- (9) 事業所番号 4071300232

3. 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、4 人部屋及び個室です。
(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があります。)

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1 人部屋)	14 室	
4 人部屋	9 室	36 床(ショート含まず)
合 計	23 室	50 床(ショート含まず)
食堂	4 室	各フロアに 1 つ
機能訓練室	1 室	[主な設置機器] プーリー・平行棒他
浴室	1 室	機械浴・特殊浴槽
医務室	1 室	

※上記は、厚労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4人部屋及び個室利用にあたっては、別途居住費をご負担していただきます。

☆居室の変更

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うえ決定するものとします。

4. 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	指定基準
1. 施設長(管理者)	1 名
2. 介護職員	15 名
3. 生活相談員	1 名
4. 看護職員	4 名(兼務)
5. 介護支援専門員	1 名
6. 機能訓練指導員	1 名(兼務)
7. 医師	必要数
8. 管理栄養士	1 名

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制	人数
1. 医師	毎週火曜日 13:00～17:00	1名
2. 介護職員	標準的な時間帯 早出:6:30～15:00 ・ 7:00～15:30 日中:9:00～17:30 遅出:11:00～19:30 ・ 11:30～20:00 夜間:17:00～9:30	3名 2～4名 4名 3名
3. 看護職員	標準的な時間帯 早出:8:00～16:30 日中:9:00～17:30	1名 2～3名
4. 機能訓練指導員	標準的な時間帯 日中:8:30～17:00	1名
5. 生活相談員	標準的な時間帯 日中:9:00～17:30 土曜日:8:30～17:00	1～2名

5. 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。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第3条参照)

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①食事

- ・管理栄養士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。
- ・食費(食材費＋調理費)については別途ご負担いただきます。

【1. 食事時間】

朝食 / 8:00～9:00 昼食 / 12:00～13:00 夕食 / 18:00～19:00

【2. 食事場所】

ダイニング又は居室となっています。

※ご契約者の体調により前後2時間は置きし、時間をずらして召し上がって頂けます。

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・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

- ・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送る為に必要な機能の回復又は、その減退を防止する為に様々なレクリエーション、リハビリ、体操、日常動作訓練等を実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護・介護職員が中心となって、健康管理を行います。
- ・医師による回診は週1回となっております。
- ・定期的に、入居者の方の健康診断を行います。

⑥その他の支援

- ・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援助します。
- ・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。
- ・年間行事やレクリエーション等の計画・実施を通し、ご家族といっしょにご契約者の充実した生活が送れるよう援助します。

＜サービス利用料金(1日あたり)＞(契約書第5条参照)

料金表(別紙参照)によって、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)と食費及び居住費に係る自己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、ご契約者の要介護度・居室形態に応じて異なります)。

☆ご契約者がまだ要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、ご契約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、ご契約者の負担額を変更します。

☆以下の加算費は全てのご契約者に加算されます。(1割負担の場合)

- | | |
|----------------|--------------|
| ① 日常生活継続支援加算 | 1日 38円 |
| ② 栄養マネジメント強化加算 | 1日 12円 |
| ③ 看護体制加算Ⅰ | 1日 7円 |
| ④ 看護体制加算Ⅱ | 1日 14円 |
| ⑤ 夜勤職員配置加算Ⅰ | 1日 23円 |
| ⑥ 個別機能訓練加算Ⅰ | 1日 13円 |
| ⑦ 個別機能訓練加算Ⅱ | 1月 21円 |
| ⑧ 科学的介護推進体制加算Ⅱ | 1月 53円 |
| ⑨ 協力医療機関連携加算 | 1月 53円 |
| ⑩ 処遇改善加算Ⅰ | 1月 所定単位数の14% |
| ⑪ 生産性向上推進体制加算Ⅱ | 1月 11円 |

- ⑫ 生活機能向上連携加算Ⅱ 1月 105円
⑬ 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ・Ⅱ 1月 16円

※ 2～3割負担の利用者は別途料金表あり。

☆以下の加算費はご契約者が該当する場合に加算されます。(1割負担の場合)

- ⑩ 経口移行加算 1日 30円(180日以内)
ご契約者が、経口による食事の摂取へ移行する場合にご負担いただきます。
- ⑪ 経口維持加算Ⅰ・Ⅱ 1月 418円又は105円
摂食障害があり、経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合にご負担いただきます。
- ⑫ 療養食加算 1回 7円
ご契約者が、療養病食の場合にご負担いただきます。
- ⑬ 外泊加算 1日 257円
ご契約者が、6日以内の入院又は外泊をされた場合にご負担いただきます。
- ⑭ 初期加算 1日 32円
入所日又は入院後の再入所から30日以内の期間にご負担いただきます。
- ⑮ 排せつ支援加算 1月 105円
排泄に介護を要するご契約者の方に対して、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合にご負担いただきます。
- ⑯ 褥瘡マネジメント加算 1月 11円
ご契約者の褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施、その結果に基づき計画的に管理をした場合にご負担いただきます。
- ⑰ 外泊時在宅サービス利用費用 1日 586円 1月に6日を限度
ご契約者が自宅へ外泊され、施設より提供される在宅サービスを利用された場合にご負担いただきます。
- ⑱ 低栄養リスク改善加算 1月 314円
低栄養リスクの高いご契約者の方に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、ご契約者ごとの栄養状態、嗜好を踏まえた栄養・食事調整を行った場合にご負担いただきます。
- ⑲ 安全対策体制加算 1回(新規入所時) 21円
当施設では、安全対策における研修を受けた担当者を配置し、組織的に安全対策を実施する体制を整えている為、新規入所時に上記加算をご負担いただきます。
- ⑳ 退所時情報提供加算 1回 262円
ご契約者が医療機関に入院する場合に、当該医療機関へご契約者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、ご契約者の紹介を行う時にご負担いただきます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(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 特別な食事(酒を含みます)

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

② 理容料金／要した費用の実費

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活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。(別紙参照)

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。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第 5 条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、末締めの翌月請求となります。(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)

原則、口座振替にお支払いいただきます。
(全ての金融機関で口座振替が可能です)

※ 口座振替に関しての注意事項

- ・口座名義人はご契約者と異なっても構いません。
- ・手続きが完了次第、振替申込書の控えと開始時期をお伝え致します。

(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	福岡鳥飼病院
所在地	福岡市城南区鳥飼 6 丁目 8 番 5 号
診療科	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科等

② 協力歯科医院

医療機関の名称	前田歯科クリニック
所在地	福岡市中央区六本松 4 丁目 9 番 12 号

6. 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。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 13 条参照)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合② 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③ 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④ 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)⑤ 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 14 条、第 15 条参照)

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、退所を希望する日の 7 日前までに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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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 他の利用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 16 条参照)

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

この場合、事業者から契約終了を1ヶ月前までには契約者に通知致します。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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 3 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 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④ ご契約者が連続して 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 ご契約者が介護老人保健施設等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 |
|---|

(3)円滑な退所のための援助(契約書第 17 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以下の援助をご契約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

7. 残置物引取人(契約書第 20 条参照)

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。(契約書第 20 条参照)

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、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、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

8. 苦情の受付について(契約書第 22 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 特別養護老人ホーム 飛鳥
〒814-0103 福岡市城南区鳥飼 6 丁目 2 番 16 号
Tel 092-841-6701 Fax 092-841-6730

[担当者職名] 生活相談員

受付時間 月曜日～土曜日(祝日を除く)
9:00～17:30 ※土曜日 8:30～17:00

(2)その他相談窓口

○福岡県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

TEL 092-642-7859

受付時間 8:30～17:00(土曜日・日曜日・祝日除く)

○社会福祉法人福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化委員会

Tel 092-915-3511

受付時間 9:00～17:30(年末年始を除く火曜日～日曜日)

○福岡市 福祉局 高齢社会部 事業者指導課 施設指導係
〒810-8620 福岡市中央区天神 1 丁目 8 番 1 号
Tel 092-711-4319

○高齢者虐待に関する行政の相談等窓口
福岡市 福祉局 高齢社会部 事業者指導課 施設指導係
〒810-8620 福岡市中央区天神 1 丁目 8 番 1 号
Tel 092-711-4319 Fax 092-726-3328
E-mail:j-shido.PHWB@city.fukuoka.lg.jp

○福岡市城南区保健福祉センター（福祉・介護保険課）
〒814-0192 福岡市城南区鳥飼 6 丁目 1 番 1 号
（代）Tel 092-822-2131

○福岡市中央区保健福祉センター（福祉・介護保険課）
〒810-8622 福岡市中央区大名 2 丁目 5 番 31 号
（代）Tel 092-714-2131

○福岡市早良区保健福祉センター（福祉・介護保険課）
〒814-8501 福岡市早良区百道 2 丁目 1 番 1 号
（代）Tel 092-841-2131

○福岡市西区保健福祉センター（福祉・介護保険課）
〒819-8501 福岡市西区内浜 1 丁目 4 番 1 号
（代）Tel 092-881-2131

○福岡市博多区保健福祉センター（福祉・介護保険課）
〒812-8514 福岡市博多区博多駅前 2 丁目 8 番 1 号
（代）Tel 092-441-2131

○福岡市南区保健福祉センター（福祉・介護保険課）
〒815-0032 福岡市南区塩原 3 丁目 25 番 3 号
（代）Tel 092-561-2131

○福岡市東区保健福祉センター（福祉・介護保険課）
〒812-8653 福岡市東区箱崎 2 丁目 54 番 1 号
（代）Tel 092-631-2131

(3)ご相談内容の取り扱い

ご相談内容は、書面にて苦情解決責任者へ報告します。第三者委員の助言や立会いを求める事ができます。苦情解決責任者はご相談者と誠意をもって話し合い・改善・解決に努めます。

(4)ご相談内容の改善、解決に携わるもの

苦情解決責任者 施設長 筒井 公代
第三者委員 評議員 吉村 亮子 Tel 092-821-3545
評議員 小林 芳子 Tel 092-861-6505

(第三者委員は、ご契約者の立場に配慮した適切な対応をしていただくための委員です。)

※ 施設内に「ご意見箱」も設置しておりますのでお気づきの点等がございましたらお聞かせ下さい。

9.介護サービス情報の公表、及び第三者評価の実施状況

- (1)「介護サービス情報の公表」制度により、当施設の情報は、福岡県ホームページ介護サービス情報システムでご覧頂くことができます。
- (2)第三者評価による評価の実施は、当施設は実施しておりません。

10.守秘義務について(契約書第8条参照)

- 1 事業者及びサービス従事者又は従業員は、介護福祉施設サービスを提供する上で知り得た契約者又はその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。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- 2 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 3 事業者は、契約書第17条に定める契約者の円滑な退所のための援助を行う場合に、契約者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書にて契約者の同意を得るものとします。

11.虐待の防止について

事業者はご契約者の人権の擁護・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。

- (1)虐待防止に関する責任者を選定します。
虐待防止に関する責任者 施設長 筒井 公代
- (2)従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (3)成年後見制度の利用を支援します。
- (4)虐待等に関する苦情解決体制を整備します。
- (5)サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者(契約者の家族・親族・同居人等)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、速やかに市町村に通報するものとします。

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 地上 8 階、地下 1 階

(2) 建物の延べ床面積 4492.56 m²

(3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[短期入所生活介護] 令和 2 年 4 月 1 日指定 定員 20 名

[通所介護] 令和 2 年 4 月 1 日指定 定員 10 名

2. 職員の配置状況

〈配置職員の職種〉

介護職員…ご契約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。

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。

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。

介護支援専門員…ご契約者の日常生活上の介護、介助等の計画立案、及び、計画の継続的な評価、管理を行います。

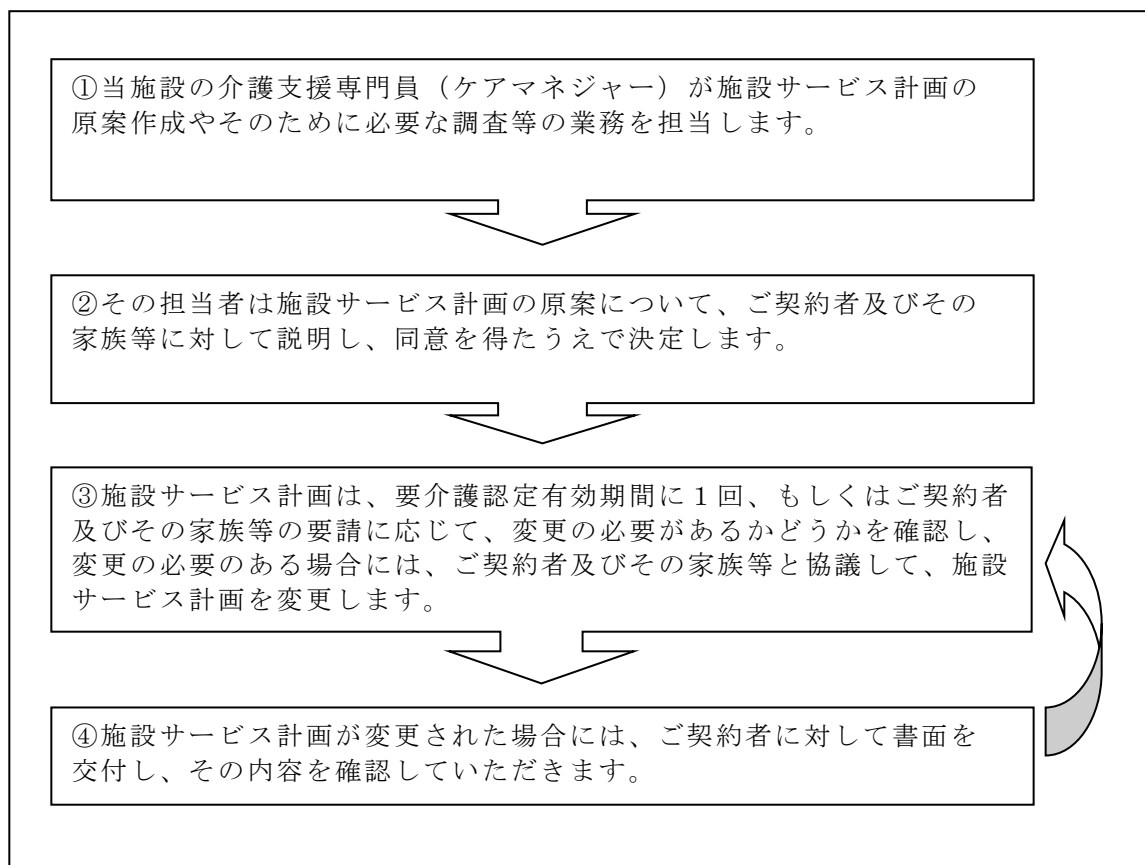
機能訓練指導員…ご契約者が日常生活を営むのに必要な機能の改善や減退を防止する為の訓練を行います。

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。

3. 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)」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事業者の義務(契約書第7条、第8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・確保に配慮します。
- 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。
- ④ご契約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、ご契約者又は代理人の請求により規定に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤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。(ご契約者又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)
- ⑥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又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、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

(入居者の急変等の対応について)

* 夜間勤務者3名のうち、1名が電話連絡、他2名で搬送を実施する。

* 搬送は、状態を見て、車椅子またはストレッチャーにて行う。

* 2つの対応は、並行して迅速に行う。

* 日勤帯については、早急に看護師へ連絡を行い、その指示に従うこと。

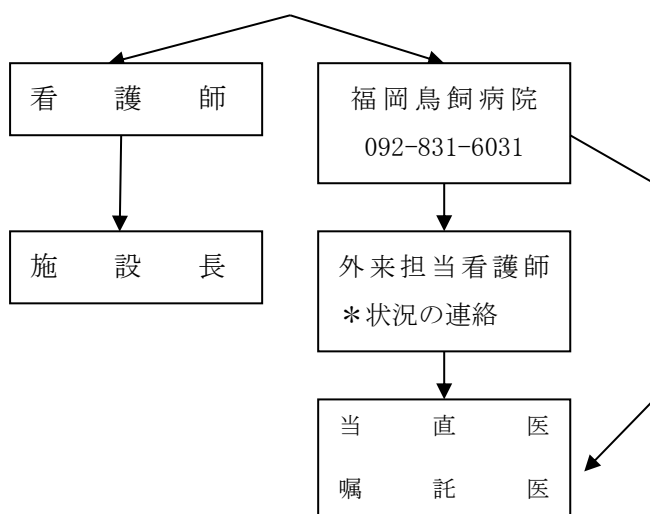
* 入居者急変には至らないまでも状態の悪化が見られた場合には、看護師へ連絡後、その指示に従う。

* 急変等の対応方法については、以下のチャート式を参照

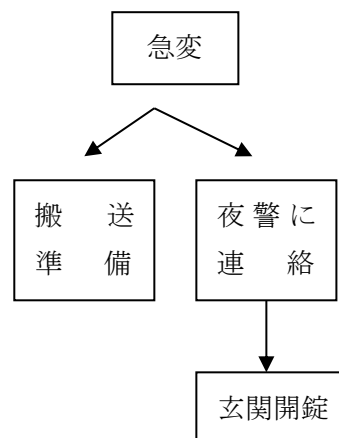
また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

< 電話連絡者の対応 >

夜間緊急時(急変)

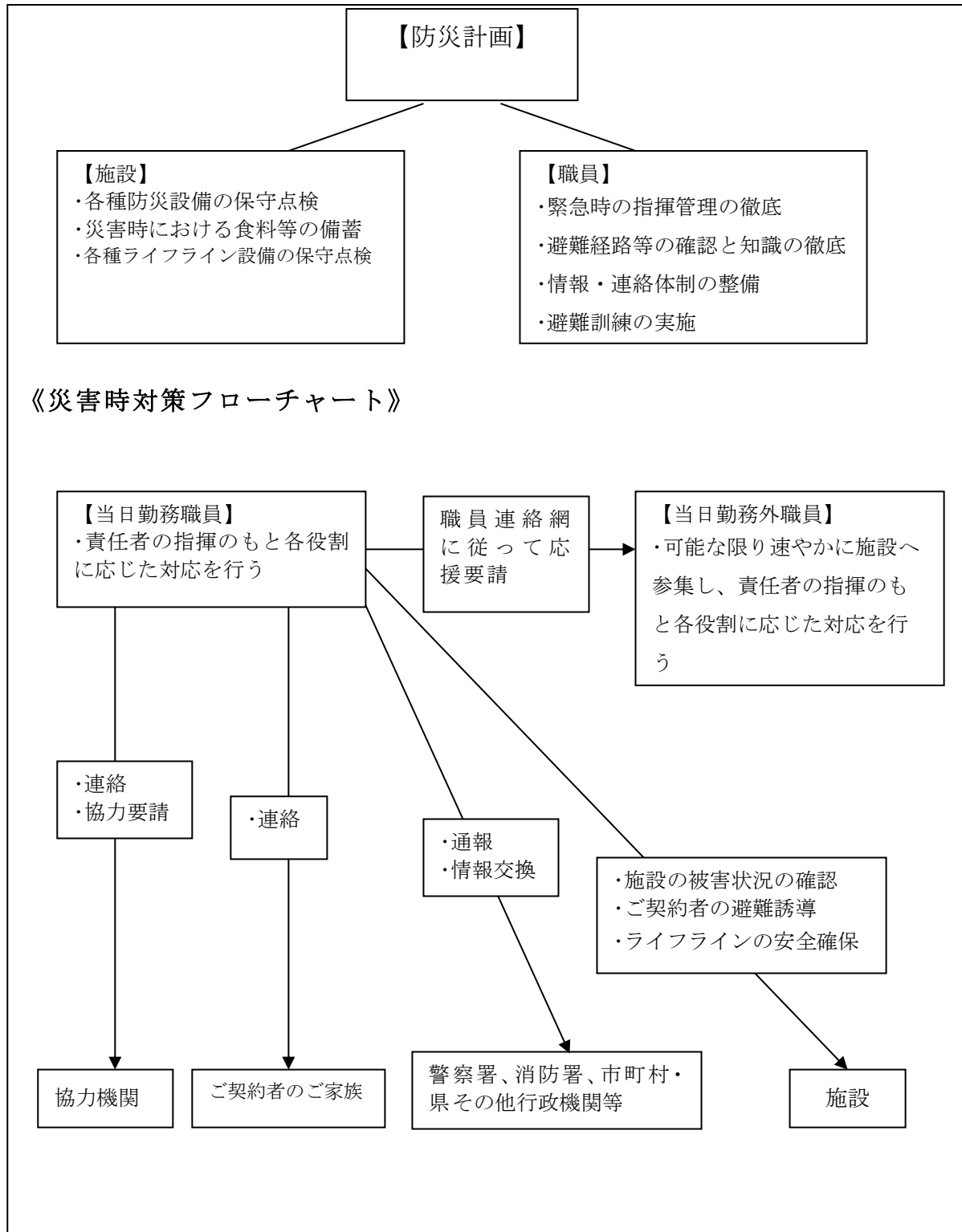


搬送担当者



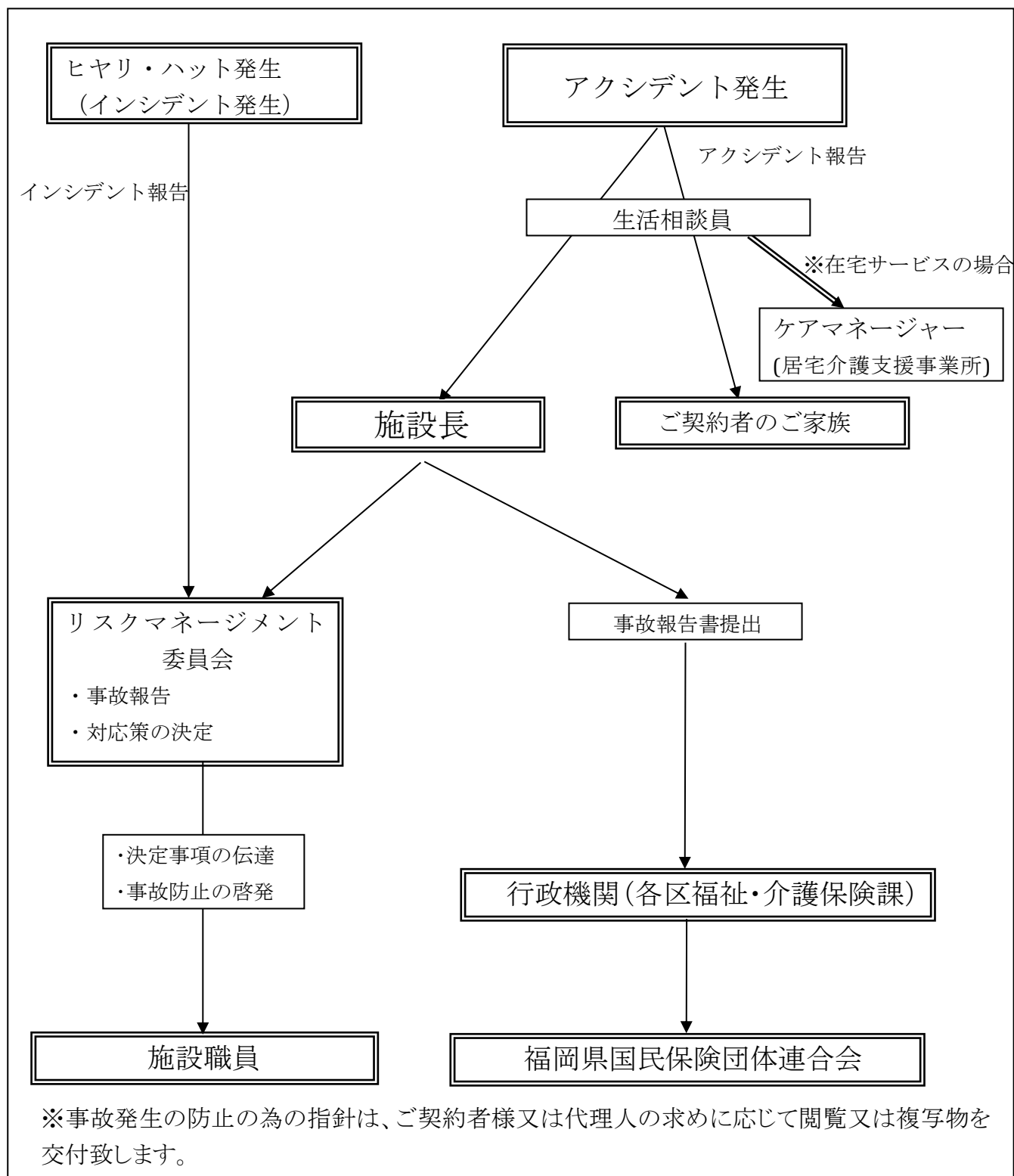
《非常災害時対策》

当施設では独自に作成した【防災計画】にもとづいて、非常災害及び災害時におけるご契約者の安全確保の為、下記のように対策に努めております。



《緊急事故対応フローチャート》

当施設内外において介護サービスの提供中、予期せぬ事故が発生した場合には、下図の流れに沿って対処し、ご家族様が納得いただけるように解決・再発防止に努めます。



5. 施設利用の留意事項

当施設の利用にあたって、施設に入所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) 面会

面会時間 9:00 ～ 21:00

※来訪者は、面会簿にご記名下さい。

※17:00～8:30、及び日・祝日は防犯のために玄関入り口自動ドアが施錠されますので
インターホンで対応し開錠致します。

(2) 外出・外泊(契約書第 21 条参照)

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。又、外出・外泊による在宅サービスの利用や移動手段の手配など円滑に行えるよう援助いたします。

(3) 施設・設備の使用上の注意(契約書第 9 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。

○施設の設備について、故意又は重大な過失により破損、汚損した場合には、ご契約者に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、営利活動を行うことはできません。

(4) 喫煙

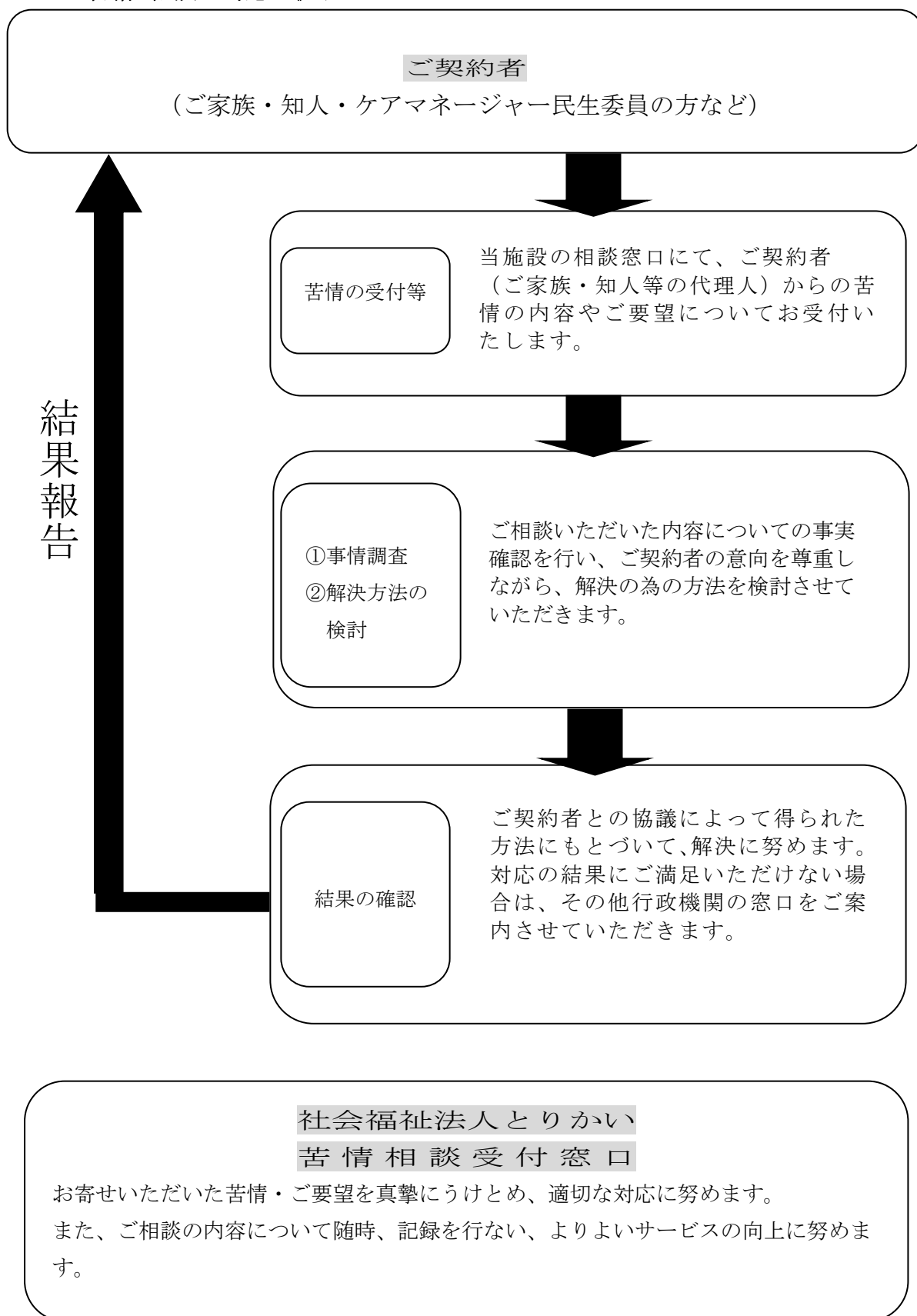
敷地内禁煙となっておりますので、喫煙は出来ません。

6. 損害賠償について(契約書第 10 条、第 11 条参照)

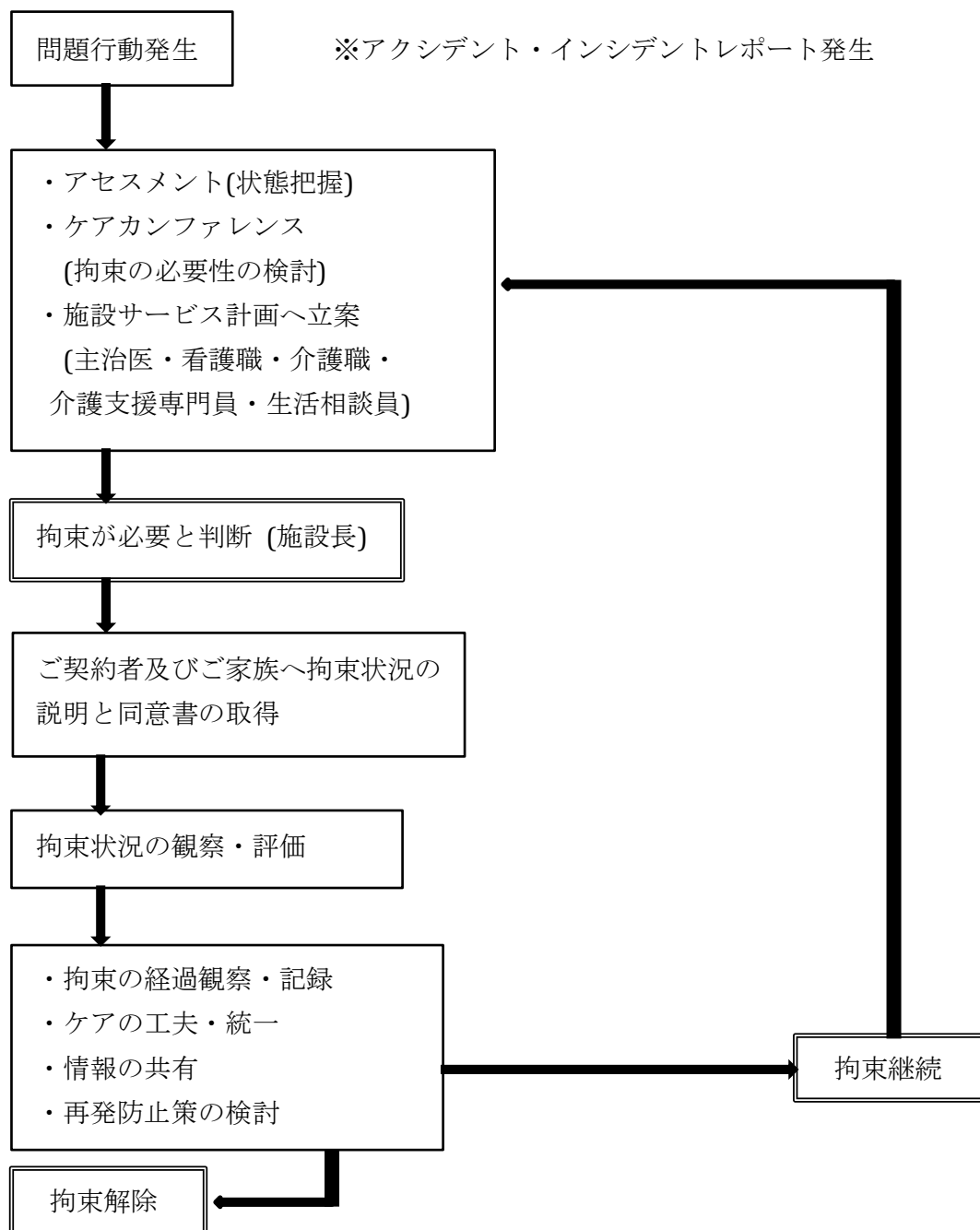
当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、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り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. 苦情・相談の対応の流れ



8. 緊急やむを得ない状況での身体拘束手順



☆やむを得ず拘束をしなければならない場合

- ①生命に関わる危険がある場合
- ②他に代替する方法がない場合
- ③拘束が一時的である場合

☆身体拘束を解除する場合

- ・問題行動がなくなり安全の確保が図られる場合
- ・身体拘束に代替する対応方法と環境整備が図られる場合

令和 年 月 日

指定介護老人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。

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム 飛鳥

説明者職名

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。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

保証人

住所 _____

氏名 _____ 印

