

社会福祉法人 悠
特別養護老人ホーム 結いの郷 小牧(ユニット型地域密着型介護老人福祉施設)

【重要事項説明書】

当施設は、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供致します。

施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り、ご説明致します。

☆ 目 次 ☆

1. 事業者の概要
2. 施設の概要
3. 職員の配置状況
4. 当施設の生活支援と入居費用
5. 入居費用
6. 入居時にお持ち頂く物
7. 当施設をご利用の際に御留意頂く事項
8. 非常災害時の対応
9. 退居して頂く場合
10. 相談、苦情申出先
11. 事故発生時と容体急変時の対応について

1. 事業者の概要

法人名	社会福祉法人 悠		
法人所在地	愛知県丹羽郡扶桑町大字高雄字郷東 312 番地		
電話番号	(0587)91-0080	F A X 番号	(0587)92-2600
ホームページアドレス	http://www.yu-aichi.or.jp		
代表者氏名	理事長 安田 篤		
設立年月日	平成22年12月13日		

2. 施設の概要

施設の種別	指定地域密着型介護老人福祉施設 平成26年4月5日指定																																					
指定番号	2393800137																																					
施設の名称	特別養護老人ホーム 結いの郷 小牧																																					
施設所在地	愛知県小牧市大字入鹿出新田郷中 539-1、540,541																																					
電話番号	(0568)44-9555	F A X 番号	(0568)44-9558																																			
ホームページアドレス	http://www.yu-aichi.or.jp																																					
施設長	安田 篤																																					
開設年月日	平成 26 年 4 月 5 日開設																																					
入居定員	29名	入居要件	①小牧市に住所を置かれている方 ②要介護3～5の認定を受けられている方																																			
施設の目的	介護保険法の定めるところにより、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や職員が、要介護状態にある高齢者に対し、適切な生活支援を行うことを目的と致します。																																					
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> 1 意思決定を大切にします 2 いまなお 輝く能力(チカラ)を大切にします 3 最期まで ご家族と共に 寄り添います 4 その人の暮らしを大切にします 5 そしてノーマライゼーションの具現化を目指します 																																					
居室の概要	<p>※ユニット及び居室については施設にて決定致します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>居室・設備の種類</th> <th>室数</th> <th>総面積</th> <th>1人あたりの面積(m²)</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>居室(個室)</td> <td>29</td> <td>321.5</td> <td>11.08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>共同生活室</td> <td>3</td> <td>130.0</td> <td>4.48</td> <td></td> </tr> <tr> <td>トイレ</td> <td>10</td> <td>43.5</td> <td>4.83</td> <td>ユニット内 各3箇所</td> </tr> <tr> <td>医務室</td> <td>1</td> <td>18.6</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>3</td> <td>33</td> <td>11</td> <td>個浴 3 箇所</td> </tr> <tr> <td>廊下</td> <td>—</td> <td>162</td> <td></td> <td>片廊下幅 2.0m 中廊下幅 2.45m</td> </tr> </tbody> </table>			居室・設備の種類	室数	総面積	1人あたりの面積(m ²)	備考	居室(個室)	29	321.5	11.08		共同生活室	3	130.0	4.48		トイレ	10	43.5	4.83	ユニット内 各3箇所	医務室	1	18.6			浴室	3	33	11	個浴 3 箇所	廊下	—	162		片廊下幅 2.0m 中廊下幅 2.45m
居室・設備の種類	室数	総面積	1人あたりの面積(m ²)	備考																																		
居室(個室)	29	321.5	11.08																																			
共同生活室	3	130.0	4.48																																			
トイレ	10	43.5	4.83	ユニット内 各3箇所																																		
医務室	1	18.6																																				
浴室	3	33	11	個浴 3 箇所																																		
廊下	—	162		片廊下幅 2.0m 中廊下幅 2.45m																																		

	人あたりの指定基準 10.65 m ² 以上を上回っています。
--	--

3. 職員の配置状況

当施設では、入居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必要数配置しています。入居者2人に対して、支援員、看護師を1人の割合で配置し、国の指定基準を上回っています。

(1)人数

職 種	員数	区 分				常勤換算後の人数	指定基準	保有資格等
		常 勤		非 常 勤				
		専 従	兼 務	専 従	兼 務			
施設長	1	1				1.0	1	
医師	1			1		0.1	必要数	医師
生活相談員	1	1			1	1.75	1	社会福祉士 介護支援専門員等
介護職員	15	8	2	4	1	12.9	10	介護福祉士等
看護職員	2	2				2.0		看護師、准看護師
栄養士	1		1			0.5	1	管理栄養士
機能訓練指導員	1		1			0.1	1	看護師
介護支援専門員	1		1			0.5	1	介護支援専門員
事務員						0.0	必要数	
調理員	1			2		0.5	必要数	
1週間の内、常勤の従業者が勤務すべき時間数								40時間
看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合								1.94:1
夜勤を行う介護職員の数		最小時の人数(宿直従事者を除く)					2名	
		平均時の人数(15:00～7:00)					3.0名	

(2)勤務体制

職 種	勤務	始業時間	就業時間	休憩時間	1日の勤務時間	休暇
施設長	日勤	8:30	17:30	12:30～13:30	8時間00分	4週8休

生活相談員 管理栄養士 介護支援専門員	土日及び祝祭日、年末年始等は、この職域が交代で必要数、日勤時間の勤務を致します。					
看護師	早出	8:30	17:30	12:30～13:30	8時間00分	4週8休
	遅出	9:00	18:00	13:00～14:00		
原則、昼間は1～2名体制です。夜間は自宅待機を以て、緊急時に備えます。						
生活支援員	日勤	8:30	17:30	12:30～13:30	8時間00分	4週8休
	早出	7:00	16:00	11:00～12:00		
	遅出	12:00	21:00	15:30～16:30		
	夜勤	15:30	9:30	交替で2時間	16時間00分	
21:00		7:00	交替で2時間	8時間00分		
嘱託医		10:00	11:00	※隔週 火曜日、健康管理にあたります。		

(3)内容

職種	内容
施設長	常勤にて専ら施設の管理職務に従事し、施設職員の管理、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。
医師(嘱託医)	入居者に対して、健康管理及び療養上の指導を行います。
生活相談員	入居者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
生活支援員	入居者の日常生活の支援を行います。
看護師	入居者の保健衛生並びに看護業務を行います。
管理栄養士	食事の献立作業・栄養計算の確認管理、入居者に対する栄養指導等を行います。
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能を維持し、又はその減退を防止するための訓練を行います。
介護支援専門員	施設サービス計画の作成等を行います。
事務員	必要な事務を行います。

4. 当施設の生活支援と入居費用

(1)利用料金が介護保険から給付されるもの

種類	内容
生活支援	入居者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入居者の心身の状況に応じて適切な技術をもって行います。
入浴	①入居者個々の身体状況に応じて入浴又は清拭を支援致します。 ②週2回の入浴ができます。 ③個浴をご用意しています。座位姿勢の不安定な方にはリフトを用いた方法により、安心の入浴を支援致します。
排泄	①入居者の心身の状況に応じた適切な排泄を支援致します。 ②排泄の自立を基本に適切に支援致します。
その他 自律支援	①寝たきり防止のため、日中はできる限り離床できるよう配慮致します。 ②生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮致します。

	③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配慮致します。
食 事	<p>①管理栄養士が管理する献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮した食事を提供致します。</p> <p>②各ユニットの共同生活室で召し上がって頂きます。また、体調不良等の理由により、居室で召し上がって頂く場合もあります。</p> <p>③食事時間を下記の通り設けています。 お好きな時間にお召し上がりください。 【朝食】7:30～9:00 【昼食】12:00～13:30 【夕食】18:00～19:30</p> <p>④主食、汁物はユニットにて調理し、副菜についてはクックチル方式により配食された惣菜をユニット内にて2次調理し、提供します。</p>
相談援助	入居者並びにご家族からの相談に対して、誠意を以て対応し、必要な援助を行うように努めます。
機能訓練	機能訓練指導員が、入居者の心身の状況に応じた生活リハビリを中心とした機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	<p>嘱託医又は看護職員により、入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。</p> <p>【嘱託医師】 トータルサポートクリニック名東 医師 永ノ尾 昭信(ながのお あきのぶ)</p> <p>【協力医療機関】 小牧市民病院、さくら総合病院</p> <p>【協力歯科医】 名古屋桜通デンタルクリニック 名古屋市千種区内山 3-1-1 桜通内山ビル3階</p>

(2)入居費用が介護保険から給付されないもの

種 類	内 容
居 住 費	2,066 円／日【入居者負担第 4 段階以上の方】
食 費	1,445 円／日【入居者負担第 4 段階以上の方】
光 熱 費	居室及び共用空間で使用された電気代等の実費相当額
特別な食事	<p>希望される方には、献立以外の食事を提供致します。</p> <p>召し上がられたメニューの提供に係る実費</p>
理・美容	<p>1～2回/月、理美容師の出張による理美容サービスをご利用頂けます。</p> <p>理美容に係る実費</p>
日常生活費等	<p>入居者本人が必要とされる日常生活に係る実費</p> <p>①入居者の希望により、身の回りの品として日常生活に必要なものを提供する場合の費用（歯ブラシ、化粧品等）</p> <p>②入居者の希望により、教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する場合の費用（新聞代、クラブ活動等の材料費等）</p> <p>③一定の要件の管理下において預り金の出納管理に係わる費用</p> <p>④個別で外部のクリーニング店に取り次ぐ際に掛かった費用</p>
代行に係る実費	施設車輛使用に係る燃料費実費 16.5/km

同行に係る実費	施設車輛使用に係る燃料費実費 16.5 円/km 公共交通機関利用に係る交通費実費(同行職員分含む)
医療費	医療費、薬剤費、インフルエンザ予防接種に係わる実費
金銭管理	<p>入居者自ら及び身元引受人等による金銭の管理が困難な場合、金銭管理サービスをご利用頂けます。ご希望される方は、金銭管理申込書をご提出下さい。</p> <p>【金銭預かり費用 1,000円/月額 月の途中であっても日割り計算は致しません。】</p> <p>統括管理責任者:施設長 印鑑保管責任者:施設長 通帳保管責任者:出納担当職員 出納方法:金銭管理取扱い規程による 出納報告:1回/月 保管場所:金融機関</p> <p>※なお、現金等を自己管理される場合の紛失によるトラブルについては、施設では責任を負いかねます。</p> <p>【財産預かり費用 2,000円/月額 月の途中であっても日割り計算は致しません。】</p> <p>統括管理責任者:施設長 印鑑保管責任者:施設長 通帳等保管責任者:出納担当職員 出納方法:金銭管理取扱い規程による 出納報告:1回/月</p>

5. 入居費用(各段階における自己負担額)

(1)介護サービス費

【入居者負担第4段階以上 介護保険費用1割負担】

(単位)

要介護度	介護保険 (単位)	食費 (円)	居住費 (円)	1日の合計 (円)	30日 の合計 (円)	対象者
1	682	1,445	2,066	4,202	126,060	世帯課税の者
2	753			4,274	128,220	
3	828			4,350	130,500	
4	901			4,424	132,720	
5	971			4,495	134,850	

※地域単価 10.14 に準ずる額

【入居者負担第4段階以上 介護保険費用2割負担】

要介護度	介護保険 (単位)	食費 (円)	居住費 (円)	1日の合計 (円)	30日 の合計 (円)	対象者
1	682	1,445	2,066	4,894	146,820	世帯課税の者
2	753			5,038	151,140	

3	828			5,190	155,700	
4	901			5,338	160,140	
5	971			5,480	164,400	

※地域単価 10.14 に準ずる額

【入居者負担第4段階以上 介護保険費用3割負担】

要介護度	介護保険 (単位)	食費 (円)	居住費 (円)	1日の合計 (円)	30日 の合計 (円)	対象者
1	682	1,445	2,066	5,585	167,550	世帯課税の者
2	753			5,801	174,030	
3	828			6,029	180,870	
4	901			6,251	187,530	
5	971			6,435	193,050	

※地域単価 10.14 に準ずる額

※1 低所得者に対する負担軽減措置(特定入所者介護サービス費)

以下の、第1段階や第2段階、第3段階に該当する場合は、当施設に対し、保険者が発行する「介護保険負担限度額認定証」の提示が必要となります。

【入居者負担第1段階】

要介護度	介護保険 (単位)	食費 (円)	居住費 (円)	1日の合計 (円)	30日 の合計 (円)	対象者
1	682	300	880	1,871	56,130	生活保護受給者 老齢福祉年金受給者 世帯全員が市町村税非 課税の者
2	753			1,943	58,290	
3	828			2,019	60,570	
4	901			2,093	62,790	
5	971			2,164	64,920	

※地域単価 10.14 に準ずる額

【入居者負担第2段階】

(単位)

要介護度	介護保険 (単位)	食費 (円)	居住費 (円)	1日の合計 (円)	1ヶ月 の合計 (円)	対象者
1	682	390	880	1,961	58,830	市町村民税非課税世帯であっ て、年収80万円以下の者(非課 税年金収入額も含む) (年収=合計所得額+課税年 金収入額)
2	753			2,033	60,990	
3	828			2,109	63,270	
4	901			2,183	65,490	
5	971			2,254	67,620	

※地域単価 10.14 に準ずる額

【入居者負担第 3 段階①】

要介護度	介護保険 (単位)	食費 (円)	居住費 (円)	1日の合計 (円)	30日 の合計 (円)	対象者
1	682	650	1,370	2,711	81,330	市町村民税非課税世帯であっ て、年収 80~120 万円以下の者 (非課税年金額も含む) (年収 = 合計所得額 + 課税年 金収入額)
2	753			2,783	83,490	
3	828			2,859	85,770	
4	901			2,933	87,990	
5	971			3,004	90,120	

※地域単価 10.14 に準ずる額

【入居者負担第 3 段階②】

要介護度	介護保険 (単位)	食費 (円)	居住費 (円)	1日の合計 (円)	30日 の合計 (円)	対象者
1	682	1,360	1,370	3,421	102,630	市町村民税非課税世帯であっ て、年収 120 万円~の者(非課 税年金額も含む) (年収 = 合計所得額 + 課税年 金収入額)
2	753			3,493	104,790	
3	828			3,569	107,070	
4	901			3,643	109,290	
5	971			3,714	111,420	

※地域単価 10.14 に準ずる額

※利用期間中に入院または外泊された際の居住費の取扱い

介護保険給付の取扱いに応じ、月 6 日を限度とし、「特定入所者介護サービス費」該当者は、それぞれの居住費の額を負担頂きますが、月 6 日を超えた日から、「介護サービス費」の居住費の額を負担頂きますことをご了承ください。

※2 社会福祉法人の軽減制度

当法人は、「社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業」を実施しています。この事業の対象者には、いくつかの要件がありますので、小牧市役所介護保険課までご相談下さい。

※3 高額介護サービス費

対象者については市町村より高額介護サービス費の払い戻しを受けることができます。

入居者負担第 1 段階の方 介護報酬負担額の内、15,000 円を超えた額

入居者負担第 2 段階の方 介護報酬負担額の内、15,000 円を超えた額

入居者負担第 3 段階の方 介護報酬負担額の内、24,600 円を超えた額

※但し、上記は独居世帯をモデルに算出しています。

(2)加算について

該当の加算項目があった場合、入居費用に加算致します。

加算項目	加算単位	内容
日常生活継続支援加算	46	施設基準により加算されます。
看護体制加算(Ⅰ)イ	12	〃
看護体制加算(Ⅱ)イ	23	〃
夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	46	〃
外泊時の費用	246	病院又は診療所への入院、自宅へ外泊した場合、月 6 日を限度とし一部負担金がこの金額に変更されます。
初期加算	30	入居日から 30 日間に限って加算致します。 また、30 日を超える病院、診療所への入院後に再入居した場合も対象となります。
退所前後訪問相談援助加算	460	退居前後に、退居後に生活する居宅を訪問して相談援助を行った場合に加算致します。
退所時相談援助加算	400	退居時に相談援助を行い、さらに 2 週間以内に市町村や居宅介護支援事業者に必要な情報を提供した場合に加算致します。
退所前連携加算	500	入居者の退居後の居宅サービス又は地域密着型サービスに係わる調整を関連機関に情報提供し連携して行った場合加算致します。
栄養マネジメント強化加算	11	栄養状態をアセスメントし、その状態に応じて他職種協働により栄養ケア・マネジメントが行われた場合に加算致します。
経口移行加算	28	経管により食事を摂取する入居者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合に 180 日を限度として加算致します。
経口維持加算(Ⅰ)	400/月	摂食障害を有し、誤嚥が認められる入居者について、摂食・誤嚥機能に配慮した経口維持計画を作成し、医師の指示を受けた管理栄養士が、特別な管理栄養を行った場合、加算致します。 (著しい摂食障害があり、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められた方が対象)
経口維持加算(Ⅱ)	100/月	〃 (摂食障害を有し、誤嚥が認められた方が対象)
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90/月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入居者に対し、口腔ケアを月に 2 回以上行っており、口腔ケア・マネジメントを行った場合、算定致します。
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110/月	〃 口腔ケア・マネジメント計画の内容などの情報を厚生労働省に提出し、有効活用している場合、算定致します。

療養食加算	18	医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合に加算致します。
排せつ支援加算(Ⅰ)	10/月	排せつケア計画に基づき、多職種協働で入居者ごとに排せつ管理を行った場合に算定致します。 3ヶ月に1回、排せつケア計画を見直します。
排せつ支援加算(Ⅱ)	15/月	〃 入居時と比較し、排せつの状況に悪化が無い、またはオムツ使用ありから使用無しに改善している場合に算定致します。
排せつ支援加算(Ⅲ)	20/月	〃 入居時と比較し、排せつの状況に悪化が無い、かつオムツ使用ありから使用無しに改善している場合に算定致します。
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3/月	褥瘡ケア計画に基づき、多職種協働で入居者ごとに褥瘡管理を行った場合加算致します。 3ヶ月に1回、褥瘡ケア計画を見直します。
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13/月	〃 入居時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者等について、褥瘡の発生がない場合、算定致します。
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40/月	入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスを有効に提供するために上記の情報を活用している場合、加算致します。
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50/月	入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスを有効に提供するために上記の情報を活用している場合、加算致します。
配置医師緊急時対応加算	(日中) 325 (早朝夜間) 650 (深夜) 1300	配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設に訪問し入居者の診療を行った場合加算致します。
看取り介護加算(Ⅰ)(Ⅱ)	72	医師が終末期であると判断した入居者について、医師、看護師、介護職員が共同して、本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡31日以上45日以下を限度として加算致します。
看取り介護加算(Ⅰ)(Ⅱ)	144	〃、死亡4日以上30日以下を限度として加算致します。
看取り介護加算(Ⅰ)	680	〃、死亡以前2日及び3日を限度として加算致します。
(Ⅱ)	780	

看取り介護加算(Ⅰ)	1,280	〃、死亡日を限度として、加算致します。
(Ⅱ)	1,580	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	
サービス提供体制加算(Ⅰ)	22	
サービス提供体制加算(Ⅱ)	18	
サービス提供体制加算(Ⅲ)	6	
協力医療機連携加算(Ⅰ)	50/月	協力医療機関との間で、入居者との同意を得た上で、病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催していることにより加算いたします。
(Ⅱ)	5/月	
退所時情報提供加算	250	医療機関へ退居する場合に医療機関に対して必要な情報を提供した場合に加算致します。
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)(Ⅱ)	150 120	認知症の専門的研修を修了した職員を中心にチームで認知症ケアに取り組むことにより加算を算定します。
高齢者施設等感染症対策向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)	10/月 5/月	医療機関と連携をして感染症への対応力を強化することによって加算を算定できます。
退所時栄養情報連携加算	70	退居される方の栄養管理に関する情報について、退居先に提供すること算定できる加算です。
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)	100/月 10/月	介護ロボットや ICT を活用して業務改善を継続して行うことにより算定できる加算です。
介護職員等処遇改善加算	算定額 14.0%	施設基準につき加算されます

* 地域単価 10.14 に準ずる額

(3)その他の費用

種 類	内 容
家 族 会 費	家族会会議費用等 500 円/年 年度途中の入居、退居であっても月割計算等は致しません。

(4)費用のお支払い方法

支払方法	<p>毎月10日以降に前月分の請求を致します。支払いは、入居者が指定する金融機関の口座より、十六銀行コンピューターサービス(株)の集金代行サービスによって翌月27日(土日祝祭日の場合は翌日)に自動引き落とし致します。通帳には以下のように記載されます。</p> <p>三菱東京UFJ銀行の場合:「ユイノサトコマキ」 銀行の場合: 「ユイノサトコマキ」 郵便局の場合: 「ユイノサトコマキ」</p> <p>請求明細書は、支払月の翌月 10 日以降に発行し、事務所にて保管しています。受け取りを希望される方は、お申し出ください。</p>
------	---

6. 入居の手続き

入居決定後、契約を締結致します。契約締結日には入居日を記入して下さい。

入居の際には、以下をご持参下さい。但し、退居の際には、全てお持ち帰り頂きます。

	持ち物	備考
印鑑	本人、身元引受人の印鑑	契約書作成等の事務手続きがありますので、持参下さい。なお、ご本人の印鑑は、行政手続きや金銭管理する場合、ご本人の確認印として必要な場合がありますので、お預け下さい。(銀行印でないもの)
住民票	本人、身元引受人の住民票	
保険証類	介護保険被保険者証	入居初日から、お預かり致します
	後期高齢者医療被保険者証/国民健康保険被保険者証/後期高齢者福祉医療受給者証 ※保険証更新時、新しい保険証が届きましたら、速やかにお持ち下さい。	
	介護保険負担限度額認定証	該当者のみ
	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証	
	身体障害者手帳	
	健康手帳	
	心身障害者医療費受給者証	
	福祉給付金受給者証	
医療	情報提供書	主治医より、結いの郷小牧の嘱託医「 <u>トータルサポートクリニック名東 永尾昭信</u> 」迄 情報提供して下さいようお願い致します。
	薬	2週間分を目安にご持参下さい。その後は、当施設の嘱託医が処方致します。(お薬手帳若しくは薬剤情報書を御持参下さい。)
	各種診察券	お手持ちの診察券をご持参下さい。引き続き使用します。
日用品	食器	茶碗、お椀、箸、湯のみ、マグカップ、スプーン等 ※普段使われていたもの
	衣類	防寒着、普段着、下着、靴下、パジャマ ※居室の収納には限度があります。季節に応じて衣類や物品の入れ替えをお願い致します。
	履物	外履き(靴等)、内履き(日常的には裸足、靴下等でお過ごし頂けますが、身体状況上必要な方はスリッパやリハビリシューズ等ご用意頂きます。)
	洗面用具	歯ブラシ、歯磨き粉、くし、うがい用コップ
	日用品	タオル、バスタオル、入れ歯用容器、入れ歯、補聴器、眼鏡、膝掛け、帽子、電気カミソリ、グローブ、ティッシュ、ボロ布、古新聞紙、爪切り、耳かき、(ハンドソープ、ペーパータオル)
	生活雑貨類	整理ダンス、防災カーテン(※必ず準備をお願いします。)、テレビ、冷蔵庫、ラジカセ、ゴミ箱、時計、カレンダー、鏡 ※居室は、6畳程度の広さです。

		<p>※ご本人愛用の家具や馴染みのある日常生活用品等ありましたら、ご持参下さい。</p> <p>※加湿器、花瓶、鉢植え、書籍、絵画、小物入れ、椅子、杖、押し車等（原則、ご本人、ご家族の責任において管理して頂きます。）</p>	
<p><u>※標準付帯マットレス、ベッドパッド、シーツ、標準オムツパッドは当施設でご用意します。個人の必要に応じてその他毛布やタオルケット等お持込み頂いても構いません。</u></p> <p><u>標準付帯レベルを超える機能を有する車イスや、マットレス、ポジショニングクッション等、その他、個人で使用される物品については個人にてご用意下さい。</u></p>			
その他	金銭管理申込依頼書		
	預り金管理申込依頼書		
	保険証お預かり及び返却証		
	家族会入会申込依頼書		
	鍵(居室)貸与申込書		
	問合せ対応方法確認書		
	緊急時こんなときどうする？		

7. 当施設をご利用の際に御留意頂く事項

身元引受人	<p>事業者は、入居者に対し、身元引受人の指定を求めます。但し、社会通念上、入居者に身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。(契約書参照)</p>
身体拘束について	<p>当施設は、一切の身体拘束を致しません。拘束禁止事項は以下のとおりです。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 徘徊しないように、車イスや椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。 ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。 ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚を掻き毟らないように、手指の機能を制限するミン型の手袋等をつける。 ⑥ 車イスや椅子からずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト(ひも)、車イステーブルをつける。 ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようなイスを使用する。 ⑧ 脱衣やオムツ外しを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。 ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。 ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。 ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。 <p>※ 但し、入居者本人又は他の入居者等の生命又は身体の危険にさらされる等、緊急やむを得ない場合は、ご家族の同意を得てから実施致します。</p>
来訪・面会	<p>来訪される方は、面会時間は原則 7:00～21:00 と定めます。各ユニット玄関より来設下さい。但し、時間外であっても解錠致しますので、予めご連絡下さい。</p>
来訪・面会 外出・外泊	<p>感染症予防のため、来訪の際には必ず手指消毒にご協力下さい。また、インフルエンザ等の感染症予防を目的に、一時的にマスク着用のご協力を頂く場合があります。</p>

	<p>又、上記特別な時期等によっては、幼年少児や、心身が虚弱な状態等にある方のご来訪を控えて頂く場合があります。</p> <p>ご家族やご友人等、親しい方との外出・外泊はお気軽にできます。(支援員にお申し出ください。)</p> <p>尚、欠食による減算については、お申し出が午前中であれば、その日を含み、7日後から可。お申し出が午後であれば、その日を除外し7日後から可。</p> <p>食事の追加については7日前から承ります。</p>
飲 食 物	<p>ご本人が好まれる飲食物を持参され、召し上がって頂くことは可能です。支援員にご持参頂いた品物種類、量、召し上がった品物、量等をお知らせ下さい。ご本人の体調や健康を考え、管理栄養士や看護師等が検討の上、差し入れの飲食物を控えて頂くことがありますのでご理解下さい。</p>
現 金	<p>ご本人持ちの現金管理は、施設では責任を負いかねます。現金は、日常生活に必要な額として入居者、身元引受人の方が責任を以て管理して下さい。</p>
持 ち 物	<p>持ち物、衣類については、全てご記名下さい。</p>
個人情報の開示等	<p>入居者及び身元引受人のお申し出により、本人に関するお問い合わせや個人情報の開示の程度について対応致します。</p>
日々記録の開示等	<p>随時、口頭もしくは書面にて入居者の現況報告をさせていただきます。また、ご家族のお申し出により、日々の記録の写しをお渡しすることができます。</p>
機関紙等への掲載	<p>機関紙やホームページ等への記事、顔写真の掲載を始め、当施設発行物への掲載を希望されない方はお申し出ください。控えさせていただきます。</p>
居室設備、設備器具の利用	<p>居室や施設内の器具は本来の使用方法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により、破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。</p>
居室設備、設備器具の利用	<p>ご希望により、テレビ、電話等を設置して頂けます。</p> <p>テレビの視聴時間が22時以降になる場合はイヤホンを使用して頂きます。</p>
喫 煙	<p>喫煙は、指定場所にてお願い致します。</p> <p>喫煙場所: 駐輪場 (喫煙時間原則 7:00~21:00)</p>
ご家族の宿泊	<p>ご本人の居室に宿泊して頂くことが可能です。</p> <p>但し、寝具等のご用意ください。</p>
ご家族の宿泊	<p>食事はご本人と共に召し上がって頂けます。お支払いは事務所にお願い致します。</p> <p>【朝食】401円【昼食】522円【夕食】522円</p>
ご家族の協力	<p><input type="checkbox"/> 2回/年、ユニット内、居室等の大掃除を行います。ユニット毎に行いますので、ご協力下さい。また、日頃の清掃にもご協力下さい。掃除機等の清掃用品はご用意していますのでご自由にお使い下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 請求明細書は、支払月の翌月 10 日以降に発行し、事務所に保管しています。受け取りを希望される方は、事務所に申し出の上、お受け取り下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 住所変更をされた場合、郵便物が当施設に届きます。事務所に保管しておりますので、ご来訪の際には必ず郵便物の有無をご確認ください。なお、介護保険課等からの</p>

	<p>郵便物に限っては早急な対応を要することもあり、開封させて頂く場合がございます。予めご了承ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 来訪の際には、近所へのちょっとした散歩、外出等、ご本人と一緒にご自由にお出かけ下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 安定的な施設生活継続のため、ご本人の「願い」を可能な限り叶えられるよう支援させて頂きたいと考えます。ご家族においてもご協力をお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人の誕生日等の記念日には、是非ご来訪頂き、一緒にお過ごしください。</p> <p><input type="checkbox"/> 居室収納には限度があります。季節に応じて衣類物品の入れ替えをお願い致します。</p>
金銭物品供与及び貸与	他の入居者への物品、金銭の供与及び貸与は行わないようにお願い致します。これらのトラブルについては責任を負いかねます。
迷惑行為等	他者に対して脅威を与える行為、暴言暴力、騒音など、迷惑になる行為はご遠慮ください。また、認知症によるやむを得ない場合を除き、むやみに他の入居者の居室に立ち入らないようにお願い致します。
宗教活動・政治活動	暴力団関係者、新興宗教団体、政治団体及びその他事業者やサービス従業者または他の入居者に対して、脅威を与える恐れのある個人、団体との交際、関係が明らかになった場合及び脅威を与えた場合は退居して頂くことがあります。また、そうした活動についても一切ご遠慮ください。
下記の場合は、施設の管理責任を負いかねることがありますのでご了承願います。	
1. 吸引を必要とする入居者の窒息、誤嚥等の不測の事態となったと考えられる場合。	
2. ベッドからの転落及び移動中の転倒による骨折を含むケガ、及びそのことに起因すると思われる身体症状の悪化等、不測の事態と考えられる場合。	
3. 精神障害(認知症等を含む)に起因すると思われる行動障害(異食、無断外出等)による不測の事態となった場合。	
4. 環境変化により不測の事態となったと考えられる場合。	
5. 自己管理されている飲食物(オヤツ、面会者等からの差し入れ等)により、不測の事態となったと考えられる場合。	
※ 不測の事態とは、通常の支援業務を行っている中で予測できない事態が起り、適切な処置を行ったにもかかわらず、生命及び心身に多大な影響を与えた場合を言います。	

8. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム結いの郷小牧消防計画」に則り、対応致します。		
平常時の訓練等	消防計画により、常に設備器具等の点検、消火、通報、避難誘導訓練を実施致します。小牧市消防本部・小牧市消防署と連絡を取りながら避難誘導訓練等の訓練を行い、非常の際に備えます。		
消防設備			
設備名称	個数等	設備名称	個数等
スプリンクラーヘッド	必要数	非常通報装置	必要数
誘導等	必要数	消火器	必要数
防火扉	必要数	非常用電源	必要数

※カーテン、絨毯等は、防災性のあるものを使用しています。	
防災計画等	消防署への届け出 平成26年3月25日
防火管理者	施設長 安田 篤

9. 退居して頂く場合(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無い限り、継続して入居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、退居頂くことになります。

- ① 要介護認定により入居者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 入居者をご逝去に至られた場合
- ③ 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
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、入居者に対する援助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 入居者から退居の申し出があった場合(詳細は以下(1)をご参照ください)
- ⑦ 事業者から退居の申し出を行った場合(詳細は以下(2)をご参照ください)

(1) 入居者からの退居の申し出があった場合

契約の有効期間であっても、入居者からの退居の申し出をすることができます。その場合には、退居を希望する日の14日前までにお申し出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- ① 介護保険給付対象外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 入居者が入院された場合
- ④ 事業者若しくは職員が正当な理由なく本契約に定める当施設が提供する内容を実施しない場合
- ⑤ 事業者若しくは職員が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者若しくは職員が故意又は過失により利用者の身体・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 他の入居者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合に於いて、事業者が適切な対応を取らない場合

(2) 事業者からの退居の申し出を行った場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居して頂くことがあります。

- 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、本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、利用料金の支払いが2カ月以上遅延し、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、故意または重大な過失により事業者又は職員若しくは他の入居者等の生命・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入居者が連続して7日以上病院又は診療所に入院すると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に入所した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

当施設入居中に、医療機関への入院の必要性が生じた場合の対応は以下のとおりです。

①検査入院等、6日以内の短期入院の場合

6日間以内入院をされた場合には、退院後再び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頂きます。

②7日間以上3カ月以内の入院の場合

7日間以上入院された場合は、契約を解除する場合があります。

但し、契約を解除した場合であっても、3カ月以内に退院された場合には、当施設に再入居できるよう配慮します。

③3カ月以内の退院が見込まれない場合

3カ月以内の退院が見込まれない場合には、契約は解除となります。

10. 相談・苦情申出先

相談苦情は、次の窓口で受け付けます。入居者及び身元引受人等のご協力、ご支援により事業運営をしていきたいと願っております。お気付きの点やご質問等がございましたら遠慮なくお尋ね下さい。

苦情解決責任者	施設長	安田 篤
苦情受付担当者	介護支援専門員	大橋 篤志
第三者委員	民生委員 林 政江 住所 Tel 民生委員 鈴木 伸夫 住所 Tel	
受付時間	平日 8:30 ~ 17:30	
電話番号	(0568)44-9555	
相談場所	特別養護老人ホーム 結いの郷 小牧 相談室	
その他の苦情等受付窓口		
愛知県国民健康保険団体連合会	TEL(052) 971-4165	
小牧市役所介護保険課	TEL(0568) 76-1153(直通)	

11. 事故発生時と容体急変時の対応について

事故発生時	応急処置を致します。ケガの程度によっては囑託医に連絡をする等必要な処置を講ずる他、医療機関への受診を配慮致します。緊急時は、救急搬送致します。身元引受人の方へは、事故の状況報告を致します。 事故原因の特定と共に再発防止に向けての話し合いを致します。 身元引受人の方と併せて、同様の報告を保険者である小牧市介護保険課へもご連絡致します。
容体急変時	応急処置を行うと共に、速やかに救急車の要請を致します。 身元引受人、ご家族の方には症状の報告と搬送先のご連絡を致します。

私は、本書面に基つ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に同意しました。

令和 年 月 日

入居者
住所 _____

氏名 _____ (印)
(代筆: ())

家族代表者
住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 _____

説明者
職名 _____

氏名 _____ (印)