

# 重要事項説明書

## (地域密着型特別養護老人ホームみその)

令和 7 年 6 月 1 日現在

あなたに地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明致します。

### 1. 事業者(法人)の概要

|         |               |
|---------|---------------|
| 事業者の名称  | 社会福祉法人 美竹会    |
| 事業者の所在地 | 愛知県豊川市金沢町稲場 7 |
| 代表者名    | 理事長 竹生 吉信     |
| 電話番号    | (0533)93-1712 |
| FAX 番号  | (0533)93-7437 |

### 2. 事業所(ご利用施設)

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 施設の名称  | 地域密着型特別養護老人ホームみその |
| 施設の所在地 | 愛知県豊川市金沢町弁天下 38-3 |
| 代表者名   | 管理者 竹生 和史         |
| 電話番号   | (0533) 65-8603    |
| FAX 番号 | (0533) 65-8633    |
| 事業所番号  | 2392600132        |

### 3. 施設の目的及び運営方針

#### [施設の目的]

社会福祉法人美竹会が設置運営する地域密着型特別養護老人ホームみその(以下「施設」という。)に配置する従業員(以下「職員」という。)が、施設を利用される要介護状態にあたる高齢者に対し、適正な指定地域密着型介護老人施設サービスを提供することも目的とします。

#### [運営方針]

施設は、介護保険法、老人福祉法及び関係法令に基づき、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、入居者の居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な常

生活を営むことができるよう支援します。

2 施設は、地域や家族との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

#### 4. 施設の概要

##### (1) 敷地および建物

|    |       |                        |
|----|-------|------------------------|
| 敷地 |       | 1603.20 m <sup>2</sup> |
| 建物 | 構造    | 鉄筋コンクリート造              |
|    | 延べ床面積 | 1933.61 m <sup>2</sup> |
|    | 利用定員  | 29 名                   |

##### (2) 居室

| 居室種類 | 室数 | 人数 | 面積(1 人当り面積)                                |
|------|----|----|--|
| 個室   | 29 | 29 | 11.05 m <sup>2</sup> ～13.25 m <sup>2</sup> |

##### (3) 主な設備等

| 種類    | 面積(1 人当り面積)  | 備考    |
|-------|--|-------|
| 共同生活室 | B.C 75.49 m <sup>2</sup> (B 73.3 m <sup>2</sup> C 8.3 m <sup>2</sup> )<br>D 73.59 m <sup>2</sup> (7.3 m <sup>2</sup> ) |       |
| トイレ   |  | 必要数設置 |
| 洗面台   |  | 各居室設置 |
| 医務室   | 15.05 m <sup>2</sup>   |       |
| 静養室   | A 10.77 m <sup>2</sup> B 11.00 m <sup>2</sup>  |       |
| 浴室    | A 寝浴 40.94 m <sup>2</sup> B 座浴 40.94 m <sup>2</sup>  | 脱衣室含む |

#### 5. 職員の体制

| 職種・区分   | 常勤 |    | 非常勤 |    | 常勤換算 | 備考                       |
|---------|----|----|-----|----|------|--------------------------|
|         | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |      |                          |
| 管理者     |    | 1  |     |    | 0.5  | ショートステイ、ケアハウス<br>訪問入浴 兼務 |
| 生活相談員   | 1  |    |     |    | 1.0  | 介護支援専門員兼務                |
| 介護支援専門員 | 1  | 1  |     |    | 1.8  | 生活相談員兼務                  |
| 介護職員    | 14 |    | 13  | 0  | 19.3 |                          |
| 看護職員    | 1  | 1  |     |    | 1.5  | 機能訓練指導員 兼務               |

|           |   |   |   |  |       |                   |
|-----------|---|---|---|--|-------|-------------------|
| 機能訓練指導員   |   | 1 |   |  | 0.5   | 看護職員 兼務           |
| 配置医師      |   |   | 1 |  | 0.025 | 毎週月曜日 13：00～14：00 |
| 管理栄養士・栄養士 | 2 |   |   |  | 2     |                   |

(令和7年5月1日現在)

#### 6. 職員の勤務体制

| 職種               | 区分  | 勤務時間                        |             | 休暇                |
|------------------|-----|-----------------------------|-------------|-------------------|
| 管理者              | 常勤  | 下記のシフトによる交代勤務<br>8：30～17：30 |             | 勤務シフトによる<br>週休2日制 |
| 生活相談員<br>介護支援専門員 | 常勤  | 下記のシフトによる交代勤務<br>8：30～17：30 |             | 勤務シフトによる<br>週休2日制 |
| 介護職員             | 常勤  | 下記のシフトによる交代勤務               |             | 勤務シフトによる<br>週休2日制 |
|                  | 非常勤 | 70k                         | 7:00～9:00   | 勤務シフトによる          |
|                  |     | 早                           | 6:00～15:00  |                   |
|                  |     | 日                           | 7:00～16:00  |                   |
|                  |     | A                           | 7:30～16:30  |                   |
|                  |     | B                           | 8:00～17:00  |                   |
|                  |     | C                           | 8:30～17:30  |                   |
|                  |     | D                           | 9:00～18:00  |                   |
|                  |     | F                           | 11:00～20:00 |                   |
|                  |     | H                           | 12:00～21:00 |                   |
|                  |     | 遅                           | 13:00～22:00 |                   |
|                  |     | 夜2                          | 16:00～24:00 |                   |
|                  |     | 明2                          | 0:00～9:00   |                   |
|                  |     | 夜L                          | 22:00～翌8:00 |                   |
|                  |     | 60g                         | 6:00～10:00  |                   |
|                  |     | 70g                         | 7:00～11:00  |                   |
|                  |     | 80e                         | 8:00～11:00  |                   |
|                  |     | 83g                         | 8:30～12:30  |                   |
|                  |     | 83i                         | 8:30～13:30  |                   |
|                  |     | 73e                         | 7:30～10:30  |                   |
|                  |     | 83m                         | 8:30～15:30  |                   |
|                  |     | C3g                         | 12:30～16:30 |                   |
|                  |     | 80a                         | 8:00～9:00   |                   |
|                  |     | 10g                         | 13:00～17:00 |                   |

|                 |     |                             |             |                   |  |
|-----------------|-----|-----------------------------|-------------|-------------------|--|
|                 |     | 50g                         | 17:00～21:00 |                   |  |
|                 |     | 40g                         | 16:00～20:00 |                   |  |
|                 |     | X0g                         | 18:00～22:00 |                   |  |
|                 |     | 10a                         | 13:00～14:00 |                   |  |
|                 |     | 83n                         | 8:30～16:00  |                   |  |
|                 |     | 70c                         | 7:00～9:00   |                   |  |
|                 |     | 80i                         | 8:00～13:00  |                   |  |
|                 |     | 30c                         | 15:00～17:00 |                   |  |
|                 |     | B0i                         | 11:00～16:00 |                   |  |
|                 |     | 80o                         | 8:00～16:00  |                   |  |
|                 |     | 70i                         | 7:00～12:00  |                   |  |
|                 |     | 90m                         | 9:00～16:00  |                   |  |
|                 |     | 90g                         | 9:00～13:00  |                   |  |
|                 |     | 90i                         | 9:00～14:00  |                   |  |
|                 |     | 90m                         | 9:00～16:00  |                   |  |
|                 |     | 30i                         | 15:00～20:00 |                   |  |
|                 |     | 80g                         | 8:00～12:00  |                   |  |
|                 |     | 90l                         | 9:00～15:30  |                   |  |
|                 |     | 90i                         | 9:00～14:00  |                   |  |
|                 |     | 93d                         | 9:30～13:00  |                   |  |
|                 |     | 83p                         | 8:30～17:00  |                   |  |
| 看護職員<br>機能訓練指導員 | 常勤  | 下記のシフトによる交代勤務<br>8:00～17:00 |             | 勤務シフトによる<br>週休2日制 |  |
|                 | 非常勤 | 9:00～18:00                  |             | 勤務シフトによる          |  |
| 配置医師            | 非常勤 | 毎週月曜日<br>13:00～14:00        |             |                   |  |
| 管理栄養士           | 常勤  | 下記のシフトによる変更勤務<br>9:00～18:00 |             | 勤務シフトによる<br>週休2日制 |  |

## 7. サービス内容

### (1) 介護保険給付サービス

| 種類             | 内容  |
|----------------|---|
| 栄養ケアプランの<br>作成 | ・血液データや BMI 値などの情報を基に、管理栄養士が栄養ケアマネジメントを作成します。 |
| 療養食            | ・配置医師の食事箋に基づき、療養食（腎臓食・糖尿食等）を提供し、              |

|                            |   |
|----------------------------|---|
|                            | <p>疾病の悪化防止に努めます。</p>  |
| 食事                         | <p>・栄養士が立てる献立により、栄養バランスと入居者の身体状況・嗜好に配慮をした食事を提供します。</p> <p>・食事は離床して共同生活室のダイニングスペースで食べて頂くよう配慮します。</p> <p>[食事時間]</p> <p>朝食 8:00 ～ 9:30</p> <p>昼食 12:00 ～ 13:30</p> <p>夕食 17:30 ～ 19:00</p> |
| 排せつ                        | <p>・入居者の状況に応じ、適切な排せつ介助と、排せつの自立の援助を行います。</p>   |
| 入浴                         | <p>・入居者のご希望に応じ、週2回以上の入浴または清拭を行います。</p> <p>・寝たきり等で座位を維持できない方も機械浴での入浴が可能です。</p>   |
| 離床<br>・<br>着替え<br>・<br>整容等 | <p>・寝たきり防止のため、出来る限りの離床に配慮をします。</p> <p>・入居者の生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行えるように配慮をします。</p> <p>・入居者それぞれの尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</p> <p>・寝具消毒、シーツ交換、洗濯、居室内清掃等を行います。</p>                              |
| 機能訓練                       | <p>・機能訓練指導員により、入居者の心身の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の改善、維持及び減退防止に努めます。</p>  |
| 健康管理                       | <p>・配置医師により、必要に応じて診察日を設けて健康管理に努めます。</p> <p>・緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。</p> <p>・入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その付添についてできる限り配慮をします。</p>  |
| 相談および援助                    | <p>入居者とそのご家族、身元保証人からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。</p>   |
| 社会生活上の便宜                   | <p>・当施設では必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとする為、行事等の企画をします。</p> <p>・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入居者及びご家族、身元保証人の状況によっては代行を致します。</p>   |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種類            | 内容  |
|---------------|---|
| 特別な食事の提供      | 入居者の希望により特別な食事を提供することもできます。   |
| 理髪・美容         | 希望時、訪問理美容サービスをご利用して頂けます。<br>こちらは介護保険給付外です。実費をお支払い下さい。                                     |
| 電気使用料金        | 個人的に電気機器等を持ち込まれて使用される場合の電気使用料金として、1月あたり300円の負担となります。                                      |
| テレビ貸出金        | 1台につき1月あたり200円の負担となります。   |
| 日常生活品<br>代行購入 | 衣類・歯ブラシ・スリッパ等の日用品の購入の代行を致します。購入代金は実費自己負担となります。(いきいき通販での購入等)                               |
| 医療機関への受診      | 医療機関への受診(医療費)については医療保険適用の為、実費自己負担となります。   |
| 金銭管理          | ① 現金をお預かりします。金銭出納帳に記録を記入致します。<br>3ヶ月毎に金銭出納の記録をご報告致します。<br>② 立替にて購入し、利用料等と一緒に請求をさせていただきます。 |
| その他の費用        | サービス提供される便宜の中で、日常生活において通常必要となる費用で、その入居者に負担される事が適当であると認められる費用は、自己実費負担となります。                |

8. 利用料

(1) 介護保険給付サービス利用料金

利用料は、原則として厚生労働省が定める基準額の介護保険負担割合証に記載された負担割合が自己負担となります。利用者負担額減免を受けられている場合は、減免額に応じた自己負担額となります。

《指定地域密着型介護老人福祉施設サービス費》

|                       | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|
| ユニット型個室<br>(1日当たり単位数) | 682  | 753  | 828  | 901  | 971  |

(令和6年4月1日現在)

※ 利用料は要介護度に応じて算出します。

- ・ 1単位を10.14円で算出します。

※ 上記の利用料に加え下記の加算がつきます。

- ・ 初期加算・・・1日 30 単位(入所日より 30 日以内期間に加算致します)
- ・ 看護師体制加算(Ⅰ)・・・1日 12 単位
- ・ 夜勤職員体制加算(Ⅱ)イ・・・1日 46 単位
- ・ 科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)・・・月 40 単位
- ・ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)・・・別途、合計額の 14.0%相当の金額が加算されます。
- ・ 入院外泊時費用・・・1日 246 単位
- ・ 外泊時に在宅サービスを利用した場合の費用・・・1日 560 単位
- ・ 退所前訪問相談援助加算・・・1日 460 単位(入居者が退所後生活する居宅を訪問し相談援助を行った場合)
- ・ 退所後訪問相談援助加算・・・1日 460 単位(退所後 30 日以内に居宅を訪問し相談援助を行った場合)
- ・ 退所時相談援助加算・・・400 単位(1 回限り。退所後の入居者の生活問題に対する相談援助を行った場合)
- ・ 退所前連携加算・・・500 単位(1 回限り。退所前に指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連絡調整を行った場合)
- ・ 低栄養リスク改善加算・・・月 300 単位・・・低栄養リスクが「高」と評価される入居者で新規入居時又は再入居時のみに算定する。
- ・ 再入所時栄養連携加算・・・月 400 単位・・・入居者が入院され、施設入居時と大きく異なる栄養管理が必要となった場合、当施設管理 栄養士が医療機関の管理栄養士より指導等を受け、栄養ケア計画を作成し、当施設に再入居した場合に算定する。
- ・ 療養食加算・・・1回 6 単位 (対象の方に配置医師の食事箋に基づき、疾病の悪化防止に努め療養食(腎臓食・糖尿食等)を提供した場合)
- ・ 看取り介護加算・・・①1日 72 単位(死亡日以前 31 日以上 45 日以下) ②1日 144 単位(死亡日以前 4 日以上 30 日以下) ③1日 680 単位(死亡日以前 2 日又は 3 日) ④1日 1280 単位(死亡日)(医師が終末期にあると判断した入居者について、医師、看護職員、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合)
- ・ 日常生活継続支援加算Ⅱ・・・1日 46 単位(居宅での生活が困難であり、施設入居の必要性が高いと認められる重度の要介護状態(要介護 4 以上) の方や認知症等である方を積極的に入居して頂き、質の良いサービスを提供させて頂くことでその方が可能な限り尊厳のある日常生活が継続できるように支援した場合)

## (2) 介護保険給付対象外サービス利用料金

ご利用者の食事費及び居住費(滞在費)にかかる費用(1日当り)です。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された金額

(1日当たり)のご負担となります。

《指定地域密着型介護老人福祉施設利用食事自己負担料金》

|                   | 第1段階  | 第2段階  | 第3段階①   | 第4段階基準額<br>+<br>追加料金 |
|-------------------|-------|-------|---------|----------------------|
|                   |       |       | 第3段階②   |                      |
| 自己負担料金<br>(1日当たり) | 300 円 | 390 円 | 650 円   | 1,600 円              |
|                   |       |       | 1,360 円 |                      |

《指定地域密着型介護老人福祉施設利用居住費（滞在費）自己負担料金》

|                    | 第1段階         | 第2段階         | 第3段階           | 第4段階基準額<br>+<br>追加料金 |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|----------------------|
| ユニット型個室<br>(1日当たり) | <u>880 円</u> | <u>880 円</u> | <u>1,370 円</u> | <u>2,400 円</u>       |

(令和6年8月1日より)

《入院・外泊時の居住費（滞在費）について》

入院・外泊時、入居者のために居室を確保している場合、第4段階の方は入院・外泊の翌日より、第1段階～第3段階の方は、6日（入院外泊時費用の対象期間）までは負担限度額認定の適用とし、7日以降は原則として全額負担となります。

(3) 入居者の入院期間中の取り扱い

この施設は、病院または診療所に入院する必要が生じた入居者において、入院後おおむね3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる場合は、その入居者及びそのご家族、身元保証人の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再びこの施設の入所利用が円滑にできるようにするものとします。入院後、3ヶ月以内の退院が見込めない場合は契約を解除する場合があります。退院された場合、優先的に再入所することができます。

(4) 利用料金の支払い方法

利用料金につきましては1ヶ月ごとに計算し、ご請求致します。翌月26日までに銀行口座自動引落(三菱UFJ銀行及びUFJファクター株式会社の「集金代行サービス」による)方法でお支払い頂きます。なお、26日が銀行の営業日では無い場合は翌営業日となります。他の、お支払い方法(現金支払い等)を希望される方は、お申し下さい。また、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なります。



## 9. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。また、看取りに関することについては別紙の重度化した場合における（看取り）指針に基づき、入居者及び家族(身元保証人)に説明した後、同意を得るものとします。

## 10. 事故発生時の対応について

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービス提供時にご利用者様に事故が発生した場合には、速やかに東三河広域連合及び市町村、ご家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|              |       |                       |
|--------------|-------|-----------------------|
| 損害賠償<br>責任保険 | 保 険 名 | 介護社会福祉事業者総合保険         |
|              | 補償の概要 | 対人対物その他 1名1事故 上限1億円 等 |

## 11. 非常災害時の対策

|           |   |
|-----------|---|
| 非常時の対応・対策 | ・当施設の消防計画に基に対応を行います。<br>・関係機関への通報体制、定期的に職員に周知します。                               |
| 避難訓練      | 当施設は、年2回以上の火災・地震等を想定した訓練を行います。  |
| 防災設備      | ・スプリンクラー・非常放送設備・消火器、非常口<br>・屋外避難階段・非常用照明、誘導灯・自動火災報知設備<br>・自動火災通報設備、火災通報装置・自家発電機 |
| 消防計画      | 消防署への届出日：平成26年 4月11日<br>防火管理者：竹生 和史   |

## 12. 配置医師及び協力医療機関

|        |      |                 |
|--------|------|-----------------|
| 配置医師   | 名称   | 白谷医院            |
|        | 医師名  | 山口善徳            |
|        | 所在地  | 豊川市一宮町下新切 157-3 |
|        | 電話番号 | (0533) 93-2310  |
|        | 診療科  | 泌尿器科・内科         |
|        | 入院設備 | なし              |
| 協力医療機関 | 名称   | 白谷医院            |
|        | 医師名  | 白谷裕巳            |
|        | 所在地  | 豊川市一宮町下新切 157-3 |

|          |      |                     |
|----------|------|---------------------|
|          | 電話番号 | (0533) 93-2310      |
|          | 診療科  | 泌尿器科・内科             |
|          | 入院設備 | なし                  |
|          | 名称   | 後藤病院                |
|          | 所在地  | 豊川市桜木通 4 丁目 10 番地 2 |
|          | 電話番号 | (0533) 86-8166      |
|          | 診療科  | 整形外科、麻酔科、内科 他       |
|          | 入院設備 | あり                  |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 中尾歯科医院              |
|          | 医師名  | 中尾完二                |
|          | 所在地  | 豊川市一宮町泉 135         |
|          | 電話番号 | (0533) 93-5122      |

### 1 3. 苦情申立

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 当該事業所相談室                 | 担当者 : 竹生 和史<br>ご利用方法: 当該事業所にて面談・電話・FAX・手紙などで<br>常時に受け付ける<br>電話番号: (0533)93-1712 FAX: (0533)93-7437 |
| 愛知県社会福祉協議会<br>(運営適正化委員会) | 所在地: 名古屋市東区白壁一丁目 50 番地<br>電話番号: (052) 212-5515 FAX: (052)212-5514                                  |
| 愛知県国民健康保険連合              | 電話番号 : (052) 971-4165  |
| 行政機関                     | 所在地: 豊橋市八町通り 2 丁目 1 6 番地<br>東三河広域介護保険課<br>電話番号 (0532) 26-8471                                      |

### 1 4. 衛生管理等について

入居者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

2 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

3 施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね 1 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知

徹底しています。

- ② 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的 to 実施します。
- ④ ①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

#### 1 5. 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、入居者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

2 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。

3 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 1 6. 虐待の防止について

施設は、入居者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。＊各ユニットサブリーダーが担当
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ④ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ⑤ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ⑥ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑦ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居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。

#### 1 7. 身体的拘束について

施設は、原則として入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入居者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最

小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ① 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、入居者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ② 非代替性：身体拘束以外に、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- ③ 一時性：入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます

#### 18. 地域密着型サービス外部評価の実践状況

当施設は地域密着型サービスの第三者評価を受けていません。

#### 19. 入所に当たっての留意事項

##### (1) 身元保証人の責務

- ・ 身元保証人には、別紙「契約書」に基づく一切の責任を施設と連帯して履行の責任を負います。
- ・ 入居者が他の入居者に対して心身等の重大な影響を及ぼす行動が認められた場合には、身元保証人との協議の上、施設と入居者との契約解除をさせて頂くことがあります。
- ・ 入居者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように施設と協力をして頂きます。
- ・ 入居者と施設との契約が解除又は終了の場合、施設と連携して入居者の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めて頂きます。
- ・ 入居者が死亡した場合の遺体収容及び遺留金品の処理、その他の必要な措置を行って頂きます。

##### (2) その他

|       |   |
|-------|---|
| 面会    | 来訪者は、面会・宿泊の際は職員に届け出て下さい。<br>来訪者は、面会簿に必要事項の記入をお願い致します。<br>19:00～翌 8:00 の時間帯に面会希望の方は事前に事務所までご連絡下さい。 |
| 外泊・外出 | 外出・外泊前に行き先、帰着予定日時等の届け出てください。  |
| 居室の利用 | この施設の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用して下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。                           |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 宗教・政治行為                         | 施設内での他の入居者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮下さい。                |
| 迷惑行為                            | 騒音の発生、他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。                      |
| 喫煙                              | 決められた場所、時間以外での喫煙は、ご遠慮下さい。なお、ライター等は施設にて預からせて頂きます。 |
| 飲酒                              | 健康上問題が無く、決められた量や時間、場所でお飲み下さい。                    |
| ＊喫煙・飲酒については入居者の希望のもと、管理させて頂きます。 |  |

上記の書面にて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホームみその

説明者 職名 生活相談員 兼 介護支援専門員

氏名 豊田 剛史

(ご本人)

令和 年 月 日

私は、以上の重要事項説明書の内容について説明を受け、内容を確認し同意いたします。

( )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

(署名代行者)

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。

私は、本人の意思を確認しました。

(        -        )

住            所        \_\_\_\_\_

氏            名        \_\_\_\_\_ 印

続            柄        \_\_\_\_\_

電   話   番   号        \_\_\_\_\_

代   行   理   由        \_\_\_\_\_

(身元保証人)

令和            年        月            日

私は、以上の重要事項説明書の内容につき貴施設から説明を受け、身元引受人の責務につき理解しました。

(        -        )

住            所        \_\_\_\_\_

氏            名        \_\_\_\_\_ 印

続            柄        \_\_\_\_\_

電   話   番   号        \_\_\_\_\_