# 特別養護老人ホーム北竜町永楽園
# 介護予防・短期入所生活介護サービス
# 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。
（北海道　指定　第０１７７４００１５７号）

当施設はご契約者に対して、指定介護老人福祉施設における介護予防・短期入所生活介護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。

当施設の利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「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。

◇◆目次◆◇


１．事業者・・・・・１
２．ご利用施設・・・・・１
３．ご利用施設の種類・・・・・１
４．事業の目的と運営の方針・・・・・１
５．施設の概要・・・・・１
６．職員体制・・・・・２
７．職員の勤務体制・・・・・３
８．施設サービスの概要・・・・・３
９．利用料・・・・・５
１０．苦情申立先・・・・・７
１１．行政機関その他苦情受付時間・・・・・８
１２．協力医療機関・・・・・８
１３．協力歯科医療機関・・・・・８
１４．非常災害時の対策・・・・・８
１５．当施設ご利用の際にご注意いただく事項・・・・・１０
１６．事故発生時の対応等・・・・・１１
１７．第三者評価の実施状況・・・・・１１

# 重 要 事 項 説 明 書

## (介護予防・短期生活介護サービス)

### 1.事業者

| | |
|---|---|
| 事業者の名称 | 北竜町 |
| 事業者の所在地 | 北海道雨竜郡北竜町字和11番地1 |
| 代表者名 | 北竜町長　佐々木 康宏 |
| 電話番号 | 0164－34－2111 |

### 2.ご利用施設

| | |
|---|---|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム北竜町永楽園<br>介護予防・短期入所生活介護事業所 |
| 施設の所在地 | 〒078－2512　北海道雨竜郡北竜町字和19番地6 |
| 施設長名 | 園　　長　　高橋 淳 |
| 電話番号 | 0164－34－2050 |
| FAX番号 | 0164－34－2144 |

### 3.ご利用施設の種類と事業者番号

| | |
|---|---|
| 短期入所生活介護 | 0177400157 |

### 4.事業の目的と運営の方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的と概　要 | この事業は、介護保険法令に従いご契約者(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のできるように支援することを目的とし、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護予防・短期入所生活介護サービスを提供いたします。<br>この施設は、身体上又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。 |
| 施設運営の方　針 | 当施設にあっては、法の基本理念と関係法令に基づいて運営するほか、特にご契約者に対し、医学、心理学等に基づき心身の状態に応じた適切な処遇により快適で楽しい安らかな生活を過ごされるよういたします。 |

### 5.施設の概要

| | | |
|---|---|---|
| 敷　　地 | | 12,852㎡ |
| 建　物 | 構　　造 | 鉄筋コンクリート造平屋根1階建(耐火建築) |
| | 延べ床面積 | 3,869.45㎡ |
| | 利 用 定 員 | 12名 |

## （1）居室

| 居室の種類 | 室　　数 | 面　　積 | 1人あたり面積 |
|---|---|---|---|
| 個　室 | 10室 | 17．5㎡ | 17．5㎡ |
| 2人部屋 | 8室 | 187．6㎡ | 11．26㎡ |
| 4人部屋 | 16室 | 589．60㎡ | 9．21㎡ |

(注)指定基準は、居室1人あたり4．95㎡(旧基準)

## （2）主な設備

| 設　備　の　種　類 | 数 | 面　　積 | 1人あたりの面積 |
|---|---|---|---|
| 食　　堂 | 1室 | 284．79㎡ | 4．22㎡ |
| 機　能　訓　練　室 | 1室 | 103．8㎡ | |
| デ　イ　ル　ー　ム | 1室 | | |
| 機　械　浴　室 | 1室 | 26．82㎡ | |
| 一　般　浴　室 | 1室 | 50．90㎡ | |
| 医　　務　　室 | 1室 | 23．74㎡ | |

## 6．職員体制

（単位:人）

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 常勤換算後の人員 | 事業者の指定基準 | 保　有　資　格 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 施 設 長 | 1 | | 1 | | | 1.0 | 1 | 兼北竜町デイサービスセンター長 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | | | 2.0 | 1 | 介護支援専門員 1 名<br>看護師 1 名 |
| 介護職員 | 29 | 26 | | 3 | | 27.2 | 26.6 以上 | 介護福祉士　　21 名<br>介護支援専門員　　2 名 |
| 看護職員 | 5 | 4 | | 1 | | | | 正看護師 3 名<br>准看護師 2 名 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | | 1.0 | 1 以上 | 准看護師 |
| 介護支援専門員 | 1 | | 1 | | | 1.0 | 1 以上 | 主任介護支援専門員 1 名、 |
| 医　　師 | 1 | | | | 1 | | 必要数 | 診療科内科、消化器科 |
| 管理栄養士 | 1 | 1 | | | | 1.0 | 1 | 兼北竜町デイサービスセンター管理栄養士 |

※　常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定労働時間数（週 38.75 時間）で除した数です。

## ７.職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤　　務　　体　　制 | 休　　暇 |
|---|---|---|
| 施　　設　　長 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:15）常勤で勤務 | 4 週 8 休 |
| 生 活 相 談 員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:15）常勤で勤務 | 4 週 8 休 |
| 介　護　職　員 | ・早　出　（　6:30～15:15 ）<br>・日　勤　（　8:00～16:45 ）<br>・中　出　（ 10:30～19:15 ）<br>・遅　出　（ 13:15～ 22:00 ）<br>・夜　勤　（ 22:00～ 6:45 ）<br>※夜勤は原則として職員４名が勤務します。 | 4 週 8 休 |
| 看　護　職　員 | ・早　出　（　7:30～16:15 ）<br>・日　勤　（　8:00～16:45 ）<br>・遅　出　（　9:15～18:30 ）<br>※夜間は交代で自宅待機を行い緊急時に備えます。 | 4 週 8 休 |
| 機能訓練指導員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:15）常勤で勤務 | 4 週 8 休 |
| 介護支援専門員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:15）常勤で勤務 | 4 週 8 休 |
| 医　　師 | 週 1 日（月曜日）（13:30～14:30）その他随時 | |
| 管 理 栄 養 士 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:15）常勤で勤務 | 4 週 8 休 |

☆土日祝祭日は上記と異なります。

## ８.施設サービスの概要

### （１）介護給付サービス

| 種　　類 | 内　　容 |
|---|---|
| 栄養管理 | ・管理栄養士の立てる献立表により栄養と利用者の身体状況に配慮し栄養管理によりバラエティに富んだ食事を提供します。<br>（食事時間）<br>朝食　8:00～<br>昼食 12:00～<br>夕食 17:00～ |
| 排泄 | ・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入浴 | ・年間をつうじて月～金曜日に、ご自分の希望回数の入浴または清拭を行います。<br>・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 |
| 離床・着替え整容等 | ・寝たきりの防止のため、できる限り離床に配慮します。<br>・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。<br>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。シーツ交換は、週1回行います。 |
| 機能訓練 | ・機能訓練指導員等による入所者の状況に適合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 | ・当施設の嘱託医は以下となっておりますのでご利用中の不調については受診する事が可能です。<br>・ご利用中の定期受診につきましては、ご家族の対応となります事をご了承願います。<br>・ご利用中の急変に際し、嘱託医の専門外の受診が必要と判断した場合には、状況を鑑み、施設での迅速な対応を図ります。場合に応じては救急車を要請し、搬送する場合もあります。<br>・急変など早急な受診が必要な場合がありますので、常にご連絡が取れるご家族体制作りにご協力をお願い致します。<br>・ご家族との連絡が取れない場合においても施設が必要と判断した場合にはご家族の受診同意なく受診する措置も講じます。<br><br>（当施設の嘱託医師）<br>氏　名：浦本幸彦<br>診療科：内科、消化器科（所属病院　北竜町立診療所）<br>診察日：毎週月曜日（13:30～14:30） |
| 相談及び援助 | ・当施設は、ご利用者及びご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 |
| 社会生活上の便宜 | ・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ため、適宜レクレーション行事を企画します。<br>・行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご利用者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。 |

**（２）介護保険外サービス**

| サービスの種類 | 内　　容 |
|---|---|
| 食　　費 | ・食費に係る材料原価や調理費用をご負担いただきます。<br>　ただし、食費について介護保険負担限度額認定証の交付を受けている場合には、負担限度額があります。 |
| 居 住 費 | ・居住費に係る光熱水費相当分をご負担いただきます。居住費は、利用される部屋のタイプにより料金は異なりますが、当園では「個室」としての費用をご負担いただきます。<br>　なお、部屋区分は、個室となっておりますが、空き部屋の状況により多床室となる場合があります。<br>　ただし、居住費について介護保険負担限度額認定証の交付を受けている場合には、負担限度額があります。 |
| 日常生活用品の購入代行 | ・ご利用者及びご家族が自ら購入が困難な場合、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。 |

## ９.利用料

| 要介護度区分 | 居　室<br>区　分 | ご契約の要介護度とサービス料　金 | 機能訓練体制加算（Ⅰ） | サービス提供強化加算（Ⅱ） | 看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）**要支援は除く** | ご契約者の要介護とサービス料金の合計　① | ①うち、介護保険から給付される金額② | サービス利用に係る自己負担額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 要支援1 | 多床室 | 4,510 円 | 120円 | 180円 | 120円 | 4,810 円 | 4,329 円 | 481 円 |
| | 個　室 | 4,510 円 | | | | 4.810 円 | 4,329 円 | 481 円 |
| 要支援2 | 多床室 | 5,610 円 | | | | 5,910 円 | 5,319 円 | 591 円 |
| | 個　室 | 5,610 円 | | | | 5,910 円 | 5,319 円 | 591 円 |
| 要介護1 | 多床室 | 6,030 円 | | | | 6,450 円 | 5,805 円 | 645 円 |
| | 個　室 | 6,030 円 | | | | 6,450 円 | 5,805 円 | 645 円 |
| 要介護2 | 多床室 | 6,720 円 | | | | 7,140 円 | 6,426 円 | 714 円 |
| | 個　室 | 6,720 円 | | | | 7,140 円 | 6,426 円 | 714 円 |
| 要介護3 | 多床室 | 7,450 円 | | | | 7,870 円 | 7,083 円 | 787 円 |
| | 個　室 | 7,450 円 | | | | 7,870 円 | 7,083 円 | 787 円 |
| 要介護4 | 多床室 | 8.150 円 | | | | 8,570 円 | 7,713 円 | 857 円 |
| | 個　室 | 8.150 円 | | | | 8,570 円 | 7,713 円 | 857 円 |
| 要介護5 | 多床室 | 8,840 円 | | | | 9,260 円 | 8,334 円 | 926 円 |
| | 個　室 | 8,840 円 | | | | 9,260 円 | 8,334 円 | 926 円 |

**（１）保険給付対象のサービス利用料金（１日あたり）**　　※負担割合１割あたり

☆一定以上の所得がある方は、負担割合が２割・３割になります。
（介護保険負担割合証）

☆当園の部屋区分は、個室となっておりますが、空き部屋の状況により多床室となる場合があります。

☆当園では、「サービス提供強化体制加算Ⅱ」「機能訓練体制加算（Ⅰ）」「看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）」「介護職員処遇改善加算Ⅱロ」を対象としています。なお、「介護職員処遇改善加算」については、月合計金額に定率（17.2％）を加算します。

☆送迎を行った場合には、片道 1,840 円の1割（184 円）が利用者負担金に加算されます。

☆また、以下の施設サービスを行なった場合は1日の所定単位数に加算するものとする。

☆サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

※療養食加算～入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容（糖尿病食腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食）を管理栄養士が管理し食事の提供をした場合は、療養食加算（1食8単位）が加算されます。

※個別機能訓練加算～個別機能訓練計画書に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を提供している事。（56単位/1日）

※生産性向上推進体制加算（Ⅱ）～利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
1年以内ごとに1回、業務改善の取り組による効果を示すデータのオンラインでの提出を行うこと。（10単位/月1回）

※若年性認知症利用者受入加算～初老期における認知症により要介護者になり個別の担当者を定めている場合、1日120単位（1200円）が加算されます。

※緊急短期入所受入加算～居宅サービス計画になく緊急で利用した場合、短期入所生活介護を行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として、1日に90単位を加算されます。

## （2）介護保険の給付対象とならないサービス料金

| 区　分 | 利　用　料 |
|---|---|
| 食　費 | ・食費は 1 日 1,650 円とします。<br>ただし、食費について保険者（市町村）から介護保険負担限度額認定証※の交付を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額とします。<br>1日負担限度額　第1段階　300 円<br>第2段階　600 円<br>第3段階①　1,030 円<br>第3段階②　1,420 円<br>第4段階以上　1,650 円<br>なお、食費の内訳は朝食 450 円、昼食 600 円、夕食 600 円となります。 |
| 居 住 費 | ・居住費について個室は 1 日1，231円、多床室は1日 915 円、とします。ただし、居住費について保険者（市町村）から介護保険負担限度額認定証※の交付を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額とします。<br>・個室の1日負担限度額<br>第1段階　380 円<br>第2段階　480 円<br>第3段階①　880 円<br>第3段階②　980 円<br>第4段階以上　1，231 円<br>・多床室の1日負担限度額<br>第1段階　0 円<br>第2段階・第3段階①　430 円<br>第3段階②　530 円<br>第4段階以上　915 円 |

※食費・居住費の「介護保険負担限度額」は保険者（市町村）から金額が設定されます。国が示した「基準費用額」と「負担限度額」の差額は特定介護サービス費（補足給付）として施設が保険者から受けることになります。（平成 27 年 8 月1日改正）なお、当園の食費・居住費は、国が示した「基準費用額」と同額となっております。

☆食費・居住費の特定介護サービス費は、ご契約者の保険料段階に応じて異なります。

## （3）その他の利用者負担額

①送迎費（通常の送迎地域は、介護報酬加算対象（片道184円となります。）

北空知圏外～距離により相談（遠方の場合は自己負担をいただく場合があります）。

利用の中止

・利用途中に退所する場合については、事前に連絡して下さい。

・利用者負担金については、入所日から退所日までの日数を基に計算します。但し、体調不良等により急に入院が必要となる場合を除き、途中退所を希望するときは、前日の正午までに連絡がない場合には、退所日の食事について、その全額（1日分）を負担していただきます。

・利用開始前にサービスを中止する場合には、利用開始日の前日正午までに利用中止の申し出をして下さい。なお、利用中止の申し出がない場合には、利用開始日の食材料の　全額（1日分）又は一部キャンセル料として負担していただきます。

| 区　　分 | 利　　用　　料 |
|---|---|
| 日常生活品の<br>購入代行サービス | ・ご依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費 |
| 特別な食事 | ・要した費用の実費　（明らかに費用がかかる場合） |
| 日常生活に要する<br>費用で本人に負担<br>していただくことが適<br>当であるもの | ・レクレーション行事費用　（明らかに費用がかかる場合）<br>・作業活動材料費　　（明らかに費用がかかる場合）<br>・日常衣類等の洗濯料金(クリーニングが必要なもの以外)無料<br>・テレビ・冷蔵庫の使用料（1日各 80 円） |

○　明らかに費用がかかる場合とは、要した費用の実費を負担していただくことが施設の運営上必要と判断したものをいいます。例えば、レクレーション行事費用における施設外行事等の交通費・入場料等にかかる実費をご負担いただく場合等があたります。但し、ご負担いただく場合にはご契約者の了解を得ることとします。

日常生活用品とは、個人が使用するティシュペーパー・歯磨粉・歯ブラシ入れ・義歯洗浄剤等があたり、ご利用の場合は自己負担をいただきます。

○ ドライクリーニング等が必要な品物は、クリーニング店で洗濯するので日常生活品の購入代行と同様に実費にてご負担していただきます。

○　経済状況やその他やむを得ない事由がある場合、相当額に変更することがあります。その場合は、変更内容を2か月前に説明します。

**（4）利用料のお支払い方法**

ア・　役場出納での現金払い
イ・　金融機関への振込み
　　振込み先　　北空知信用金庫　北竜支店　　口 座 名　北竜町会計管理者
　　口座番号（普）　0000236

利用料は1か月ごとに計算してご請求します。翌月10日までに請求書を発行しますので同20日までに上記のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間は、利用日数に基づき計算します。）

**10. 苦情等申立先**

当施設への苦情や相談は以下の窓口で行います。

尚、苦情、ご意見については、迅速かつ適切に対処し、施設掲示板あるいは直接申し出者に解決内容をご連絡いたします。また必要に応じて第三者委員会と協議し、誠意を持って対応いたします。

| | |
|---|---|
| 当施設ご利用<br>相　談　室 | 窓口担当者　　我 部 山　久 恵<br>ご利用時間:　毎週月～金（土日祝祭日を除く）<br>午前8時30分から午後5時15分<br>ご利用方法:　面接のほか電話にても受け付けます<br>（0164－34－2050） |

## 11. 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|---|---|
| 北竜町介護保険担当課 | 所在地　北海道雨竜郡北竜町字和11番地1<br>電話番号　0164－34－2111<br>受付時間　8:30～17:15(土日祝祭日を除く) |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地　　札幌市中央区南2条14丁目<br>電話番号　011－231－5161<br>受付時間　9:00～17:00(土日祝祭日を除く) |
| 北海道社会福祉協議会 | 所在地　　札幌市中央区北2条西7丁目<br>（道立社会福祉総合センター内）<br>電話番号　011－241－3979<br>受付時間　9:00～17:00(土日祝祭日を除く) |

## 12. 協力医療機関

| | |
|---|---|
| 医療機関の名称 | 北竜町立診療所 |
| 医院長名 | 浦本幸彦 |
| 所在地 | 北海道雨竜郡北竜町字和19番地6 |
| 電話番号 | 0164－34－2331 |
| 診療科目 | 内科 |

## 13. 協力歯科医療機関

町内及び近隣の希望される歯科医院に受診していただきます。また、希望がなければ身体能力に無理が生じない歯科医院で受診していただきます。

## 14. 非常災害時の対策

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「特別養護老人ホーム北竜町永楽園消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 職員は近隣地域に居住しており、非常召集体制にも万全を期しております。 | | | |
| 平常時の訓練及び防災設備 | 別途定める「特別養護老人ホーム北竜町永楽園消防計画」にのっとり」年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施しています | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | 3カ所 |
| | 避難階段 | なし | 補助散水栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | 33カ所 | 漏電火災報知器 | あり |
| | ガス漏れ報知器 | あり | 非常用電源スプリンクラー | あり |
| | 消火器 | 23カ所 | 非常用照明 | あり |

| | |
|---|---|
| | 消防設備は、消防法により年2回の保守点検を行います。<br>カーテン・布団等は防煙性のあるものを使用しています。 |
| | 消防署への届出日　：　昭和61年4月1日<br>防火管理者　　：高橋　淳 |

## 15. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|---|---|
| 来訪・面会 | 来訪者は、面会時間（8:00～19:00）を遵守しその都度職員に届出て下さい。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得て下さい |
| 外出・外泊 | 外泊・外出の際には、必ず行き先と帰園時間を職員に申し出て下さい。 |
| 嘱託医師以外の医療機関への受診 | 嘱託医師以外の医療機関の受診は、その必要性によって行いますが、場合によってはご家族のご協力を得ることもあります。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の使用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒については、身体上の負担、または他の利用者に迷惑がかからない範囲でお願いいたします。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい。 |
| 喧嘩・口論・暴力行為等 | 他の利用者に迷惑を及ぼすような喧嘩、口論、暴力行為はご遠慮願います。 |
| 現金・所持品等の管理 | 所持されている現金・所持品の紛失には責任を負いかねますので、多額の現金の所持、高価な所持品の持ち込みはご遠慮下さい。また、利用者同士の金銭の貸し借りはしないようにして下さい。 |
| 安全衛生等の管理 | 本人及び施設の安全衛生等に管理上の措置を講じる必要があると認められた場合は、居室等に立ち入り必要な措置をとることができるものとします。但し、プライバシーの保護に十分配慮いたします。 |
| 宗教活動・政治活動・営利活動 | 当施設の職員や他の利用者に対する宗教活動・政治活動・及び営利活動は、ご遠慮下さい。 |
| 動物飼育 | 施設内での動物の飼育は、園長の許可がある場合には許可いたします。 |
| 飲食物の持込<br>（食品衛生管理など） | ① 生鮮食品の持込については職員へご相談下さい。<br>② 飲食物を持ち込まれる時には職員にお声かけ下さい。<br>③ 家庭で調理したものはご入居者が食べきれる量として下さい。<br>④ 居室内で飲食物を保存している場合は、必要に応じて入居者の了解を得てから食品の消費期限や保存状態を確認させて頂きます。 |

| | |
|---|---|
| 緊急連絡先<br>について | ご利用者の健康状態などに急激な変化があった際には、時間を問わず にご家族にご連絡させて頂いております。あらかじめ、いつでもご連絡 がとれる電話番号をお知らせ下さい。 また、勤務先を含め、複数の連絡先をお知らせください。 |
| 診察券、各種保険証について | (介護保険・医療保険・障害者手帳・特定疾患受給者証等)について原本はご利用者様、ご家族様での保管をお願いしておりますが、当施設では緊急時対応のためにコピーを保管させていただいておりますので、利用時や更新後など内容の変更等がありましたらご提示いただきますようお願い申し上げます。 |

16. 事故発生時の対応等

| | |
|---|---|
| 事故発生時<br>対応 | 施設は、介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかにご利用者のご家族・ご利用者の後見人又は身元引受人等関係者に連絡・報告を行うとともに、ご利用者様の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じます。 |
| 損害賠償 | 施設は、サービス提供によりご利用者様に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合に除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、施設に故意過失がない場合はこの限りではありません。また、ご利用者様に重過失がある場合には、損害賠償の額を減じることができます。 |
| 施設賠償責任保険 | 施設は、万が一の事故の発生に備えて、「施設賠償責任保険」に加入しています。 |

損害賠償がなされない場合

| |
|---|
| ご利用者様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項又はサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認について、故意にこれを告げず、又は不実の申告を行ったことに専ら起因して発生した場合 |
| ご利用者の急激な体調の変化等、施設の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して発生した場合 |
| ご利用者様が、施設の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して発生した場合 |

17.第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施しておりません。

私は、本書面に基づいて乙の職員から上記の、重要事項の説明を受けたことを確認します。

職　　員　　名　　浦田　留美子　　印

令和　　年　　月　　日

利　　用　　者　　住　所

氏　名　　印

利用者の家族等　　住　所

氏　名　　印

注）施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。