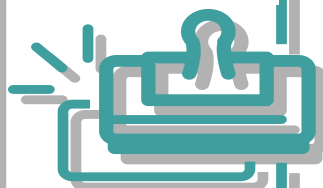


重要事項説明書
(施設介護部門)



指定介護老人福祉施設第二白寿園

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。
静岡県指定第 2276901036 号

重要事項説明書とは

お伝えする主な内容

当施設はご利用者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。契約を締結する前に知っておいて戴きたい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。わかりにくいことがあれば遠慮なくご質問下さい。

1. 施設及び居室設備の概要
2. 施設の目的と基本理念
3. 職員配置と勤務体制
4. 提供サービス(1) (2)
5. 利用料金及びお支払方法
6. ご利用者への医療の提供について
7. 施設の退所について
8. その他
9. その他重要事項
10. 福祉サービス第三者評価事業
11. 苦情の窓口

1. 事業所の概要

当施設は契約者（以降入居者）に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。当施設の入居は、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護3」以上と認定された方が対象となります。また入居時において「要介護3」以上の認定を受けておられる入居者であっても、将来「要介護3」以上認定者でなくなった場合には、退居していただく場合があります。

名 称	特別養護老人ホーム第二白寿園
所 在 地	〒438-0234 静岡県磐田市掛塚3160-1
電 話 番 号	Tel : (0538) 31-3380
F A X 番 号	Fax : (0538) 66-1515
e-mail アドレス	dai2-hakujuen@sweet.ocn.ne.jp
法 人 種 別 / 名 称	社会福祉法人 白 寿 会
代 表 者 職 ・ 氏 名	理事長 鈴木 新一 (すずき しんいち)
管 理 者 氏 名	施設長 伊藤 茂記 (いとう しげのり)
介護保険事業所番号	2276901036
営 業 日	年中無休
入 所 定 員	80名 (1ユニット10人×8ユニット)

設 備 の 種 類	居室	備考
居 室	80室 ユニット型個室	(1)移動困難な方には、ご希望に応じてポータブルトイレを用意しております。 (2)介護ベッド、整理ダンス1台は付属の設備をご利用いただけます。 (3)各居室に火災報知機、スプリンクラー、ナースコールを備えております。 (基準：入居者の1人当たりの床面積は10.65㎡以上)
共 同 生 活 室	1ユニット1室 ×8ユニット	安定性に優れたテーブルとイス、ソファを設置。 テーブルやイスの高さはご利用者に配慮して設定しています。
ト イ レ		トイレはユニットごとに4室在り、車椅子でも利用可能な設備となっています。
浴 室		臥床式特殊浴槽・リフト付き個別浴槽 臥床式は2台、リフト付き個別浴槽は各ユニットごとに整備しております。
洗 面 設 備		居室ごとに設置しております。
医 務 室		入居者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えております。

上記は、厚生労働省令及び静岡県が定める規則により、指定介護老人福祉施設（ユニット型）に必置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、入居者に特別にご負担いただく費用はありません。

居室の変更について

入居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。

2. 目的・基本理念

(1) 施設介護事業の目的

ユニット型指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、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に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、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿ってそれぞれ役割を持って自律的な日常生活を営むことができるように支援することを目的として、入居者に日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護老人福祉施設サービスを提供します。

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。

(2) 施設介護事業の基本理念

入居者の尊厳を守り、「ここで良かった」と思える居場所作りに専念し、入居者が望む生活の追及を諦めません。

尊厳保持

家庭生活の継続

家庭生活からの連続性を重要視し、個性に重んじたライフスタイルを形成します。

当たり前の実現

個々の入居者における「普通」「当たり前」に共感し、当たり前の実現に努めます。

幸福感の実現

入居者同士の人間関係はもちろん、入居者と職員の良好な関係作りに努め、笑顔で幸福感のある時間の共有を目指します

地域交流

社会資源としての自覚を持ち、地域福祉の拠点となるような施設作りを目指します。

3. 職員配置

当施設では、静岡県規則（指定介護老人福祉施設事業の人員、設備及び運営に関する規則）に基づき、以下の職員を配置します。

令和8年4月1日現在

職種	業務内容	勤務形態／配置人数
施設長	- 施設全体の総括 - 入居者の受け入れ（優先入所検討会の開催） - 職員の一元的管理・職員教育 - 苦情への対応	常勤／1人 (基準1人以上)
医師（嘱託医）	- 入居者の健康管理 - 栄養状態の指導 - 感染症対策 - 看介護連携指導 - 褥瘡対応	非常勤／2人 (基準1人以上)
生活相談員	- 介護職員の一元的管理・職員教育 - 入居者及び家族に対する相談援助業務 - 事業所・法人内のサービス、調整 - 入居希望者への相談業務 - 入退居事務 - 各種申請手続きの援助、受診等に関する業務 - 家族会関連業務 - 施設防災関係業務 - 文書管理業務 - 実習生、ボランティアの受け入れ - 実習生への指導及び対応	常勤／1人 (基準1人以上)
介護支援専門員	- 施設サービス計画の作成等施設介護支援業務（サービス担当者会議の開催・照会の実施） - 入居申込者の状況等の把握 - 入居者の居宅における日常生活の可能性検討 - 退居のための必要な援助、関係機関との連携 - 身体的拘束に係る記録の作成 - 苦情の受け付け及び内容等の記録 - 事故の対応及び対応等の記録	常勤／1人 (基準1人以上)
管理栄養士	- 献立の作成 - 栄養管理（栄養ケアマネジメント業務）	常勤／1人 (基準1人以上)

看護職員	・ 白寿園嘱託医との連絡調整 ・ 入居者の健康状態の把握 ・ 入居者の医療処置、服薬管理、その他診療補助 ・ 健康診断・予防接種に係る業務の補助 ・ 受診、入院に関する業務 ・ 家族との連絡調整 ・ 経管栄養等の医学的管理	常勤換算／3人以上 (基準3人)
機能訓練指導員 (看護職員兼務)	・ 入居者の機能訓練	常勤／1人
フロアリーダー (ユニットリーダー兼務)	・ フロアの一元管理 (チームマネジメント) ・ フロアの円滑な運営 ・ フロア職員の育成 ・ フロアのビジョンの構築と実現	常勤／2人
ユニットリーダー (フロアリーダー兼務)	・ ユニットの一元管理 (チームマネジメント) ・ ユニットの円滑な運営 ・ ユニット職員の育成 ・ ユニットのビジョンの構築と実現	常勤／8人
介護職員 (内4名ユニットリーダー兼務)	・ 施設サービス計画に沿った日常生活全般の介護 ・ 行事の実施 ・ 記録の作成	常勤換算／24人以上 (基準：介・看護職員の総数は常勤換算方法でご利用者3人に1人)
事務員	・ 入退居事務 ・ 入居者の預かり金管理	常勤／2人以上
宿直員	・ 夜間連絡業務 ・ 施設内外の見回り	非常勤／3人

職種	勤 務 体 制
医師 (往診)	火曜日① 14:00 ～ 15:00 水曜日② 13:00 ～ 14:00
看護職員	【標準的な職員の配置】 日勤 8:00 ～ 17:00 遅番 9:00 ～ 18:00
介護支援専門員	日勤 8:30 ～ 17:30
生活相談員	日勤 8:30 ～ 17:30

※土日は上記と異なります。

介護職員	【標準的な介護職員の配置】 早番 7:00 ～ 16:00 日勤 8:30 ～ 17:30 遅番 13:00 ～ 22:00 夜勤 22:00 ～ 翌7:00
------	---

4. 提供サービス(1)

契約書第4条

当施設では、入居者に対して以下のサービスを提供します。

(1)介護保険の給付対象となるサービス（利用料金が介護保険から給付されて、一部をご負担いただく場合。利用料金の大部分（通常9割、8割、7割）が介護保険から給付されます。）

①施設介護支援

①担当介護支援専門員が、入居者の意向や能力等を勘案し、施設サービス計画原案を作成します。その後、本人または保証人等の参加を求めてサービス担当者会議を定期的に行い、施設サービス計画を作成します。計画作成後は、24h生活シートと一体的にサービス管理を行いながらケアサービスを提供し、一定期間ごとにモニタリングを行い、計画の評価・修正を行います。

②食事

②当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入居者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

- ・食事は、適切な時間に提供し、入居者にはできる限り離床を促し、共同生活室にて他の入居者と交流を深めながら食事を食べることができるよう支援します。
- ・食事時間は入居者の生活習慣に応じて、ご本人のペースでゆっくり食べることができるよう配慮させていただきます。
- ・衛生管理の徹底を図り、安心して食べられる食事の提供をします。そのために、職員教育を実施し、施設と委託業者の連携を図りながら食中毒や感染症の予防に努めていきます。
- ・栄養に関するリスクを調べ、栄養ケアマネジメントを行います。

③入浴

③身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、1週間に2回以上適切な方法により入浴又は清拭を行います。入居者の意向に応じてできるだけ入浴機会を設けます。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。

④排せつ

④排せつの自立を促すため、入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

⑤機能訓練指導員により、入居者の心身等の状況に応じて、日常生活を営む上で必要な心身の機能の維持・改善、またはその減退を遅らせるために日常生活の中での機能訓練を実施します。

⑥健康管理

⑥医師や看護職員が健康管理を行います。

⑦看取り介護

⑦ターミナルケアについての取り組みを実施しています。

※指針については「ターミナルケア（看取り介護の実施）について」をご参照ください。

⑧その他自立への支援

⑧寝たきりの防止のため、できる限り離床に配慮します。

- ・清潔で快適な生活が送れるよう援助します。
- ・褥瘡の発生防止のため、リスクの管理や褥瘡ケア計画に基づき予防のための対応を行います。
- ・地域社会への参加を促進できるよう援助します。

4. 提供サービス(2)

契約書第4条

①居室料

①入居者が利用するユニット型個室を提供します。

入居者が自宅等に外泊をした場合、及び病院または診療所への入院をした場合においても、当該施設への入居が継続されている間は、当費用をご負担いただきます。

②食材料

②入居者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用をご負担いただきます。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いては、その認定証に記載された食費の金額(1日当たり)のご負担となります。

③行事食材料

③入居者の希望を取り入れた行事食を提供いたします。

④理髪・美容料

④外部美容室による派遣美容サービスをご利用いただけます。

⑤貴重品管理料

⑤入居者の希望により入居者所持金管理規程に基づき、貴重品管理サービスを行っています。

管理料金 1ヵ月：2,000円

管理する金銭形態 : 施設の指定する金融機関に預け入れている預金

お預かり品 : 上記預貯金通帳と金融機関へ預け出た印鑑

保管管理者 : 施設長

共有金 入居時：2,000円

※日常生活の中で一時的な出金の際に使用。

毎月末、共有金を入居者の口座よりご利用額を出金し元金に補充。なお、この共有金は退居時に返金致します。

⑥希望活動材料

⑥入居者の希望によりレクリエーション・行事やクラブ活動に参加していただくことができます。但し、施設として提供するレクリエーション・行事やクラブ活動については、利用料金はいただきませんが、入居者の選択にかかるものについては、別途材料代等の実費をいただく場合があります。

⑦複写物の交付料

⑦入居者及び保証人は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。なお、複写物の再交付を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき実費：10円（白黒）、20円（カラー）

⑧日常生活品費

⑧入居者の日常生活に要する物品で、入居者に負担いただくことが適切である物については、費用を実費負担していただきます。

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。また、現物の持参等についても必要ありません。

⑨健康管理に係る費用

⑨入居者及び保証人の方の同意を得たうえで、インフルエンザ予防接種、肺炎球菌予防接種、新型コロナウイルス予防接種を行います。又、医療用酸素濃縮器を要する入居者には、その機器の取扱いに関わる費用を実費負担していただきます。

インフルエンザ・肺炎球菌予防接種：実費負担（磐田市等の補助あり）

5. 利用料金とお支払い 契約書第7条

入居者は、サービスの対価として下記の利用規定に基づき計算された月毎の計算額をお支払いいただきます。

- ① 介護報酬に変更があった場合、変更された額に合わせて入居者の負担額を変更します。又、入居者の要介護状態区分に変更があった場合は、変更後の要介護度が適用される日から新しい負担額に変更することとなります。
- ② 下記■01／■02 の負担については、保険者から送付される「負担割合証」に基づきご負担いただきます。そのため2割負担、3割負担となる方は、下表に記載している1日当たりの基本料金の2割、3割にあたる金額が1日あたりの料金の目安となります。なお、介護保険被保険者証に支払方法の変更の記載がある場合はその割合に基づくご負担をお願いいたします。

■01 介護福祉施設サービス費

要介護度	基本料金／ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）
要介護1	670単位／日
要介護2	740単位／日
要介護3	815単位／日
要介護4	886単位／日
要介護5	955単位／日

1単位 = 10.14 円

基本料金及び加算料金で表示されている

「単位」は、令和6年度介護報酬改定により、当施設が所在する磐田市（7級地）の介護老人福祉施設に関しては1単位10.14円と設定されました。

■02 サービス体制・実施加算

No.	加算の名称	単位数	備考
①	日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46単位／日	
②	看護体制加算（Ⅰ）ロ	4単位／日	
③	看護体制加算（Ⅱ）ロ	8単位／日	
④	夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ	21単位／日	
⑤	栄養マネジメント強化加算	11単位／日	
⑥	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90単位／月	
⑦	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位／月	
⑧	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3単位／月	
⑨	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13単位／月	
⑩	個別機能訓練加算（Ⅰ）	12単位／月	

⑪	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位／月	
⑫	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50単位／月	
⑬	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100単位／月	
⑭	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位／月	
⑮	外泊時費用	246単位／日	
⑯	初期加算	30単位／日	入所日から起算して30日以内
⑰	退所時栄養情報連携加算	70単位／回	
⑱	退所時情報提供加算	250単位／回	
⑲	特別通院送迎加算	594単位／月	
⑳	配置医師緊急時対応加算	325単位／回	勤務時間外
		650単位／回	早朝（午前6～8時）夜間（午後6時～10時）
		1,300単位／回	深夜（午後10時～午前6時）
㉑	看取り介護加算（Ⅰ）	㉐72単位／日	死亡日以前31～45日
		㉑144単位／日	死亡日以前4～30日
		㉒680単位／日	死亡日の前日・前々日
		㉓1,280単位／日	死亡日
㉒	看取り介護加算（Ⅱ）	㉐72単位／日	死亡日以前31～45日
		㉑144単位／日	死亡日以前4～30日
		㉒780単位／日	死亡日の前日・前々日
		㉓1,580単位／日	死亡日
㉓	安全管理体制加算	20単位	入所日初日のみ
㉔	新興感染症等施設療養費	240単位／日	
㉕	介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	×17.6%	

1単位 = 10.14 円

基本料金及び加算料金で表示されている「単位」は、令和6年度介護報酬改定により、当施設が所在する磐田市（7級地）の介護老人福祉施設に関しては1単位 10.14 円と設定されました。

■03 居住費・食費に関わる利用者の自己負担限度額

ユニット型個室 令和6年8月～

利用者負担	居住費	食費	■預貯金要件
第1段階	880 円	300 円	
第2段階	880 円	390 円	預貯金 単身 650 万円以下、夫婦 1,650 万円以下
第3段階①	1,370 円	650 円	預貯金 単身 550 万円以下、夫婦 1,550 万円以下
第3段階②	1,370 円	1,360 円	預貯金 単身 500 万円以下、夫婦 1,500 万円以下
第4段階	2,066 円	1,600 円	

■04 その他の料金（内税価格）

04-1 共有金での取り扱い（貴重品管理希望者のみ。希望しない方は別途個別に支払う）

＊ その他、ご入居者から購入希望が出た嗜好品や必要物品につきましては、その都度保証人様等に確認

させていただきます、共有金で取り扱わせていただきます。

04-2 その他（利用料金と一緒に清算）

* 理美容はビューティーサポート静岡に依頼しています。

該当	内 容	料 金
☐	カットのみ	1,900円～
☐	ベッド・リクライニング上のカット	2,400円～
☐	パーマ	3,500円～
☐	カラーリング	2,500円～
☐	前髪カットのみ	800円～

該当	内 容	料 金
☐	ティッシュ（1箱）	65円
☐	トイレットペーパー（1R）	95円
☐	ペーパータオル（1袋）	120円
☐	歯ブラシ（1本）	143円
☐	歯磨き粉（1個）	183円
☐	歯みがきティッシュ	644円
☐	ハミングッド（1箱）	2,288円
☐	ハミングッド（1本）	46円
☐	髭剃りの刃（1枚）	534円
☐	綿棒（1箱）	155円

該当	内 容	料 金
☐	マスク（1箱）	1,287円
☐	プラスチック手袋（1箱）	1,150円
☐	ポリデント（1箱）	1,260円
☐	ウェットティッシュ	173円
☐	クリミール	158円
☐	コラーゲンゼリー	172円
☐	ハイカロリーゼリー	143円
☐	アイソカルHC	153円
☐	エンジョイアルギーナ	200円
☐	浴衣	2,790円

* お持込も可能ですが、施設で用意しても構わないものにチェック☑を入れてください。

* 施設共用で利用するものは、施設で負担します。

04-3 医療用品（利用料と一緒に清算）

該当	内 容	料 金
☐	カットバン	6円
☐	ブラッド絆	8円
☐	パッド付フィルムドレッシング	126円
☐	デルマポアドレッシング 4×6 cm	23円
☐	デルマポアドレッシング 5×7.5 cm	43円
☐	デルマポアドレッシング 6×10 cm	48円
☐	デルマポアドレッシング 10×13 cm	97円
☐	デルマポアドレッシング 10×16 cm	118円
☐	シルキーテープ 5 cm	25円
☐	フィルムテープ 5 cm	15円
☐	傷処置用ラップ（穴あき）	6円
☐	吸引カテーテル	72円
☐	カテーテル収納容器	143円
☐	マーゲンチューブ（1本）	545円
☐	バルンカテーテル（1本）	970円

☐	ハルンバック（1セット）	500円
☐	膀胱洗浄用シリンジ 50ml	132円
☐	吸引用コットン	11円
☐	注入用シリンジ 30ml	88円
☐	注入用シリンジ 20ml	73円
☐	ニプロシリンジ 2.5ml 30G 針付	17円
☐	ニプロ注射針 18G	5円
☐	シリンジ 10ml ルアーチップ	23円
☐	Ba カテーテル交換用シリンジ 10ml	28円
☐	ネラトンカテーテル（1本）	45円
☐	メディスワブポピドンヨード（1包）	43円
☐	ニプロ注射針 22G 1/4	6円
☐	トップ翼状針 22G 3/4	49円
☐	トップ輸液セット	69円
☐	オペガーゼ四つ折り	12円
☐	モイスキンパッド 7510	109円
☐	サンドガーゼFタイプ 7.5×15 cm	46円
☐	オオサキカットメン	2円
☐	日東 優肌絆	49円
☐	ネット包帯	20円
☐	包帯 5 cm×9m	186円
☐	包帯 7.5 cm×9m	382円
☐	フォーリートレイキット	3,388円
☐	カテーテルプラグ	97円
☐	軟膏容器	21円
☐	JMS ジェイフィード栄養セット	165円
☐	JMS ジェイフィード栄養ボトル	478円
☐	ニプロ EN シリンジ DS20ml	66円
☐	ニプロ EN シリンジ DS50ml	126円

※ 利用料金のお支払い

介護老人福祉施設第二白寿園の利用料金は上記■01～■04 までの該当する額の合計により算出します。利用料金のお支払いにつきましては、翌月 18 日に自動振り替えとさせていただきます、そのための必要な手続きをいたします。なお、利用料金の請求書は、利用月の翌月 10 日前後に保証人・後見人へ送付させていただきます。

6. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、事業所配置医師との連携の下、入居者及び保証人の方の希望により、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出来ます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障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。)

医療機関の名称
所在地
診療科

磐田市立総合病院
磐田市大久保 512 番地 3
内科、外科、整形外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科等

医療機関の名称
所在地
診療科

やまなか歯科医院
磐田市大立野 178 番地
歯科

7. 施設の退居 契約書第9条

契約書第9条の規定により、施設の退所要件を以下のように定めています。

退居の要件

- 1 入居者は、事業者に対して（30 日間の予告期間において）文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
但し、入居者本人、保証人が、早期の退去を希望し施設が認めた場合は 30 日間の予告期間を設けずに解約することができます。
- 2 次の事由に該当した場合、事業者は、入居者に対して 30 日間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
 - (1) 入居者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく 1 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10 日以上支払われていない場合。
 - (2) 入居者が病院または診療所に入院し、保証人が退所を判断した場合、または、明らかに 3 か月以内に退院できる見込みがない場合。
 - (3) 入居者またはその家族等が、事業者との信頼関係を損なう特別な事由に当ることを行った場合。
 - (4) やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小する場合。
 - (5) その他契約を継続できない事由が発生した場合。
- 3 入居者が要介護認定の更新で非該当、要支援または要介護 1・2（特例入所の要件に該当する場合等を除く）と認定された場合は、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。
- 4 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - (1) 入居者が生活の拠点を自宅に移した場合、または他の介護保険

契約書第9条第2項
第5号の要件

8. その他

施設等（特定施設／地域密着型施設等を含む）に入所した場合。
(2) 介護老人福祉施設の機能を越えた継続的な医療の提供が必要となった場合。

(3) 入居者が死亡した場合。

契約書第9条第2項第5号に定める「その他契約を継続できない事由が発生した場合」とは以下の事項を想定しています。

- ① 契約書・重要事項説明書の内容または、変更後の内容に同意できない場合。
- ② 第二白寿園または第二白寿園職員による契約内容の不履行、虐待、守秘義務違反等があり、利用者または保証人から契約解除の申し出があった場合。
- ③ 他の入居者の身体・財産・信用等を著しく傷つけた場合または、他の入居者から、本人の身体・財産・信用等を著しく傷つけた場合であって、入居者または保証人から契約解除の申し出があった場合。
- ④ 入居者または保証人が、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。

その他サービス利用時の注意事項

①所持品の持ち込み

①衣類、日用品以外にご利用者の愛用されていた物等、希望があればご相談ください。但し、居室・収納スペースに限りがありますので、持ち込みをご遠慮頂く場合があります。

②面会

②面会時間：午前8：00から午後8：00。

面会簿に記入して頂きご自由にご面会ください。

ご面会の際、飲食物をご持参の場合は職員を通してお渡しください。

※新型コロナウイルス、インフルエンザ等感染症の予防のため面会及び下記③の外出・外泊を一時的に見合わせていただく場合があります。

③外出・外泊

③外出、外泊される場合は、事前にお申し出下さい。なお、上記②の通り、感染症予防の観点から、外出・外泊を見合わせて頂く場合があります。

④施設、設備の使用

④居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従ってご利用ください。故意に施設、設備を壊したりした場合には、入居者又は保証人の方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頂く場合があります。

⑤宗教活動等

⑤他の入居者や職員に対し、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。（ご家族も含む）

⑥施設内禁煙

⑥施設内に定められた喫煙場所での喫煙が可能です。

9. その他 重要事項

(1) 緊急時対応

契約書第 13 条

(2) 事故発生時の対応

契約書第 12 条

(3) 守秘義務

契約書第 11 条

守秘義務の徹底

(4) サービスの提供の

記録

契約書第 7 条

個別記録の開示

(5) 非常災害対策

消防計画に基づく

対応／防災訓練

(6) 虐待防止の推進と身体的拘束の適正化の推進

(7) 感染症の予防

施設介護サービスをご利用いただくにあたり、下記の 9 点についてご確認ください。

入居者に緊急事態が生じた場合には、届けられた連絡先に速やかに連絡します。また、医師の指示により緊急医療機関等への受診の手配をします。医療機関への受診の際は、必ずご家族の方に同行願います。※緊急時の対応方法については、定期的な見直しを行います。

施設介護サービス提供中に、入居者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

入居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ます。

入居者に対する施設介護サービスの提供に関する書類等を整備し、契約終了の日から2年間保管します。入居者またはその家族は、これらの記録をいつでも閲覧、または複写を求めることができます。

当施設では、防火管理者を定め、別途定める「白寿会消防計画」により非常災害時の対応を行います。

2. 当施設では、上記「白寿会消防計画」に基づき毎月 1 回、防災訓練、年 2 回、総合防災訓練を行います。

災害対策については、別に定める「白寿園防災規程」及び「社会福祉法人白寿会における風水害等の災害に対処するための計画」等に従い、各種訓練の実施、消防署の指導等を通して、職員、ご利用者の防災意識を高めることとします。更に、防災設備関係業者に委託を行い、自動火災報知器、スプリンクラー、誘導灯などの設備器具の定期点検を実施します。

また、必要な食糧・水の備蓄を行い、定期点検を行います。

避難場所 火災出火時の避難場所は火災発生場所と反対側のベランダとなります。

地震・津波発生時の避難場所は 3 階または屋上に避難します。

当施設では、入居者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、施設長を虐待防止に関する責任者とし、必要な職員研修を実施します。

また、年に 2 回地域包括支援センターの社会福祉士を招き、施設虐待の調査を行います。

2. 当施設では、虐待防止（身体的拘束廃止を含む）委員会を中心として、担当者を配置し、委員会の開催、指針の整備、職員研修の定期的な実施を展開します。

当施設では、感染症が発生し、又はまん延しないように、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

(8)感染症や災害への
対応力の向上

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画を策定し、職員への研修、そして訓練を実施します。

(9)夜間対応体制

当施設では、夜間帯（17時～8時30分）における医療的判断や緊急時対応の質の確保を目的として、外部の医療専門職によるオンコール代行サービスを利用する場合があります。

当該サービスの利用にあたり、必要な範囲で利用者の健康状態等の情報を当該事業者へ提供することがあります。

10. 福祉サービス
第三者評価事業

福祉サービスをより質の高いものにするために、福祉施設に対して第三者が評価を行うことです。

- (1) 第三者評価の実施
- (2) 実施年月日
- (3) 評価機関名称
- (4) 評価結果開示状況

未実施
未実施
未実施
未実施

11. 苦情窓口
契約書第14条

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

(1) 事業所窓口

住 所 〒438-0234
静岡県磐田市掛塚3160-1
電 話 (0538)31-3380
苦情解決責任者 伊藤 茂記（施設長）
苦情受付窓口 秋田 誉貴（生活相談員）

(2) 第三者委員

特別養護老人ホーム第二白寿園を運営する社会福祉法人白寿会では、社会福祉法人白寿会 苦情解決委員会規程に基づく苦情解決第三者委員を設置しサービス利用に対する苦情等に対応しています。

苦情解決第三者委員

大庭 修三 磐田市高木166-1-2 0538-66-1649
鈴木 智子 磐田市堀之内1354 0538-66-1606
齊藤 正喜 磐田市川袋1443-4 0538-66-8268

(3) 介護相談員
派遣事業

磐田市で行われている「介護相談員派遣事業」により受け入れを行っています。

(4) 行政機関窓口

介護保険制度においては、保険者である磐田市、静岡県国民健康保険団体連合会等で苦情を受け付けています。

健康福祉部高齢者支援課

高齢者福祉グループ

事業所の指定・指導介護サービスの請求、事故報告、養護老人ホー

ム、高齢者虐待、苦情に関すること等
電話 0538-37-2789

静岡県国民健康保険団体連合会
〒420-0823
静岡市葵区春日2丁目4-34
電話 054-253-5590
午前9時00分から午後5時00分（平日のみ）

指定介護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 第二白寿園

説明者：職名 生活相談員 氏名 秋田 誉貴 印

私は、本書面に基づいて事業所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。

令和 年 月 日

契約者：住所

氏名 印

保証人：住所

氏名 印

介護老人福祉施設第二白寿園における、ご入居者様の援助・介護の提供に際して、下記の情報について確認させていただくと共に、サービス担当者会議（指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準に関する規則第 14 条第 6 項）等においてよりよいサービスを提供するため、関係者と必要な下記の情報を共有いたします。

- ☐ 入居前面接に関する情報
- ☐ 介護保険被保険者証・介護保険負担割合証等に記載された情報
- ☐ 施設サービス計画書
- ☐ 施設介護記録
- ☐ 当施設において発行する機関誌への掲載
- ☐ 夜間オンコール代行サービスの利用にあたり、緊急時対応および健康管理の目的で、ご利用者の氏名、年齢、既往歴、服薬状況、健康状態等の必要な個人情報を該当サービス提供事業者へ提供します。※なお、提供する情報は目的達成に必要な最小限とし、当該事業者とは個人情報の適正な取り扱いに関する契約を締結します。
- ☐ その他必要な情報

※ 上記サービス担当者会議をテレビ電話装置等の活用により開催することがあります。

【 入居者 】

1. 上記の情報（テレビ電話装置等の活用によるサービス担当者会議の開催を含む）について、介護老人福祉施設第二白寿園に提供することを同意します。
2. 上記の情報について、関係者に提供し共有することに同意します。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ (印)

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ (印)

【 ご家族 】

1. 上記の情報（テレビ電話装置等の活用によるサービス担当者会議の開催を含む）について、介護老人福祉施設第二白寿園に提供することを同意します。
2. 上記の情報について、関係者に提供し共有することに同意します。

令和 年 月 日

ご家族等住所 _____

ご家族等氏名 _____ (印)

【 事業者 】

1. 上記情報をより良いサービスの提供のため関係者と共有いたします。
2. 介護老人福祉施設第二白寿園の従業者及び情報を共有する事業者は個人情報を護ります。

令和 年 月 日

事業者住所 磐田市掛塚 3160-1

事業者名称 介護老人福祉施設 第二白寿園 _____ (印)