

## 特別養護老人ホーム もみじ館 重要事項説明書

特別養護老人ホーム もみじ館は、入所者に対して、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、契約上ご注意して頂くことをご案内致します。特別養護老人ホーム もみじ館のご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護3」・「要介護4」・「要介護5」の認定をされた方が対象となります。

### 目次

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. 職員配置状況
5. サービス内容
6. ご利用料金とお支払方法
7. 虐待防止について
8. 身体拘束の適正化について
9. 入所者の安全並びに介護サービスの質の確保等について
10. 事故発生時の対応
11. 損害賠償について
12. 緊急時の対応について
13. 連帯保証人について
14. 苦情申し立て窓口
15. サービスの第三者評価の実施状況
16. 非常災害対策
17. 感染症対策
18. 施設ご利用にあたっての留意事項
19. 重要事項説明書の変更について

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 北養会
- (2) 法人所在地 茨城県水戸市東原 3-2-7
- (3) 代表者氏名 理事長 大久保 泰子
- (4) 設立年月日 昭和 56 年 11 月 6 日
- (5) ホームページ <https://hokuyoukai.jp/>

## 2. ご利用施設

### (1) 施設の種類

指定介護老人福祉施設

### (2) 施設の目的

特別養護老人ホーム もみじ館（以下「当施設」とする）は、介護保険法令に従い、入所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が出来るように支援することを目的として、入所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頂き、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頂けます。

### (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム もみじ館

### (4) 施設所在地 茨城県水戸市鯉淵町 2 2 2 2-1

### (5) 電話番号 0 2 9-2 5 9-9 2 9 5

### (6) 施設長氏名 稲田 秀一

(兼務状況) 地域密着型特別養護老人ホームもみじ館施設長  
もみじ館（短期入所生活介護）施設長  
訪問介護ステーションもみじ館管理者  
デイサービスセンターもみじ館管理者

### (7) 開設年月日 平成 9 年 6 月 4 日

### (8) 利用定員 5 4 名

### (9) ホームページ <https://hokuyoukai.jp/momiji/>

## 3. 居室の概要

当施設は、以下の居室・設備をご用意しています。

|     |              |        |                        |
|-----|--------------|--------|------------------------|
| 居室  | (1 人部屋) 54 室 | 浴室     | 一般浴槽 6 据え<br>特殊浴槽 2 据え |
| 面談室 | 1 室          | 静養室    | 1 室                    |
| 医務室 | 1 室          | 共同生活室  | 6 室                    |
| 厨房  | 1 室          | ゲストルーム | 1 室                    |

#### 4. 職員配置状況

当施設では、入所者に対し、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配置しています。（主な職員の配置状況）

※職員配置については、指定基準を遵守しています。

※令和7年4月1日現在

|             | 常勤換算                 | 指定基準                   |
|-------------|----------------------|------------------------|
| 管理者         | 1                    | 1                      |
| 医師          | 1                    | 1                      |
| 生活相談員       | 1 以上                 | 1 以上                   |
| 機能訓練指導員     | 1 以上                 | 1 以上                   |
| 事務職員        | 3 以上                 | 適当数                    |
| 看護職員又は介護職員  | 21 以上<br>(内 3 は看護職員) | 21 以上<br>(内 3 以上は看護職員) |
| 介護支援専門員     | 1 以上                 | 1 以上                   |
| 栄養士または管理栄養士 | 1 以上                 | 1 以上                   |

※1 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数(小数点以下切り捨て)

※2 指定基準：利用定員 54 名(満床時)に対しての必要配置人数

#### 5. サービス内容

##### ①施設サービス計画の立案

- ・解決すべき課題を把握し、入所者ご本人、ご家族の意向を踏まえた上で、サービスの目標およびその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での意点等を盛り込んだ施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

##### ②食事

- ・栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入所者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・医師、管理栄養士等が連携し、入所者ごとに栄養状態を把握し、個々人の摂食・嚥下機能に着目した食形態にも配慮して栄養ケア計画を作成します。
- ・入所者の自立支援のため、離床して共同生活室にて食事を摂って頂くことを原則としています。
- ・バイキング食、複式献立、行事食などがあります。
- ・調理法にクックチルスシステムを採用し、適時適温給食を行います。
- ・入所者の希望や体調に応じ、提供時間及び場所を変更します。
- ・食事時間
 

|    |         |   |         |
|----|---------|---|---------|
| 朝食 | 7 : 30  | ～ | 8 : 30  |
| 昼食 | 12 : 00 | ～ | 13 : 00 |
| 夕食 | 17 : 30 | ～ | 18 : 30 |

### ③入浴

- ・入浴または清拭を原則週 2 回以上行います。ただし、入所者の健康状態や感染性疾患等により、医師が入浴することが適当でないと判断した場合には、入浴は行わないことができるものとします。

入浴については入所者の身体状況に合わせ、一般浴槽または機械浴槽で実施します。

### ④排泄

- ・排泄の自立を促すため、入所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

- ・個別計画を立て、入所者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、または減退を防止する為の機能訓練を行います。

### ⑥健康管理

- ・医師や看護職員を中心に健康管理を行います。
- ・協力病院と 24 時間連絡体制を確保し、健康上の管理を行います。

### ⑦口腔衛生管理の強化について

- ・毎食後、入所者の状態に合わせた口腔ケアを行います。
- ・経管栄養者に対しては、誤嚥予防の観点から口腔内清拭等、口腔内の清潔保持に努めます。
- ・歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対し口腔衛生の管理に係る技術助言及び指導を年 2 回以上実施します。
- ・施設入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価実施を行います。

### ⑧自立への支援

- ・寝たきり防止の為、出来る限り、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配慮します。

### ⑨医療の提供について

- ・医療を必要とする場合は、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。当施設と協力医療機関は、入所者が急変した場合など、夜間休日を含めて医師または看護職員との相談対応や、施設の求めに対し診療が可能な体制を確保しています。また、医師の診療により入院を要すると認められた場合は、原則入院できる体制を確保しています。

#### < 協力医療機関 >

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 医療機関の名称 | 北水会記念病院               |
| 所在地     | 水戸市東原 3 - 2 - 1       |
| 電話番号    | 029-303-3003          |
| Fax 番号  | 029-303-3004          |
| 診療科     | 内科、外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科ほか |

<協力歯科医療機関>

|         |                              |
|---------|------------------------------|
| 医療機関の名称 | 水戸デンタルクリニック                  |
| 所在地     | 水戸市中央 2-2-1 アーバンスタービル 202 号室 |
| 電話番号    | 029-302-5021                 |
| Fax 番号  | 029-302-5022                 |

⑩サービス向上の取り組み

- ・提供するサービスの改善や、向上を目的に委員会を設置し、会議を開催しています。
- ・委員会や会議等の開催については、情報通信機器を活用する場合があります。

⑪その他

- ・当施設ではサービスの提供にあたり、原則として身体拘束を行いません。また、人員配置上、24 時間つきっきりの介護は困難です。従って、不測の事態の発生も考えられます。私どもも十分注意して介護にあたり、緊急時には迅速に対応するよう努めて参りますが、ご家族もその点をご理解下さいますようお願い致します。

6. ご利用料金とお支払方法（契約書第 9・10 条参照）

（1）利用料金が介護保険から給付される場合

※一定以上の所得がある場合は、介護保険負担割合が 2 割、3 割となります。

※入所者が法定代理受領サービスを利用できないことにより償還払い（一次的に費用を全額 10 割分を支払い、必要な手続きを経て一部の払い戻しを受けること）となる場合は、サービス提供証明書を発行いたします。

<基本サービス費：ユニット型個室>

※5 級地（1 単位：10.45 円）

| 要介護度  | 単位       | 1 日当たりの負担金 |         |         |
|-------|----------|------------|---------|---------|
|       |          | 1 割負担      | 2 割負担   | 3 割負担   |
| 要介護 1 | 670 単位/日 | 700 円      | 1,400 円 | 2,100 円 |
| 要介護 2 | 740 単位/日 | 773 円      | 1,546 円 | 2,319 円 |
| 要介護 3 | 815 単位/日 | 851 円      | 1,703 円 | 2,555 円 |
| 要介護 4 | 886 単位/日 | 925 円      | 1,851 円 | 2,777 円 |
| 要介護 5 | 955 単位/日 | 997 円      | 1,995 円 | 2,993 円 |

<各種加算>

| 加算名           |      | 単位数     | 自己負担金 |      |       |
|---------------|------|---------|-------|------|-------|
|               |      |         | 1 割   | 2 割  | 3 割   |
| 日常生活継続支援加算（Ⅱ） |      | 46 単位/日 | 48 円  | 96 円 | 144 円 |
| 看護体制加算        | （Ⅰ）口 | 4 単位/日  | 5 円   | 9 円  | 13 円  |
|               | （Ⅱ）口 | 8 単位/日  | 9 円   | 17 円 | 25 円  |

|                                   |            |          |         |         |
|-----------------------------------|------------|----------|---------|---------|
| 夜勤職員配置体制加算（Ⅱ）ロ                    | 18 単位/日    | 19 円     | 38 円    | 57 円    |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）                       | 12 単位/日    | 13 円     | 25 円    | 38 円    |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）                       | 20 単位/月    | 21 円     | 42 円    | 62 円    |
| 入院、外泊時費用加算                        | 246 単位/日   | 257 円    | 514 円   | 771 円   |
| 初期加算                              | 30 単位/日    | 31 円     | 62 円    | 93 円    |
| 栄養マネジメント強化加算                      | 11 単位/日    | 11 円     | 22 円    | 33 円    |
| 安全対策体制加算（初日のみ）                    | 20 単位/日    | 20 円     | 40 円    | 60 円    |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）                    | 50 単位/月    | 52 円     | 104 円   | 156 円   |
| 生産性向上推進体制加算                       | （Ⅰ）        | 100 単位/月 | 105 円   | 209 円   |
|                                   | （Ⅱ）        | 10 単位/月  | 10 円    | 21 円    |
| 協力医療機関連携加算                        | （Ⅰ）        | 100 単位/月 | 105 円   | 209 円   |
|                                   | （Ⅰ）        | 50 単位/月  | 52 円    | 104 円   |
|                                   | （Ⅱ）        | 5 単位/月   | 5 円     | 10 円    |
| 経口維持加算（Ⅰ）                         | 400 単位/月   | 418 円    | 836 円   | 1,254 円 |
| 経口維持加算（Ⅱ）                         | 100 単位/月   | 105 円    | 209 円   | 314 円   |
| 療養食加算                             | 6 単位/回     | 7 円      | 13 円    | 19 円    |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 72 単位/日    | 76 円     | 151 円   | 226 円   |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>死亡日以前 4 日以上 30 日以下  | 144 単位/日   | 151 円    | 301 円   | 452 円   |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>死亡日前日及び前々日          | 680 単位/日   | 711 円    | 1,422 円 | 2,132 円 |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>死亡日                 | 1,280 単位/日 | 1,338 円  | 2,676 円 | 4,013 円 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）                    | 14.6%      |          |         |         |

#### ① 日常生活継続支援加算

認知症高齢者等が一定割合以上入所しており、且つ介護福祉士の資格を有する介護職員を一定の割合以上配置している場合

#### ② 看護体制加算

ア．看護体制加算（Ⅰ） 常勤の看護師を配置している場合

イ．看護体制加算（Ⅱ） 基準を上回る看護職員を配置している場合

#### ③ 夜間職員配置加算

夜勤を行う職員配置基準を超えて職員配置している場合

#### ④ 個別機能訓練加算

（Ⅰ）機能訓練指導員を配置し、多職種共同し、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、それに基づき計画的に機能訓練を行った場合。

（Ⅱ）（Ⅰ）を算定、利用者ごとの個別機能訓練計画書の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施にあたり当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用

した場合

⑤入院、外泊時費用加算

入院又は外泊した日の翌日から起算して1月につき6日を限度に算定

⑥初期加算

入所に伴い様々な支援が必要なことから入所後30日に限り加算

⑦栄養マネジメント強化加算

管理栄養士を配置し、入所者全員を対象として入所者ごとの継続的な栄養管理を実施した場合に加算

⑧科学的介護推進体制加算

1月 50単位

当施設が記録している入所者の状態像に関する情報について、厚生労働省が指定するデータベースに情報提供をし、得られるフィードバックをもとに、PDCAによりケアの質を高めていく取組を行った場合

⑨生産性向上推進体制加算

介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入等により、介護サービスの質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組をしている場合

(Ⅰ) 生産性向上のための委員会を開催し、全居室へ見守り機器など複数のテクノロジーを導入、業務改善効果データをオンラインで提供している場合加算

(Ⅱ) 生産性向上のための委員会を開催し、見守り機器など1つ以上のテクノロジーを導入、業務改善効果データをオンラインで提供している場合に加算

⑩協力医療機関連携加算

(Ⅰ) 協力医療機関との間で当該入所者の病歴等情報を共有する会議を定期的に開催している場合に加算 (令和7年度から1月50単位に変更されます)

(Ⅱ) 病歴等の情報共有する会議を定期に開催しているが、診療を行う体制等が常時確保できない協力医療機関の場合に加算

⑪経口維持加算

誤嚥が認められる方に対し、経口維持計画を作成及び特別な管理を行う場合

⑫療養食加算

入所者の病状等に応じて、適切な栄養量及び内容の療養食の提供が行われた場合

⑬看取り介護加算

医師が終末期であると判断した入所者について、看取り介護を行った場合

(Ⅰ) (1) 死亡日以前31日以上45日以下

(2) 死亡日以前4日以上30日以下

(3) 死亡日以前2または3日以下(前日および前々日)

(4) 死亡日

⑭介護職員等処遇改善加算

ある一定の要件を満たした介護サービス事業所に勤務する介護職員等の賃金改善に充てる事を目的としたもの

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条）

＜居住費・食費＞ 1日当たり

※所得や資産等が一定以下の方に対して、負担限度額を超えた居住費と食費の負担額が特定入所者介護サービス費として給付されます（以下段階1～3）。その場合、住まいのある市区町村に負担限度額認定の申請をする必要があります。

| 対象者                        |                               | 区分<br>利用者<br>負担 | 居住費        | 食費     |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------|------------|--------|
|                            |                               |                 | ユニット<br>個室 |        |
| 生活保護受給の方                   |                               | 段階 1            | 880円       | 300円   |
| 世帯<br>全員が…                 | 市町村民税非課税の<br>老年福祉年金受給の方       |                 |            |        |
|                            | 市町村民税非課税かつ<br>本人年金収入等80万円以下の方 | 段階 2            | 880円       | 390円   |
|                            | 非課税かつ本人年金収入等が<br>80万円超120万円以下 | 段階 3 ①          | 1,370円     | 650円   |
|                            | 非課税かつ本人年金収入等が<br>120万円超       | 段階 3 ②          | 1,370円     | 1,360円 |
| 世帯に課税の方がいるか、本人が市町村民<br>税課税 |                               | 段階 4            | 2,066円     | 1,850円 |

＜その他の料金＞

①特別な食費（おやつ代）：15時 各66円（税込）

※希望者のみ、別途徴収となります。

②理美容代 施術によって異なる

③電気使用量 電気機器（冷蔵庫やテレビなど）1点につき55円／日（税込）

④貴重品お預かりサービス（出納サービス込） 3,300円／月（税込）

利用者のご希望により、施設の指定する金融機関に預け入れている預金をお預かりします（お預かりするものは、上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書です）。

|          |             |
|----------|-------------|
| 保管管理の責任者 | 施設長 稲田 秀一   |
| 出納担当者    | 事務責任者 西村 則子 |

⑤入所者の指定医療機関への受診介助（北水会記念病院以外）

所要時間1時間まで 2,000円／ 以後30分毎に加算 1,000円（税込）

交通費 25円／Km（税込）

⑥入所者の指定場所への外出介助（自宅・外出先）

所要時間1時間まで 2,000円／ 以後30分毎に加算 1,000円（税込）

交通費 25円／Km（税込）

※移動支援のみの場合は移動にかかった実働分のみ

#### ⑦その他

各種教室材料費、娯楽設備の利用料、外出時買物費用、個別の日用品費等  
外出施設イベントにおける発生費用、特別な食事(メニューによって異なります)

#### (3) お支払方法

前記のうち自己負担分については、1ヶ月ごとに計算しご請求致しますので、翌月20日(口座自動引落の方はI-NET資金センター参加金融機関は翌月15日、ワイドネット提携金融機関は翌月27日)までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。入金を確認次第、領収証を発行致します。

| お支払方法 | 銀行振込 | 現金支払い | 口座自動引落 |
|-------|------|-------|--------|
|-------|------|-------|--------|

なお、当施設に年金等について保管管理を依頼される方につきましては、お預かり金より振り替えさせて頂き、領収書を保管するとともに、明細等をご家族にご通知申し上げます。

#### 7. 虐待防止について

虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止委員会の開催、研修の実施、担当者の設置等の措置を講じます。

#### 8. 身体拘束の適正化について

入所者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。但しやむを得ず身体拘束を行う場合の適正化のため、身体拘束適正化委員会の開催、指針の策定、研修の実施等の措置を講じます。

#### 9. 生産性向上に資する取り組みの推進について

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策及びを検討するための委員会を設置します。

#### 10. 事故発生時の対応

- (1) 入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

#### 11. 損害賠償について(契約書第17条参照)

当施設において、従業者の責任により、入所者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。また、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、入所者もしくはその家族等に故意又は過失が認められ、かつ入所者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

#### 12. 緊急時の対応について

緊急時(体調悪化や急変などの非常時)に施設から連絡がとれるよう、連絡先を3カ所登録させて頂きます。施設からは1から順に連絡を入れますが、1カ所に連絡がとれた場合、

以降の連絡先には連絡は致しません。

【緊急連絡先 1】

|        |  |    |  |
|--------|--|----|--|
| 氏名     |  | 続柄 |  |
| 住所     |  |    |  |
| 電話番号 1 |  |    |  |
| 電話番号 2 |  |    |  |

【緊急連絡先 2】

|        |  |    |  |
|--------|--|----|--|
| 氏名     |  | 続柄 |  |
| 住所     |  |    |  |
| 電話番号 1 |  |    |  |
| 電話番号 2 |  |    |  |

【緊急連絡先 3】

|        |  |    |  |
|--------|--|----|--|
| 氏名     |  | 続柄 |  |
| 住所     |  |    |  |
| 電話番号 1 |  |    |  |
| 電話番号 2 |  |    |  |

【指定医療機関】 ※協力病院ではない、受診等の指定病院・主治医がある場合に記載

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 医療機関の名称 |  |        |  |
| 所在地     |  |        |  |
| 診療科     |  | 主治医名   |  |
| 電話番号    |  | Fax 番号 |  |

13. 連帯保証人について

当施設では、契約締結にあたり、連帯保証人の設定をお願いしています。

- (1) 連帯保証人は、入所者(甲 1)及び甲 2 と連帯して、本契約から生じる入所者(甲 1)の債務を負担するものとします。
- (2) 前項の連帯保証人の負担は、極度額 1 5 0 万円を限度とします。
- (3) 連帯保証人が負担する債務の元本は、入所者(甲 1)又は甲 2 が死亡したときに、確定するものとします。
- (4) 連帯保証人の請求があったときは、当施設は、連帯保証人に対し、遅滞なく、入所者(甲 1)等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、入所者(甲 1)の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。

#### 14. 苦情申し立て窓口

##### (1) 苦情受付窓口

窓口担当者 山口 隆文（施設介護支援専門員）

解決責任者 稲田 秀一（施設長）

場 所 特別養護老人ホーム もみじ館 水戸市鯉淵町 2 2 2 2 - 1

連 絡 先 0 2 9 - 2 5 9 - 9 2 9 5

受付時間 1 0 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

##### (2) その他苦情受付機関：各市町村受付窓口

- ・水戸市介護保険課 水戸市中央 1-4-1 TEL：029-297-1018
- ・茨城県運営適正委員会（社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会内）  
水戸市千波町 1918 TEL：029-305-7193
- ・茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談室  
水戸市笠原町 978 番 26 茨城県市町村会館内 TEL：029-301-1565
- ・その他各保険者（市町村）介護保険担当窓口

#### 15. サービスの第三者評価の実施状況

|              |    |
|--------------|----|
| 【実施の有無】      | なし |
| 【実施した直近の年月日】 |    |
| 【第三者評価機関名】   |    |
| 【評価結果の開示状況】  |    |

#### 16. 非常災害対策

|             |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①災害時の対応     | 「非常時対応マニュアル」に基づき対応します。                                                                                                                                                                                                                             |
| ②防災訓練       | 「非常時対応マニュアル」に基づき、日中及び夜間を想定した避難訓練を入居者の方にも参加して頂き、実施します。                                                                                                                                                                                              |
| ③防災設備       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自動火災報知設備                  屋内消火栓設備</li> <li>・ガス漏れ報知器                  防火扉</li> <li>・火災通報装置                  誘導灯及び誘導標識</li> <li>・漏電火災報知機                  非常電源（自家発電設備）</li> </ul> カーテン等は、防災性能のあるものを使用しております。 |
| ④業務継続計画の策定等 | 非常災害が発生した場合に、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定の上、研修・訓練を実施する措置を講じます。                                                                                                                                                                             |
| ⑥防火管理者      | 稲田 秀一                                                                                                                                                                                                                                              |

## 17. 感染症対策

|             |                                                                             |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ①感染症発生時の対応  | 「感染症対策マニュアル」に基づき対応します。                                                      |
| ②感染症研修・訓練   | 研修（感染症の基礎知識、応用研修、食中毒研修）<br>訓練（防護具等の着脱方法、感染者や濃厚接触者に対応、施設内ゾーニングおよび飛沫感染予防策の訓練） |
| ③感染症対策備品    | 防護具等（サージカルマスク、眼の防護具、長袖ガウン、手袋）、消毒液（エタノール等）                                   |
| ④業務継続計画の策定等 | 感染症が発生した場合に、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定の上、研修・訓練を実施する措置を講じます。       |
| ⑤衛生管理等      | 感染症の予防及びまん延の防止に関する取組の徹底を求めるため、訓練を実施する措置を講じます。                               |

## 18. 施設ご利用にあたっての留意事項

|                 |                                                                                                                                                    |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会           | 来訪者は、面会時間を遵守し、必ず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。<br>（面会時間／8：00～20：00）<br>※感染症対策等により面会制限となる場合は予めご連絡します。                                       |
| 外出・外泊           | 外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を当施設に届け出て下さい。外泊は1ヶ月に6日以内とします。                                                                                                   |
| 居室・設備・器具の利用     | 施設内の居室や設備、器具は本来の用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。                                                                                  |
| 居室の決定           | 居室及び居室移動の決定は、心身の状況に応じて、施設側で行います。また、入院中については、居室はショートステイ室として使用致します。                                                                                  |
| 上靴の使用           | 館内では安全のため、上靴の着用をお願い致します。                                                                                                                           |
| 貴重品の管理          | 貴重品（金品や高価な衣類・アクセサリ・大切な思い出の品等）につきましては、当施設では責任を負い兼ねますので、持ち込みはご遠慮下さい。                                                                                 |
| 嘱託医師以外の医療機関への受診 | 嘱託医師の勤務時間以外の受診については、協力医療機関への送迎を除き、ご家族の送迎、付き添いによる受診となります。                                                                                           |
| 迷惑行為            | 共同生活を営む上で、お互いに気持ち良く暮らす為に、以下の迷惑行為はご遠慮ください。<br>・騒音となる大きな音を発信したり発声したりすることはお控えください。<br>・他人の誹謗中傷等心無い言動や言いふらし行為は謹んで下さい。<br>・むやみに他の入所者の居室に立ち入らないようにして下さい。 |
| 禁止行為            | 禁止行為が確認された場合、施設を退所(契約の解除)していただくことがございます。                                                                                                           |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内へのペットの持ち込みおよび飼育</li> <li>・刃物等、人に危害を与える危険物を持ち込むこと</li> <li>・決められた場所以外での喫煙</li> <li>・当施設やその従業者または他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行うこと</li> <li>・契約書第 11 条 3 項①にある、他の入所者等の生命・身体および財産を傷つける行為</li> <li>・契約書第 11 条 3 項②にある、他の入所者等に対する暴力、暴言威嚇等の行為（不当な要求も含む）</li> </ul> <p>※従業者に対して職務内容を著しく超えた対応を求めること、社会通念上及び公序良俗に反する要望・対応を求めることはご遠慮ください。従業者による通常業務の遂行の妨げとなる著しい迷惑行為は、入所契約書第 15 条第 4 項及び第 5 項に抵触します。</p> |
| 警察への通報 | 入所者及び家族等その関係者による暴力、迷惑行為等が発生した場合は、警察へ通報させて頂く場合があります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| その他    | 入所者及び家族間のトラブル（金銭関係、相続書類等）に関しては、当施設は一切関与致しません。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

#### 19. 重要事項説明書の変更について

この重要事項に記載された内容に変更が生じる場合には、事前に甲らに文書にて通知します。軽微な変更の場合は、変更箇所のための説明書類を交付し同意を得るものとします。

施設介護サービスの提供開始にあたり、甲らに対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者（乙）

水戸市鯉淵町 2 2 2 2 - 1

社会福祉法人 北養会

特別養護老人ホーム もみじ館

説明担当者 職名 生活相談員

氏名

㊞

私は、本書面に基づいて乙から重要事項の説明を受け、指定介護老人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

甲 1 (入所者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

甲 2

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

続柄 \_\_\_\_\_