ユニット型指定介護老人福祉施設

社会福祉法人陽翔会　特別養護老人ホーム上大瀬

重要事項説明書

１．法人について

（１）法人名　　社会福祉法人　陽翔会

（２）法人所在地　　静岡県浜松市中央区大島町８９１番地

（３）電話番号　　（０５３）４３１－１１１１

ＦＡＸ番号　　（０５３）４３１－１１１０

（４）代表者氏名　　理 事 長　 髙　尾　　勲

（５）設立年月日　　平成１７年１０月１８日

２．施設の概要

（１）施設の種類

ユニット型指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

（平成１８年８月１日指定・・・介護保険事業者番号　２２７７２０３８０４）

※ユニット型施設とは・・・

全室個室（使い慣れた家具等を持ち込むことのできる個室）・ユニットケア型（少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できる共同生活室）の特別養護老人ホームのことを言います。 ユニットケアとは、おおむね１０人以下のご入居者をひとつのグループ（ユニット）とし、ご自宅に近い居住環境の中で介護を行う方法で、できるだけご入居者一人ひとりの個性や生活リズムに沿った日常生活を送っていただくことを目的としています。

（２）施設の名称　　特別養護老人ホーム上大瀬

（３）施設の所在地　　静岡県浜松市中央区大島町９５９番地の１

（４）電話番号　　（０５３）４３１－１０１０

ＦＡＸ番号　　（０５３）４３１－１０１１

（５）施設長（管理者）氏名　　鈴木　康之

（６）当施設の運営方針

施設サービス計画（ケアプラン）に基づき、「人間らしい老いを生きる」をテーマにご入居者一人ひとりのこころの声を聴きながら、日々の安らぎと生きがいを感じていただけるよう、思いや人格を尊重した介護を行います。

ご入居いただいた後も、できるだけご自宅での暮らしに近い日常生活を営んでいただけるよう配慮します。

地域交流スペースを活用し、地域の方々やご家族の皆様が気軽に訪れていただけるような活気ある地域づくりに努めます。

（7）開設年月日　　平成２７年４月１日

（8）入居定員　　９０名

（9）ユニットの数及びユニットの定員

介 護 福 祉 施 設：9ユニット（1ユニット１０名）

３．ユニットの概要

ユニット内の施設・設備

室名	室数	主な設備等
居室（全室個室）	１０	電動ベッド・洗面台・便所・エアコン
共同生活室	1	キッチン・洗面化粧台

※家具類などの持ち込みについて

電動ベッド（布団）以外の家具類は、ご入居者の皆様にお持ち込みいただきます。

４．職員の配置状況及び勤務体制

＜主な職員の配置状況＞

※職員の配置については、指定基準を遵守しています（短期入所を含む）

職　　種	職務の内容	人　数
施設長（管理者）	業務の一元的な管理	1名
医師	入居者の健康管理及び療養上の指導	1名以上
生活相談員	入居者・家族への相談援助、入退所の管理	1名以上
介護職員	介護業務	３４名以上
看護職員	健康管理、日常の医療処置、医療品機材の管理	3名以上
機能訓練指導員	機能訓練等の指示、助言	1名（兼務）
管理栄養士	献立確認、栄養管理及び指導	1名以上
介護支援専門員	施設サービス計画の作成、実施	1名以上

５．サービスの内容と利用料金

（１）介護保険の給付対象となるサービス・・・かかった費用の一部をご負担いただきます。

○サービスの内容

①介護

入浴・排泄・離床・着替え・整容・ユニット内での家事への参加等の支援。

※体調不良等により入浴いただけない場合は、清拭に替えさせていただきます。

②食事

ご入居者の生活習慣に応じゆっくりと食事を摂っていただきます。

③社会生活上の便宜の供与

趣味・教養・娯楽活動の機会の提供、行政機関等に対する手続き代行、ご家族との交流の機会の提供、外出の機会の確保をいたします。

④相談援助

ご入居者及びご家族からのご相談に応じます。

⑤機能訓練

主にマッサージ、日常生活の中での機能訓練、レクリエーションや行事等を通じた機能訓練を行います。

⑥健康管理

看護職員による日常の健康管理に加え、嘱託医による回診を行います。

○介護保険給付対象サービスの利用料金

１．介護サービスの料金

要介護度	１日あたりの利用料金
要介護１	６７０単位
要介護２	７４０単位
要介護３	８１５単位
要介護４	８８６単位
要介護５	９５５単位

●介護サービスの料金には、おむつ代や洗濯代も含められます。

２．科学的介護推進体制加算（Ⅰ）・・・１月あたり　４０単位

（Ⅱ）・・・１月あたり　５０単位

※ご入居者ごとの身体の状況や心身・疾病の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、情報やその他サービスを適正かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合。

３．看護体制加算（Ⅰ）ロ・・・１日あたり　４単位

※入居定員が３０人又は５１人以上であること。

※常勤の看護師を１名以上配置していること。

看護体制加算（Ⅱ）ロ・・・１日あたり　８単位

※入居定員が３０人又は５１人以上であること。

※看護職員の数が常勤換算法で入所者の数が２５又はその端数を増すごとに１以上であり、かつ、指定介護老人福祉施設に置くべき看護職員の数に１を加えた数以上であること。

※看護職員により、または病院などとの連携により２４時間連絡体制を確保していること。

４．夜勤職員配置加算（Ⅱ）・・・１日あたり　１８単位

※ユニット型介護老人福祉施設サービス費を算定していること。

※入居定員が３０人又は５１人以上であること。

※夜勤を行う職員の夜勤条件に関する基準に規定する夜勤を行う介護職員又は看護員の数に１を加えた数以上の介護職員又は看護職員を配置していること。

５．栄養マネジメント強化加算・・・１日あたり　１１単位

※管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を５０（施設に常勤栄養士を１人以上配置）で除して得た数以上を配置していること。

※低栄養状態のリスクが高いご入居者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週３回以上行い、ご入居者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施していること。

※低栄養状態のリスクが低いご入居者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場

合は、早期に対応していること。
※ご入居者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に LIFE を用いて提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。

6．外泊時費用・・・１日あたり　２４６単位
※入院や外泊された場合。１月に６日間（月をまたぐ場合は１２日間、外泊初日と最終日は除く）。

7．初期加算・・・１日あたり　３０単位
※入所した当初３０日間、入院後の再入所も対象。

8．日常生活継続支援加算（Ⅱ）・・・１日あたり　４６単位
※認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合がご入居者の６５％以上で、介護福祉士が６：１以上配置されている場合。

9．介護職員等処遇改善加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）・・・（イ）所定単位数にサービス別加算率１６．３％を乗じた単位数で算定
（ロ）所定単位数にサービス別加算率１７．６％を乗じた単位数で算定
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）・・・（イ）所定単位数にサービス別加算率１５．９％を乗じた単位数で算定
（ロ）所定単位数にサービス別加算率１７．２％を乗じた単位数で算定

※介護職員等の処遇改善に関する加算。

10．若年性認知症入所者受入加算・・・１日あたり　１２０単位
※若年性認知症の方を受け入れた場合。

11．経口移行加算・・・１日あたり　２８単位
経口維持加算（Ⅰ）・・・１月あたり　４００単位

経口維持加算（Ⅱ）・・・１月あたり　１００単位

※医師が肺炎予防等の目的で誤嚥を認めた者を対象に、計画に従い特別な管理を行う場合。また、経口加算Ⅱは、経口（Ⅰ）を算定しており、経口による食事の摂取を支援するための観察及び会議に医師が参加した場合。

12. 療養食加算・・・１回あたり　６単位

※医師の指示に基づき、療養食を提供した場合。

13. 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）・・・１月あたり　３単位

褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）・・・１月あたり　１３単位

※褥瘡の発生予防や状態改善等について評価を行い、褥瘡発生するリスクがあるとされたご入居者ごとに褥瘡ケア計画を作成し３月ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

褥瘡加算Ⅱは、Ⅰの条件を満たし、褥瘡が発生するリスクがあるとされたご入居者等について褥瘡の発生がない場合。

14. 排せつ支援加算（Ⅰ）・・・１月あたり　１０単位

排せつ支援加算（Ⅱ）・・・１月あたり　１５単位

排せつ支援加算（Ⅲ）・・・１月あたり　２０単位

※排泄に介護を要するご入居者ごとに支援計画を作成し、少なくとも３月に１回、支援計画を見直していること。

排せつ加算Ⅱは、Ⅰの条件を満たし、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善し、又はおむつ使用ありから使用なしに改善している場合。

排せつ加算Ⅲは、Ⅰの条件を満たし、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善したことに加え、おむつ使用ありから使用なしに改善している場合。

15. 自立支援促進加算・・・１月あたり　３００単位

※医師がご入居者ごとに自立支援のために医学的評価を行い、医師参加のもと多職種共同で支援計画を策定する。支援計画に従ったケアを実施し３月に１回、支援計画の見直しを行い医学的評価の情報を厚生労働省に提出した場合。

16. 安全対策体制加算・・・入所時に１回あたり　２０単位

※外部の研修を受けた担当者を配置し、施設内に安全対策部門を設置、組織的に安全

対策を実施する体制が整備されている場合。

17. 退所時等相談援助加算

退所前訪問相談援助加算・・・１回　４６０単位

退所後訪問相談援助加算・・・１回　４６０単位

退所時相談援助加算　　・・・１回　４００単位

退所前連携加算　　・・・１回　５００単位

※施設を退居する場合、居宅サービスの紹介や退居時、退居前後に相談援助を行った場合。

18. 退所時情報提供加算・・・1回　２５０単位

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に入所者等１人につき１回に限り算定する場合。

19. 退所時栄養情報連携加算・・・１回　７０単位

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等の栄養管理に関する情報を提供する際、入所者等１人につき１回に限り算定する場合。

20. 再入所時栄養連携加算・・・１回　２００単位

医療機関に入院し、医師が定める特別食又は嚥下調整食を提供する必要がある入居者が退院し、医療機関と連携して栄養ケア計画を作成した場合。

21. 看取り介護加算（死亡日以前４５日を限度）（Ⅰ）

※退居日の翌日から死亡日までの間は算定できません。

（１）死亡日以前３１日以上４５日以下については、１日につき７２単位

（２）死亡日以前４日以上３０日以下については、１日につき１４４単位

（３）死亡日の前日及び前々日については、１日につき６８０単位

（４）死亡日については、１日につき１，２８０単位を算定します。

※看取りに関する指針を定め、入居の際に、ご入居者又はそのご家族等に説明し、同意を得ていること。施設退所時より遡って起算されるため、退所後に請求が発生する場合があります。

22. 在宅復帰支援機能加算・・・１日あたり　１０単位

※前６ヵ月間において在宅復帰したご入居者に対して支援を行った場合。

23. 配置医師緊急時対応加算

配置医師が早朝・夜間、深夜に入所者の急変等の対応を行った場合。

※看護体制加算Ⅱを算定していること

（１）通常の勤務時間外の場合（早朝・夜間及び深夜を除く）、１回につき　３２５単位

（２）早朝・夜間の場合、１回につき　６５０単位

（３）深夜の場合、１回につき　１，３００単位

24. 協力医療機関連携加算

協力医療機関連携加算（Ⅰ）・・・１月あたり　１００単位（２０２４年度）

１月あたり　５０単位（２０２５年度以降）

協力医療機関連携加算（Ⅱ）・・・１月あたり　５単位

協力医療機関と実効性のある連携体制を構築するため、入所者の情報共有を定期的に開催することを評価。

協力医療機関が要件を満たした場合（Ⅰ）、それ以外の場合（Ⅱ）

25. 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）・・・1月あたり　１０単位

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を検討するための委員会の開催や改善活動を継続的に行っていることを評価。

※見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。

※1 年以内ごとに１回、業務改善の取り組みによるデータの提供を行うこと。

26.　精神科医療養指導加算・・・１日あたり　５単位

認知症である入居者が１/３以上であり、精神科を担当する医師による、定期的な療養指導を月２回行っている場合。

27. 地域区分改正による適用単価の変更にて、浜松市は地域区分が「７級地」であるため上記表の単位数に１０．１４円を乗じた金額の１割～３割のいずれかが自己負担となります。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご負担額を変更します。また、要介護度に変更が生じた場合は、変更後の要介護度が有効となる日（限定有効期間の初日）から、変更後の介護度に応じた額をご負担いただきます。

（２）介護保険の給付対象外のサービス・・・かかった費用の全額をご負担いただきます。

○サービスの内容及び利用料金

１．食費　　１日あたり　１，８８０円　　月額（３０日の場合）５６,４００円

※朝・昼・夕の３食にかかる費用が含まれます。

但し、介護保険負担限度額認定の申請をされた方は下記の料金をご負担いただきます。

利用者負担段階	１日あたりの額	月額（３０日の場合）
第１段階のご入居者	３００円	９，０００円
第２段階のご入居者	３９０円	１１，７００円
第３段階①のご入居者	６５０円	１９，５００円
第３段階②のご入居者	１，３６０円	４０，８００円

令和８年８月～

利用者負担段階	１日あたりの額	月額（３０日の場合）
第１段階	３００円	９，０００円
第２段階	３９０円	１１，７００円
第３段階①	６８０円	２０，４００円
第３段階②	１，４２０円	４２，６００円

２．居住費　　１日あたり　２，５００円　　月額（３０日の場合）７５，０００円

※入院や外泊等で一時居宅を空けられる場合も、居住費はご負担いただきます。但し、介護保険負担限度額認定の申請をされた方は下記の料金をご負担いただきます。

利用者負担段階	１日あたりの額	月額（３０日の場合）
第１段階のご入所者	８８０円	２６，４００円
第２段階のご入所者	８８０円	２６，４００円

第３段階①のご入居者	１，３７０円	４１，１００円
第３段階②のご入所者	１，３７０円	４１，１００円

令和８年８月～

利用者負担段階	１日あたりの額	月額（３０日の場合）
第１段階	８８０円	２６，４００円
第２段階	８８０円	２６，４００円
第３段階①	１，３７０円	４１，１００円
第３段階②	１，４７０円	４４，１００円

※特定入所者介護サービス費（介護保険負担限度額認定）の基準

・第１段階　・・・生活保護受給者及び老齢福祉年金の受給者で、世帯非課税

・第２段階　・・・世帯非課税で、本人の年収＋合計所得金額の合計が８０.９万円以下、また預貯金等が単身６５０万円以下、夫婦で１，６５０万円以下

・第３段階①・・・世帯非課税で、本人の年収＋合計所得金額の合計が８０.９万円超１２０万円以下、また預貯金等が単身５５０万円以下、夫婦で１，５５０万円以下

・第３段階②・・・世帯非課税で、第３段階①以外、また預貯金等が単身５００万円以下、夫婦で１，５００万円以下

令和８年８月～

・世帯全員が住民税非課税であって、以下の基準に該当される方

第１段階　・・・生活保護を受給している人、または老齢福祉年金を受給している人

預貯金額：１，０００万以下（夫婦の場合：２，０００万以下）

第２段階　・・・合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が８２．６５万円以下の人

預貯金額：６５０万以下（夫婦の場合：１，６５０万以下）

第３段階①・・・合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が８２．６５万円超１２０万以下の人

預貯金額：５５０万以下（夫婦の場合：１，５５０万以下）

第３段階②・・・上記以外の人

預貯金額：５００万以下（夫婦の場合：１，５００万以下）

但し、以下の場合は対象外となります。

・配偶者が住民税課税者の場合

３．特別な食事

ご入居者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

４．理美容サービス

月に１回、実費にて理容師の出張による理髪サービス（調髪･顔剃）をご利用いただけます。

５．事務管理費（預かり金の出納管理）

ご入居者の希望により、貴重品サービスをご利用いただけます。詳細は以下の通りです。

＊管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

＊お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑

＊出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

①預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。

②保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

③保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご入居者へ交付します。

利用料金：１ヶ月あたり　２，０００円

６．複写物の交付

ご入居者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には１セットは無料とします。ただし２枚目以降は実費をご負担いただきます。

１枚につき　１０円

７．日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、ご入居者の日常生活に要する費用で、ご入居者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

品目	１本あたりの金額
バスタオル	８０円
フェイスタオル	５０円
下拭きタオル	５０円
おしぼりタオル	４０円

※入浴時は、バスタオル２枚、フェイスタオル１枚、下拭きタオル１枚を入浴用タオルセットとして２５０円で対応させていただきます。

尚、上記の品目につきましては、お持込も可能です。

※下記の品目につきましては、施設内の売店でもお求めいただけますし、お持込も可能です。

歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、口腔内洗浄スポンジ、ペーパータオル（居室用）ティッシュペーパー（居室用)、エプロン（食事用)、お尻拭き等。

８．契約書第１９条に定める所定の料金

ご入居者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間にかかる料金。

入居者の要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
料　　金	６，７００円	７，４００円	８，１５０円	８，８６０円	９，５５０円

ご入居者が、要介護認定で自立又は要支援と判定された場合　６，７００円

９．洗濯

クリーニングを希望された方には実費をご負担いただきます。

10．おやつ代　　１２０円

喫食された分のみご負担いただきます。

＜社会福祉法人等による入所者負担軽減制度＞

市町村が発行する「社会福祉法人等入所者負担軽減対象確認証」を交付されている方は、（１）介護保険の給付対象となるサービス及び（２）介護保険の給付対象外のサービスの

１．食費、２．居住費について、入居者負担額の一部を施設が負担する制度があります。

（対象の要件）

市町村民税世帯非課税者であって、次の要件の全てを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、入居者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であるとして市町村が認めた方

１．年間収入が単身世帯で１５０万円、世帯員が１人増えるごとに５０万円を加算した額以下であること。

２．預貯金等の額が単身世帯で３５０万円、世帯員が１人増えるごとに１００万円を加算した額以下であること。

３．日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。

４．負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

５．介護保険料を滞納していないこと。

（減額割合）

減額割合は１／４（老齢福祉年金受給者の方は１／２）を原則とします。

（手続き）

市へ利用料の軽減対象であることの確認申請を行い、市の決定を受けることが必要です。

６．ご利用料金のお支払い方法

前記５（１）（２）の料金･費用は、１ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月２０日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（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します。）

① 金融機関口座からの自動引落

ご利用できる金融機関：浜松磐田信用金庫、静岡銀行、郵便局、農業協同組合

（利用した翌月の２０日に引落されます。但し、金融機関が休業の場合はその翌営業日となります。）

② 下記指定口座への振込

浜松磐田信用金庫　西ヶ崎支店　普通預金０６８６０７８

③窓口での現金支払

７．病院等に入院された場合の対応について

（１）入院から３ヶ月以内に退院された場合

原則として入院から３ヶ月間は、退院後再度入居していただくことができます。但

し、入院の期間中、ご入居者又はご家族の同意を得た上で、ご入居者の居室を短期入所生活介護（ショートステイ）のご入所者にお貸しいただく場合がありますので、ご了承ください。

その際は、お持ちいただいた家具や日用品等は別室にて一時保管させていただきます。

（2）３ヶ月以内に退院が見込まれない場合

入所を解除されます。

（3）ご入居者に医療行為が必要となった場合

ご入居者及びご家族と協議したうえで、契約を解除することがあります。この場合には、施設を退居していただくことになりますが、退居にあたって必要な援助をさせていただきます。

８．苦情･要望の受付について

《当施設における苦情の受付》

苦情・ご要望・ご意見など、お気軽に書き担当者までご相談ください。また、苦情受付ボックスをエレベーター付近に設置しています。

苦情受付窓口（担当者）

［生活相談員］　井口　美香

受付時間　毎週月曜日～金曜日　８：３０　～　１７：３０

行政機関その他苦情受付機関

浜松市 東行政センター内	所在地　浜松市中央区流通元町２０番３号 ＴＥＬ　０５３－４２４－０１８４ 受付　中央福祉事業所　長寿支援課
静岡県国民健康保険団体連合会	所在地　静岡市葵区春日二丁目４番地３４号 ＴＥＬ　０５４－２５３－５５９０ 受付　介護保険課

９．緊急時の対応について

当施設において、ご入居者の状態に急変が生じた場合には、速やかに嘱託医師やご家族そして保険者等に連絡するなどの措置を講じます（当法人の緊急マニュアルに沿って

対応いたします)。ご家族の皆様には、緊急時の連絡先をお伝えいただきますようお願いいたします。

10. 身体拘束の禁止について

《介護保険施設は運営基準によりご入居者の身体的拘束や行動制限等の行為は禁じられています。》

当施設でも下記に挙げる行為は緊急やむをえない場合を除いて行いません。

・徘徊しないように、車椅子やベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
・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。
・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。
・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は、皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける。
・車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Ｙ字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
・立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
・脱衣やオムツはずしを制限するために、介護服（つなぎ服）を着せる。
・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で縛る。
・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。
・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

11. 虐待の防止について

事業者は、ご入居者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

・虐待防止に関する責任者を選定しています。
・従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
・サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人）による虐待を受けたと思われるご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。

12. 感染症対策について

事業所での感染症の発生及びまん延等に関する取り組みを徹底するため、委員会の設置や指針の整備、研修及び訓練を定期的に実施しています。

13. 事故発生時の対応について

入居中に事故が発生した場合には、速やかに嘱託医師やご家族そして保険者等に連絡するなどの措置を講じます（当法人の事故対応マニュアルに沿って対応します)。

その際の損害賠償については、当方の過失によりご入居者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害がご入居者の故意又は過失によるものと認められる場合には、ご入居者の心身の状況を考慮して相当と認められるときに限り、当方の損害賠償責任を減じる場合がありますので、予めご了承ください。

14. 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。

15. その他施設利用にあたっての留意事項

（1）施設・設備の使用上の注意

①居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って使用して下さい。

②カーテン・絨毯類の持込については、防炎加工のものをお願いします（消防法の規定により)。

③故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合や変更した場合にはご入居者の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いただく場合があります。

ご入所者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご入居者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシーの保護について、十分な配慮を行います。

（2）面会について

面会時間　８：３０～１９：００　※面会時間内は、ご自由にご面会してください。

但し、感染症の流行時期や静岡県の新型コロナウイルス警戒レベルが一定以上の場合は、面会を控えていただいたり、面会方法や時間を制限する場合があります。

（おたより・掲示等でお知らせいたします)。

また、ユニットの雰囲気を壊したり、他のご入居者の迷惑になる行為をした場合は、面会をお断りする場合があります。

（３）外出・外泊について

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

（４）ご家族等の宿泊について

・ご家族等の同室での宿泊も可能ですが、必ず施設長の許可を得てください。看取り介護の付き添い等特別の理由のある場合を除き、短期の宿泊にしていただきます。

・寝具は、当施設の簡易ベッド等を有料にてお貸しいたしますので、それを使用していただきます。

・お食事は、原則としてご入居者の皆様と同じ食事を、ユニットの皆様と一緒に召し上がっていただきます。食事代は別途必要になります。

・ご家族等への介護はいたしません。

・ご入浴・お洗濯等をされる場合は、他のご入居者の使用が予定されていない時間帯にお願いいたします。また、使用後の片付け、清掃をお願いいたします。

・夜間の巡回等については、事前に介護職員と話し合っておいてください。

・ユニットの雰囲気を壊したり、他のご入居者の迷惑になる行為をした場合は、宿泊許可を取り消したり、その後の宿泊を許可しないことがあります。

（５）喫煙について

施設内は決められた場所以外では禁煙となっておりますので、おたばこは喫煙室にてお願いいたします。

16. ＜協力医療機関＞

医療機関の名称　　浜松北病院

所在地　　浜松市中央区大瀬町１５６８番地

診療科　　内科・循環器科・神経内科・消化器科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科・皮膚科・眼科・歯科口腔外科

17. ＜協力歯科医院＞

歯科医院の名称　　よねざわ歯科医院

所在地　　浜松市中央区大島町１３３６番地

18. その他

施設の職員や他のご入居者に対し、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。

令和　　年　　月　　日

ユニット型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。

特別養護老人ホーム上大瀬

説　明　者　　職　　名　　生　活　相　談　員

氏　　名　　印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、ユニット型指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

入居者（契約者）　　住　　所

氏　　名　　印

家族等（代理人）　　住　　所

氏　　名　　印
（続　　柄）

連帯保証人兼身元保証人　住　　所

氏　　名　　印