

平成27年8月1日改定

【介護老人保健施設】

(介護保険事業所番号0250180106)

老人保健施設カトレア 重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 平元会
(2) 法人所在地 青森県青森市大字田茂木野字阿部野63番地2
(3) 電話番号 017-764-4615
(4) 代表者氏名 理事長 藤本 由美子
(5) 設立年月日 平成 元年11月28日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 介護老人保健施設・平成12年4月1日指定
介護保険事業所番号0250180106
(2) 施設の目的 利用者が安心して生活できる介護保健施設サービスの提供
(3) 施設の名称 老人保健施設カトレア
(4) 施設の所在地 青森県青森市大字高田字川瀬110番地1
(5) 電話番号 017-739-6100
(6) 施設長(管理者) 藤 卷 裕 二
(7) 当施設の運営方針 利用者本位のサービス・介護支援サービスの充実に努め、
地域社会から信用される施設づくりを目指します。
(8) 開設年月 平成7年6月12日
(9) 入所定員 64人

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。特定の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
1人 部屋(個室)	8室	
2人 部屋	16室	
4人 部屋	6室	
合計	30室	
食 堂	2室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器]昇降台, 平行棒、ホットパックほか
浴 室	6室	一般浴槽1・特殊浴槽2・個別浴槽3
医 務 室	1室	静養室1
ダイルーム	6室	一般棟2・認知症棟4

※上記は、厚生労働省及び青森市が定める基準により、介護老人保健施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

※居室の変更：ご契約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。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとなります。

(2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

洗濯機代	1回 75円	
乾燥機代	1回 50円	
家電製品電気料	日額 32円	個人専用に限る

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、入居者に別途利用料金を負担頂きます。

4. 職員の配置状況

施設では、ご契約者に対して指定介護保健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〉職員の配置については、指定基準を遵守しています。〉

職 種	常勤換算
1. 施設長・医師	1
2. 副施設長 (介護支援専門員兼務)	1
3. 介護職員 (介護支援専門員兼務 3名)	30.5
4. 支援相談員 (介護支援専門員兼務)	1
5. 看護職員	7
6. 作業療法士 (介護支援専門員兼務)	1
7. 介護支援専門員 (兼務6)	6
8. 医 師 (嘱託)	0.05
9. 薬剤師 (嘱託)	0.2
10. 管理栄養士	1.5

※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（例：週40時間）で除した数です。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 施設長・医師	常 勤 1名
2. 介護職員	標準的な時間帯における配置人員 日勤① : 8:00～17:00 日勤② : 8:30～17:30 3～7名 早番① : 6:30～15:30 早番② : 7:00～16:00 1～3名 遅番① : 10:00～19:00 遅番② : 10:30～19:30 3～7名 夜 勤 : 17:00～ 9:00 3名
3. 看護職員	標準的な時間帯における配置人員 日中 : 8:00～17:00 2～5名 夜勤 : 17:00～ 9:00 1名
4. 作業療法士	毎週月～金曜日

☆土日は上記と異なります。

5. 施設が提供するサービスと利用料金（契約書第7条参照）

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスは、利用料金の大部分（9割～8割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①食 事

- ・施設では管理栄養士の作成する献立により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため、離床して食事を摂っていただくことを原則としています。
- ・食事時間 朝 食 7:30～ 8:15
 昼 食 12:00～12:45
 夕 食 17:45～18:30

②入 浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・心身の状態に応じて、一般浴槽、機械浴槽等を使用して入浴して頂きます。

- ③排 泄 ～自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ④機能訓練～作業療法士により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑤健康管理～医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ⑥生活支援、その他自立への支援
- ・支援相談員により、日常生活全般に関する相談業務を行います。
 - ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
 - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

① 基本料金

①-1 自己負担額1割

〔従来型老健・従来型個室（i）〕

ご契約者の要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料金	6,950円	7,400円	8,010円	8,530円	9,040円
2. うち、介護保険から給付される金額9割	6,255円	6,660円	7,209円	7,677円	8,136円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）1割	695円	740円	801円	853円	904円

〔従来型老健・多床室（iii）〕

ご契約者の要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料金	7,680円	8,160円	8,770円	9,280円	9,810円
2. うち、介護保険から給付される金額9割	6,912円	7,344円	7,893円	8,352円	8,829円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）1割	768円	816円	877円	928円	981円

①-2 自己負担額2割

〔従来型老健・従来型個室 (i)〕

ご契約者の要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料金	6,950円	7,400円	8,010円	8,530円	9,040円
2. うち、介護保険から給付される金額8割	5,560円	5,920円	6,408円	6,824円	7,232円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) 2割	1,390円	1,480円	1,602円	1,706円	1,808円

〔従来型老健・多床室 (iii)〕

ご契約者の要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料金	7,680円	8,160円	8,770円	9,280円	9,810円
2. うち、介護保険から給付される金額8割	6,144円	6,528円	7,016円	7,424円	7,848円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) 2割	1,536円	1,632円	1,754円	1,856円	1,962円

＜サービス提供加算＞ *下記の自己負担単価(円)は1割負担の金額です。
自己負担2割のかたは単価(円)×2の金額です。

② 加 算

1. 認知症ケア加算 「日常生活自立度判定基準」でランクⅢ以上に相当し、認知症専門棟において個別ケアを実施した者 (1日につき 76円)
2. 初期加算 入所した日から起算して30日以内の期間 (1日につき 30円)
3. 栄養マネジメント加算 利用者の状態に応じ栄養ケア・マネジメントを実施した場合 (1日につき 14円)
4. 療養食加算 医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合 (1日につき 18円)
5. 夜勤職員配置加算 夜間の介護サービス向上のため基準以上の職員を配置した場合 (1日につき 24円)
6. 短期集中リハビリテーション実施加算 入所の日から起算して3か月以内の期間に集中的に行った場合 (1日につき 240円)
7. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (1日につき 240円)
 - ・入所の日から起算して3か月以内の期間に週3回を限度に集中的に行った場合
8. 若年性認知症利用者受入加算 65歳未満の認知症利用者を受入れた場合 (1日につき 120円)

9. ターミナルケア加算 医師が回復の見込みがないと判断し、利用者又はその家族が同意の上、計画に基づくターミナルケアが実施された場合。
- | | |
|------------|----------------|
| 死亡日以前4～30日 | (1日につき 160円) |
| 死亡日前日及び前々日 | (1日につき 820円) |
| 死亡日 | (1日につき 1,650円) |
10. 退所時指導等加算
- | | |
|----------------------------------|--------------|
| (1) 退所前後訪問指導加算 退所前後各1回を限度 | (1回につき 460円) |
| (2) 退所時指導加算 退所後の療養指導、1回を限度 | (1回につき 400円) |
| (3) 退所時情報提供加算 退所後の主治医に情報提供、1回を限度 | (1回につき 500円) |
| (4) 退所前連携加算 退所後の居宅ケアマネと連携、1回を限度 | (1回につき 500円) |
11. 認知症情報提供加算 認知症状の疑いのある利用者を認知症疾患医療センター等に紹介し、確定診断を促す、1回を限度
- (1回につき 350円)
12. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 介護従事者の専門性、キャリアアップを推進。介護福祉士が60%以上配置されている。
- (1日につき 18円)
13. 口腔衛生管理体制加算 下記の項目を満たしている。 (1月につき 30円)
- ・ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が当該施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回行っていること。
 - ・ 当該施設において、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されており、歯科医師又は歯科衛生士がその計画の作成にあたり助言及び指導を行っていること。
14. 所定疾患施設療養費 下記の項目を満たしている。 (1日につき 300円)
- ・ 入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、特定の疾病を発症した場合、同一利用者について1月に1回(連続7日)を限度として対応した場合
15. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 下記の項目を満たしている。
- ・ 認知症の行動・心理症状が認められ在宅での生活が困難であり、緊急に介護保険施設サービスが必要であると医師が判断した者に対し介護保険施設サービスを行った場合
(入所日から7日を限度) (1日につき 200円)
16. 入所前後訪問指導加算 下記の項目を満たしている。
- ・ 入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し施設サービス計画の策定、診療方針を決定した場合
 - (Ⅰ) 退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合
(1回につき 450円)
 - (Ⅱ) 退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合。
(1回につき 480円)

17. 地域連携診療計画情報提供加算 下記の項目を満たしている。
- ・診療報酬の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行い、入所者の同意を得た上で、退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書により提供した場合（1回を限度として算定。）（1回につき 300円）
18. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 下記の項目を満たしている。
- ・算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数（当該施設内で死亡した者を除く。）のうち、在宅において介護を受けることとなった者（入所期間が1月以上の者に限る。）の占める割合が100分の30を超えていること。
 - ・入所者の退所後30日以内（当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以内）に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上（当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以上）、継続する見込みであること。
 - ・30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.05以上であること。
- （1回につき 27円）
19. 経口移行加算 下記の項目を満たしている。
- ・医師の指示に基づき、他職種が共同して現に経管により食事を摂取している入居者ごとに傾向により食事摂取を進めるための経口移行計画を作成し看護職員による支援が行われた場合。
- （1日につき 28円）
20. 経口維持加算（Ⅰ） 下記の項目を満たしている。
- ・現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入居者に対して、医師の指示に基づき他職種が共同して入居者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い経口維持計画を作成している場合。ただし、経口移行加算をいただいている場合はいただきません。
- （1月につき 400円）
21. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） （利用料金の合計×2.7%円）

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、申請してからの利用となります。サービス利用料金は認定結果が通知された事を受け、ケアマネージャーのプラン作成後に請求いたします。

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

☆ご契約者が、外泊された場合、月6日を限度にお支払いいただく1日あたりの利用料金は、下記の通りです。

1. サービス利用料金	3,620円	
2. うち、介護保険から給付される金額	3,258円	2,896円
3. 自己負担額（1－2）	362円	724円

自己負担 （1割） （2割）

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①居室の利用料金

区 分	個室・一般棟 1人利用料	多床・一般棟 2人利用料	多床室 認知症棟	備 考
従来型個室	一日 1, 640円	一日 800円	一日 370円	基準費用額
多床室	一日 1, 310円	一日 370円	一日 370円	利用者負担第3段階
居室料金	一日 490円	一日 370円	一日 370円	利用者負担第2段階
(負担限度額)	一日 490円	一日 0円	一日 0円	利用者負担第1段階

②食費の利用料金

区 分	利 用 料	備 考
食費の基準費用額	一日 1, 380円	基準費用額
	一日 650円	利用者負担第3段階
	一日 390円	利用者負担第2段階
	一日 300円	利用者負担第1段階

③特別な食事（お酒を含みます）

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。ご利用料金:要した費用の実費

④理容・美容

[理髪サービス]

月に1回以上、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃）をご利用頂けます。

利用料金:1回あたり 1, 200円

⑤貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。

(特別な事情がない限り、家族管理を原則とします)

○管理する金銭の形態:現金・預貯金

○お預かりするもの:現金・預貯金通帳、印鑑、有価証券、年金証書等

○保管管理者:施設長が任命する事務職

○出納方法 : ・現金・預貯金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、保管管理者は
出入金の都度、出入金記録を作成し、預入れ及び引出しを行います。
・記録簿の写しは何時でも閲覧いただけます。

○ 利用料金:1か月当たり 500円(手数料)

⑥洗濯機、乾燥機使用料

利用料金：実費分（洗濯機1回使用料75円、乾燥機1回使用料50円）

*業者委託洗濯料金は請求金額の実費分をお支払い願います。

⑦教養娯楽費

ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加して頂く事ができます。

利用料金：材料代等の**実費**を頂きます。

⑧複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担頂きます。

利用料金：1枚につき**10円**

⑨個別に日常生活上必要となる諸費用

日常生活に要する費用で、特に利用者の嗜好等により購入し、ご契約者に負担いただくことが適当であるものは、**実費分**ご負担頂きます。

おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

⑩居室の明け渡し精算

ご契約者が、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係る料金。（1日あたり）

〔従来型老健・従来型個室（i）〕

要 介 護 度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
料 金	6,950円	7,400円	8,010円	8,530円	9,040円

〔従来型老健・多 床 室（iii）〕

要 介 護 度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
料 金	7,680円	8,160円	8,770円	9,280円	9,810円

⑪健康管理費（インフルエンザ予防費） 1回につき**1,500円程度**

（3）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月（月末締め）ごとに計算し、ご請求しますので、当月末日までに以下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。）

- ア. カトレア事務室窓口で現金支払い
- イ. 下記口座へ銀行振り込み
青森銀行 大野支店 普通預金205152
社会福祉法人平元会 理事長 藤本 由美子

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、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できます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	白 取 医 院
所在地	青森市大字高田字川瀬 2 9 4 - 9
診療科	内科, 外科
医療機関の名称	あおもり協立病院
所在地	青森市東大野 2 丁目 1 - 1 0
診療科	内科、外科、産婦人科、小児科、精神科、皮膚科
医療機関の名称	藤本クリニック
所在地	青森市大字大野字片岡 3 4 - 3
診療科	脳神経外科、内科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	ふじもと歯科医院
所在地	青森市大字荒川字柴田 1 5 - 2

6. 施設を退所していただく場合 (契約の終了について、契約書第 16 条参照)

当施設との契約では契約が終了する期日は、原則として要介護認定有効期間満了と定めております。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

- | |
|--|
| <p>①ご契約者が死亡した時。</p> <p>②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合</p> <p>③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合</p> <p>④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合</p> <p>⑤当施設が開設許可を取り消された場合又は施設を廃止した場合</p> <p>⑥ご契約者から退所の申し出があった場合 (詳細は以下 (1) をご参照下さい。)</p> <p>⑦当施設から退所の申し出を行った場合 (詳細は以下 (2) をご参照下さい。)</p> |
|--|

(1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除、契約書第17条・18条参照）

ご契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設の退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合② 契約者が入院された場合③ 施設もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護保健施設サービスを実施しない場合④ 施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合⑤ 施設もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、施設が適切な対応をとらない場合 |
|---|

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除、契約書第19条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者及びそのご家族が、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② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合③ ご契約者若しくはそのご家族又はその関係者が、故意又は重大な過失により事業者及びサービス従事者並びに他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合④ ご契約者の病状、心身等の状況等の著しい変化により、ホームでのサービス継続が適さないと判定された場合。 |
|---|

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第20条参照）

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、施設はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○適切な病院もしくは診療所又は介護保険施設の紹介○居宅介護支援事業者若しくは地域包括支援センターの紹介○その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介 |
|--|

7. 残置物引取人（契約書第22条参照）

契約締結にあたり、残置物引取人をお願いします。

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

8. 身元保証人（契約書第 26 条参照）

- (1) 契約締結時に、ご契約者の署名、捺印を必要としますが、ご契約者が出来ない場合には代理人が署名することもできます。ご契約者による署名、代理人による署名のいずれの場合においても「身元保証人」を特定していただき、契約者が施設を利用している間、主たる連絡先として介護、医療方針等に関する判断、毎月の利用料が円滑に支払われるための援助をお願いすることとなります。
- (2) ご契約者又は身元保証人の都合により、身元保証人を変更される場合は、事業者へ変更後の身元保証人を速やかに通知し、新たに契約書を作成するものとします。

9. 苦情の受付について（契約書第 24 条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

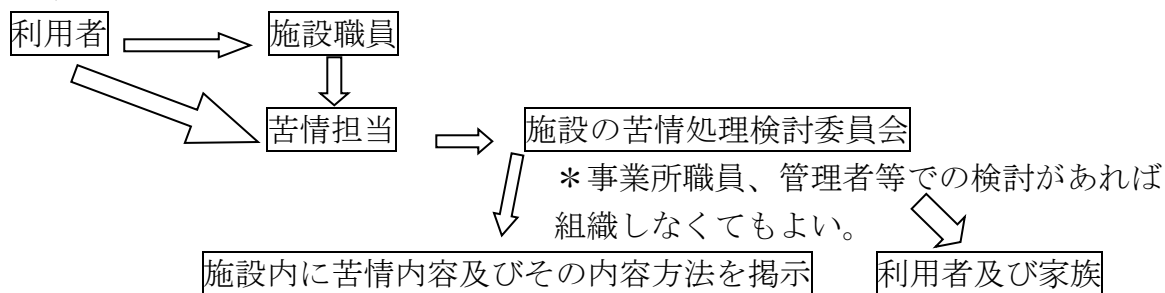
当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 [職氏名] 主任支援相談員 山口育子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:00～17:00

また、苦情受付ボックスを正面玄関に設置しています。

(2) 苦情処理体制



(3) 行政機関その他苦情受付機関

青森市健康福祉部指導監査課	所在地	青森市中央1丁目22-5
	電話番号	017-734-2413
	受付時間	8:30～17:00
青森県国民健康保険団体連合会	所在地	青森市新町2-4-1
	電話番号	017-723-1336
	受付時間	9:00～17:00
青森県社会福祉協議会	所在地	青森市中央3丁目20-30
	電話番号	017-723-1391
	受付時間	9:00～17:00

10. 守秘義務、個人情報の提供について（契約書第 11 条参照）

- (1) 職員は正当な理由なくその業務上知り得たご契約者及びご家族の情報は漏らしません。
- (2) 当施設の職員であった者は、正当な理由なくその業務上知り得たご契約者及びご家族の情報漏らしません。

(3) ご契約者又はご家族の個人情報を提供する場合には、あらかじめ同意を得た上でのみ行います。

1 1. 損害賠償について（契約書第 13 条・14 条参照）

当施設において、施設の責任によりご契約者に生じた損害については、過失の程度に応じ、施設はその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

契約者が故意又は過失により、施設又は設備、備品の利用につき、通常の保守、管理の程度を超える補修等が必要になった場合、その費用は全額、契約者が負担するものとします。

施設は明白な責任がない場合、損害補償は負いません。

1 2. 身体の拘束等（契約書第 10 条参照）

当施設は原則としてご契約者に対して、身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、ご契約者や他の利用者等の生命又は身体を保護するため等、やむを得ず身体拘束等を行う場合は、ご家族の同意を得た上で、当施設のマニュアルに従い行うことがあります。

1 3. 褥瘡対策等

当施設は、ご契約者に対し良質なサービスを提供する取り組みの一つとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

1 4. 感染症対策等

感染症の発生又は蔓延しないように、感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。

1 5. 事故発生時の対応

当施設は、サービスの提供中に事故が起こった場合には、ご家族、協力病院、関係機関へ迅速に報告、連絡を行う等の必要な措置を講じ、協議して対応します。また、事故の状況及び事故に際してとった処理等について記録し、その原因を解明し、再発を防止する対策を講じます。

1 6. 非常災害時の対応

非常災害時は、ご契約者の安全第一を優先し、迅速適切な対応（避難、二次災害の防止等）に努めます。また、災害に備えるため、年 2 回以上の防災訓練を行います。

1 7. 施設利用の留意事項

施設のご利用にあつては、施設に入所されている利用者の共同生活の場として

快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

生鮮食品（職員とご相談下さい）、ペット、刃物 等

(2) 面 会

面会時間 8：00～20：00

面会者は、正面玄関にて面会票に記入し、職員に届け出てください。

風邪の流行時など、面会を制限させて頂くこともあります。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

なお、外泊期間中も、1日につき362円（介護保険から給付される費用の一部、1ヶ月6日間を限度）の利用料をご負担いただきます。

(4) 食 事

食事の提供を受けなかった場合は、食事自己負担額は請求致しません。

(但し、3食とも提供を受けなかった場合とします。)

(5) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現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。

○ご契約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、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取る事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等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、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。

○禁煙 施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

◎指定介護老人保健施設サービスの提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、交付しました。

【施設】

所在地 青森県青森市大字高田字川瀬 110 番地 1
施設名 老人保健施設カトレア 施設長 藤 卷 裕 二
(介護保険事業所番号 0 2 5 0 1 8 0 1 0 6)

説明者 主任支援相談員 山口 育子 印

◎私は、契約書及び本書面に基づいて、施設から指定介護老人保健施設サービスの説明を受け同意しました。

【契約者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【代理人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

【身元保証人】①

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

【身元保証人】②

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____