

重要事項説明書（介護老人保健施設ちあき）

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、一宮市指定居宅サービスの事業等の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例に基づいて、当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説明するものです。

※ 本事業所では、利用者に対して介護保険法に基づく介護老人保健施設サービスを提供します。当サービスの利用は、原則として要介護認定を受けた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1	事業者	2
2	ご利用施設	2
3	ご利用施設であわせて実施する事業は次のとおりです	2
4	事業の目的と運営の方針について	2
5	施設の概要	2
6	職員体制（主たる職員）	3
7	施設サービスの概要	4
8	利用料	5
9	苦情等申立先	8
10	協力医療機関	9
11	協力歯科医療機関	9
12	非常災害時の対策	9
13	当施設ご利用の際に留意いただく事項	10
14	ご利用について	10
15	虐待の防止について	11
16	事故発生時の対応方法（契約書第13条参照）	11
17	衛生管理等	11

医療法人 尾張健友会
介護老人保健施設ちあき
(介護保険指定事業者番号：2352280040)

1 事業者

事業者の名称	医療法人尾張健友会
法人所在地	〒491-0185 一宮市千秋町塩尻字山王7番地5
法人種別	医療法人 尾張健友会
代表者氏名	理事長 朝井哲二
電話番号	(0586) 76-0003

2 ご利用施設

施設の名称	医療法人尾張健友会 介護老人保健施設ちあき
施設の所在地	〒491-0821 愛知県一宮市丹陽町重吉新田裏東切1077番1
指定事業所番号	2352280040
施設長名	施設長 瀧田徹
電話番号	(0586) 76-8100
ファクシミリ番号	(0586) 76-8266

3 ご利用施設であわせて実施する事業は次のとおりです。

事業の種類	愛知県知事の事業者指定	利用定数
短期入所療養介護	平成17年5月1日指定 指定番号2352280040	空床利用型

4 事業の目的と運営の方針について

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適切な介護保険施設サービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	<ol style="list-style-type: none">1. 利用者の要介護等心身の特性を踏まえて、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の在宅における生活への復帰を目的とする。2. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って介護保険施設サービスの提供に努める。3. 介護保険施設サービス等の実施にあたっては、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行ない、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5 施設の概要

建物	構造	鉄骨造り3階建(耐火構造)
	延床面積	3087.73㎡(934.03坪)
	利用定員	100名

(1) 療養室

病室の種類	病室数	面積	1人あたり面積
1人部屋	32室	359.68㎡	11.24㎡
	4室	47.16㎡	11.79㎡
4人部屋	16室	532.14㎡	8.31㎡

(注) 指定基準は、居室1人当たり8.0㎡以上

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたりの面
療養室	52室	938.98 m ²	9.39 m ²
診察室	1室	26.86 m ²	
機能訓練室	1室	104.66 m ²	1.046 m ²
食堂	2室	205.76 m ² (102.88)	2.06 m ²
談話室	4室	68.72 m ² (17.18)	
一般浴室	2室	46.32 m ² (23.16)	
特殊浴室	2室	48.60 m ² (24.30)	
デイケアセンター	1室	71.67 m ²	
洗面所	各室		
便所	16室	54.24 m ² (3.39)	
サービスステーション	2室	80.60 m ² (40.30)	
(調理室)	(1室)	384.18 m ² (病院施設)	
洗濯室	2室	10.28 m ² (5.14)	
汚物処理室	2室	20.66 m ² (10.33)	
家族介護教室	1室	48.37 m ²	
家族相談室	1室	25.20 m ²	
ボランティア室	1室	10.07 m ²	
理美容室	1室	10.07 m ²	

(注) 食堂の指定基準は、1人あたり2.0 m² ()は1室あたりの面積

6 職員体制 (主たる職員)

従業者の職種	人員数	基準	業務内容
管理者 (医師)	1名	1名	
医師	1名以上		医師は、利用者の健康管理及び適切な医療処置を行う
薬剤師	1名以上	0.4名	薬剤師は医師の指示により、利用者の薬剤管理指導を行う
看護職員	10名以上	9名	看護職員は医師の指示により、利用者の看護・介護及び健康管理の業務を行う
介護職員	25名以上	23名	介護職員は、利用者の日常生活を介護し、リハビリ職員と協力して日常生活の改善に努める
支援相談員	1名以上	1名	支援相談員は、入退所の事務手続き・利用者等の処遇の相談・ボランティアの指導並びに地域関連機関との連携業務を行う
理学療法士 または作業療法士・ 言語療法士	合計6名以上	1名	理学療法士・作業療法士・言語療法士は医師の指示により、利用者の運動機能及び日常生活能力の改善又は維持を図るための機能訓練を行う
管理栄養士	2名以上	1名	管理栄養士は医師の指示により、利用者の身体状態、病状を考慮した栄養ケア計画を医師・看護師・介護支援専門員と共同して作成し栄養管理を行う。また、嗜好についても考慮して献立表を作成し栄養指導を行う
介護支援専門員	1名以上	1名	介護支援専門員は、利用者の要介護認定のための調査並びに施設サービス計画の作成業務を行う
歯科衛生士	1名以上		
事務員	1名以上		事務員は、事務の処理を行う

7 施設サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

種 類	内 容	備考
食 事	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士が医師・看護師・介護支援専門員と共同して入所者の身体状況や病状を把握し、栄養ケア計画に基づいた食事の提供をします。また、嗜好や行事食を十分取り入れ、バラエティに富んだ献立表を作成し食事を提供します。 保温保冷の快適な食事の提供を行います。 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 食べられないものやアレルギーがある方はご相談ください。 	
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> 入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 自己排泄、時間排泄、おむつ使用について利用者の状況にあわせて行います。 	<p><施設サービス> 介護保健施設サービスを提供した場合の利用料の額は、それぞれ介護報酬の告示上の額に介護保険証の負担割合に乗じた割合で計算した金額をお支払いいただきます。</p> <p>*高額介護サービス費の制度 要介護者が支払った負担額が世帯合計で月額 37,200 円（市町村民税世帯非課税者等は 24,600 円、もしくは 15,000 円、老齢福祉年金受給者・被保護者等は 15,000 円）を超えた部分は高額介護サービス費として払い戻し手続きがありますのでお尋ねください。</p>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> 週 2 回以上の入浴と清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械(特殊浴)を用いての入浴を行っています。 	
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、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。 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 回実施します。 身の回りのお手伝いをします。 	
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士または作業療法士・言語療法士による入所者の心身の状況と家庭環境をふまえた、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを計画的に行います。 機能訓練に必要な用具を備えています。 他車椅子等を備えています。 	
医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> 常勤医師を配属し、利用者の状況に応じた適切な医療と看護を提供します。当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については併設の千秋病院や他の医療機関での治療となります。 	
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、入所者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 	
その他のサービス	<ul style="list-style-type: none"> 当院では、施設内での療養を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ご家族との連携や交流を図るための機会を確保します。 	

(2)介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
理髪・美容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業者が当院で行います。※(カット、洗顔、洗髪、顔そり、パーマ、毛染め等は項目ごとに金額を別紙にて提示) ・ 利用される方は、直接御支払い下さい。 ・ 男性で、電気シェーバーをご用意できない方はこちらをご利用下さい。
洗濯	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご家族で行っていただくか、委託業者をご利用ください。 ・ 業者委託の場合、1回 550円 7回以上月額 3,850円
レクレーション行事	当施設では、レクレーション行事を用意しています。参加されるか否かは任意です。材料費をご負担いただく場合があります。
日常生活品費	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハンドソープ、リンスインシャンプー、ボディソープ、箸、スプーン等、療養棟にて日常的に必要なものです。 ・ 毎食時のお手拭タオル、フェイスタオル、バスタオルは、全て業者によるリースとなりますので、ご用意いただくことなく結構です。 ・ 1日あたり 250円です。
教養娯楽費	毎月の誕生会、年間レクレーション行事、病棟レクレーション行事、飲み物、プレゼント代、ビデオ・CDレンタル・カラオケDVD代など1日あたり 150円です。
外泊料(7日目以上)	1ヶ月(暦)に7日以上外泊される方は、保険単位の実費相当額を頂きます。3,620円です。減額認定の無い第4段階の方が対象です。
行事食費	夏のバイキングなどの特別食費を頂きます。実費(食材費)
外出企画	気分転換と社会とのふれあいなどを求めた企画です。実費相当額(保険料+車代等)を頂きます。
付き添いベッド料	1日につき 330円(寝具含む)

➤ 医療について

当施設で対応できる医療・看護につきましては介護保険給付サービスに含まれていますが、当施設で対応できない処置や手術、及び病状の著しい変化に対する医療につきましては、併設の千秋病院もしくは他の医療機関により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくこととなります。

➤ 結核予防の観点より、年に一度、胸部レントゲン撮影による検診を受けて頂きます。(自費)

➤ 各種文書料は、自費にて支払を受けます。

8 利用料

法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 施設介護サービス費を介護保険証の負担割合に乗じた割合で計算した金額
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額に同じ)

介護保険施設サービス費（Ⅰ） 看護・介護職員の配置 3:1 （1割の場合）

	区分	介護報酬	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	栄養マネジメント強化加算(1日あたり)	夜勤職員配置加算	本人負担 1日あたり	食事代 1日あたり	居住費 1日あたり	30日あたり 概算負担額
一 個 室	要介護1	788単位	51単位	22単位	11単位	24単位	989円	1,750円	1,728円	134,017円
	要介護2	863単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,073円			136,501円
	要介護3	928単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,144円			138,653円
	要介護4	985単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,207円			140,541円
	要介護5	1,040単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,268円			142,363円
二 多 床 室	要介護1	871単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,081円	1,750円	437円	98,036円
	要介護2	947単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,165円			100,553円
	要介護3	1,014単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,239円			102,772円
	要介護4	1,072単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,304円			104,693円
	要介護5	1,125単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,361円			106,448円
＊ 食事代は1日あたり1,750円(朝食500円、昼食630円、夕食620円)です。 ＊ 本報酬には、おむつ代が含まれています。 ＊ 地域区分による加算(6級地) 全ての介護保険給付対象のサービス費×10.27(円) ＊ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)(総単位数×7.5%を加算)が含まれています。										

介護保険施設サービス費（Ⅰ） 看護・介護職員の配置 3:1 （2割の場合）

	区分	介護報酬	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	栄養マネジメント強化加算(1日あたり)	夜勤職員配置加算	本人負担 1日あたり	食事代 1日あたり	居住費 1日あたり	30日あたり 概算負担額
一 個 室	要介護1	788単位	51単位	22単位	11単位	24単位	1,978円	1,750円	1,728円	163,693円
	要介護2	863単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,145円			168,661円
	要介護3	928単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,288円			172,966円
	要介護4	985単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,414円			176,742円
	要介護5	1,040単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,535円			180,386円
二 多 床 室	要介護1	871単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,161円	1,750円	437円	130,461円
	要介護2	947単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,330円			135,496円
	要介護3	1,014単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,477円			139,934円
	要介護4	1,072単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,607円			143,775円
	要介護5	1,125単位	51単位	22単位	11単位	24単位	2,722円			147,286円
＊ 食事代は1日あたり1,750円(朝食500円、昼食630円、夕食620円)です。 ＊ 本報酬には、おむつ代が含まれています。 ＊ 地域区分による加算(6級地) 全ての介護保険給付対象のサービス費×10.27(円) ＊ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)(総単位数×7.5%を加算)が含まれています。										

介護保険施設サービス費（Ⅰ） 看護・介護職員の配置 3:1 （3割の場合）

	区分	介護報酬	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	栄養マネジメント強化加算(1日あたり)	夜勤職員配置加算	本人負担 1日あたり	食事代 1日あたり	居住費 1日あたり	30日あたり 概算負担額
一 個室 ⅱ	要介護1	788 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	2,967 円	1,750 円	1,728 円	193,369 円
	要介護2	863 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	3,217 円			200,822 円
	要介護3	928 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	3,432 円			207,279 円
	要介護4	985 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	3,621 円			212,943 円
	要介護5	1,040 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	3,802 円			218,408 円
二 多床室 ⅲ	要介護1	871 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	3,242 円	1,750 円	437 円	162,887 円
	要介護2	947 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	3,494 円			170,438 円
	要介護3	1,014 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	3,716 円			177,096 円
	要介護4	1,072 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	3,910 円			182,858 円
	要介護5	1,125 単位	51 単位	22 単位	11 単位	24 単位	4,083 円			188,123 円

- * 食事代は1日あたり1,750円(朝食500円、昼食630円、夕食620円)です。
- * 本報酬には、おむつ代が含まれています。
- * 地域区分による加算(6級地) 全ての介護保険給付対象のサービス費×10.27(円)
- * 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)(総単位数×7.5%を加算)が含まれています。

【その他の加算】

加算項目	単位	加算項目	単位
初期加算(Ⅰ) (Ⅱ)	60 単位/日 30 単位/日	再入所時栄養連携加算	200 単位/回
短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ) (Ⅱ)	258 単位/日 200 単位/日	退所時栄養情報連携加算	70 単位/回
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ) (Ⅱ)	240 単位/日 120 単位/日	療養食加算	6 単位/1食
協力医療機関連携加算(Ⅰ) 令和6年度 令和7年度～	100 単位/月 50 単位/月	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	10 単位/月 5 単位/月
リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算(Ⅱ)	33 単位/月	外泊時費用 1月に6日まで 外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	362 単位/日 800 単位/日
自立支援促進加算	300 単位/月	経口維持加算(Ⅰ) (Ⅱ)	400 単位/月 100 単位/月
科学的介護推進体制加算(Ⅰ) (Ⅱ)	40 単位/月 60 単位/月	経口移行加算	28 単位/日
安全対策体制加算	20 単位/月 入所時1回	口腔衛生管理加算(Ⅰ) (Ⅱ)	90 単位/月 110 単位/月
ターミナルケア加算 死亡日前 45日～31日 死亡日前 30日～4日 死亡日前 3日～2日 死亡日	72 単位/日 160 単位/日 910 単位/日 1,900 単位/日	排泄支援加算(Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	10 単位/月 15 単位/月 20 単位/月
入退所前連携加算(Ⅰ) (Ⅱ)	600 単位/回 400 単位/回	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) (Ⅱ)	3 単位/月 13 単位/月
入所前後訪問指導加算(Ⅰ) (Ⅱ)	450 単位/回 480 単位/回	所定疾患施設療養費(Ⅰ) (Ⅱ)	239 単位/日 480 単位/日
退所時情報提供加算(Ⅰ) (Ⅱ)	500 単位/回 250 単位/回	緊急時施設療養費	518 単位/日
認知症チームケア推進加算(Ⅰ) (Ⅱ)	150 単位/月 120 単位/月	訪問看護指示書加算	300 単位/回

生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10 単位/月	かかりつけ医連携調剤調整加算	(Ⅰ) イ ロ	140 単位/回 70 単位/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数の 7.5%		(Ⅱ) (Ⅲ)	240 単位/回 100 単位/回

「介護保険負担限度額認定証」が交付されている方の食費・居住費の負担限度額は次のとおりです

負担限度額 (1日につき)			
	区分	居住費	食費
利用者負担第1段階	多床室	0 円	300 円
	個室	550 円	
利用者負担第2段階	多床室	430 円	390 円
	個室	550 円	
利用者負担第3段階①	多床室	430 円	650 円
	個室	1,370 円	
利用者負担第3段階②	多床室	430 円	1,360 円
	個室	1,370 円	

◎お支払い方法

- ・毎月 15 日以降に前月分の請求書を発行します。
- ・お支払い方法は、現金払い、当方指定口座への振込み、指定口座からの引落としとなりますが、指定口座からの引き落としにご協力ください。

9 苦情等申立先

当施設における苦情の 受付およびご利用相談	<p>窓口担当者：事務長 白石小百合 ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時 ご利用方法 面接 電話 (0586) 76-8100 Fax (0586) 76-8266 ご意見箱（各階廊下に設置）</p> <p>* 日常的に利用者の意見・要望・苦情の窓口として療養棟課長が相談を担当します * 不在の時は、基本的事項については主任及び誰でも対応できるようにすると共に、専用の記録簿にて必ず引き継ぎます</p>
その他の市町村	<p>一宮市役所 介護保険課 電話番号 (0586) 85-7017 受付時間 月曜～金曜（祝祭日・年末年始除く） 8:30～17:15</p> <p>岩倉市役所 長寿介護課 電話番号 (0587) 38-5811 受付時間 月曜～金曜（祝祭日・年末年始除く） 8:30～17:15</p> <p>江南市役所 高齢者いきがい課 電話番号 (0587) 54-1111 受付時間 月曜～金曜（祝祭日・年末年始除く） 8:30～17:15</p> <p>稲沢市役所 高齢介護課 電話番号 (0587) 32-1111 受付時間 月曜～金曜（祝祭日・年末年始除く） 8:30～17:15</p>

	北名古屋市役所 高齢福祉課 電話番号 (0568) 22-1111 受付時間 月曜～金曜 (祝祭日・年末年始除く) 8:30～17:15
行政機関 その他苦情受付機関	愛知県国民保険団体連合会 電話番号 (052) 971-4165 受付時間 月曜～金曜 (祝祭日・年末年始除く) 9:00～17:00

10 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人尾張健友会 千秋病院
院長名	北島 勝仁
所在地	愛知県一宮市千秋町塩尻字山王 1
電話番号	(0586) 77-0012
診療科	内科・外科・整形外科・眼科・小児科・泌尿器科・皮膚科・放射線科・ リハビリテーション科・リウマチ科・肛門科・歯科
入院設備	急性期病床 100 床、回復期病床 98 床 (うち地域包括病床 50 床、回復期リハビリ病床 48 床)、慢性期病床 96 床 (うち医療療養型病床 48 床、特殊疾患療養病床 48 床) 患者食堂、車椅子入浴設備、昇降式入浴設備等

11 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人尾張健友会 千秋病院
院長名	北島勝仁
所在地	愛知県一宮市千秋町塩尻字山王 1
電話番号	(0586) 77-0012
入院設備	同上

12 非常災害時の対策

非常時の対応	消防法施行規則第 3 条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対する対処する計画に基づき、また、消防法第 8 条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。
平常時の訓練等防災設備	別途定める「介護老人保健施設ちあき消防計画」にのっとり年 2 回地震・火災を想定した避難訓練を、入所の方も参加して実施します。
消防計画等	消防署への届出日：令和 5 年 1 月 20 日 防火管理者：白石 小百合

1 3 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 平日 9 時～20 時、土日祝日 9 時～20 時 ご家族の方には出来る限り面会に来ていただけるようお願いいたします。 平日 17 時から翌日 8 時 30 分又は、日祝日終日建物から外出が制限されます。
外出・外泊	外泊・外出は自由です。外出・外泊をされる場合は各フロアの職員へ申し出て、「外出・外泊届」へ記入してください。
※面会、外泊・外出は感染症等の状況により、制限を設けさせていただく場合がございます。	
外泊時等の施設外での受診	外出・外泊時には無断で医療機関への受診はしないでください。受診される場合は事前に必ずご連絡ください。また、受診時には「介護老人保健施設」に入所していることを教えてください。
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、賠償していただく場合がございます。
所持品・備品等の持ち込み	所持品の持ち込み希望がある場合は、職員までご相談ください。 電化製品等の持ち込みは職員までご相談ください。 補聴器・時計など高価な物の紛失に関しては責任を負いかねます。 義歯へネーム入れ（埋め込み式）のお願いより、名前が入るのでお勧めしています。
喫煙	全館禁煙です。
金銭管理	多額の現金や通帳等の貴重品は施設に持ち込まないでください。 施設では紛失等の責任は負いかねます。
宗教活動・政治活動	施設内でのご自身のみの宗教信仰は自由です。しかし、他者に対する宗教活動及び政治活動は禁止とさせていただきます。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
プライバシーの保護	他の入居者の迷惑となる音声・映像の録音・撮影はお断りします。
携帯電話の持ち込み	携帯電話の持ち込みについて、こちらでは管理ができませんので、持ち込みはご遠慮ください。尚、面会時の使用については、ディールームにてお願いいたします。

1 4 ご利用について

- 当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、施設内及び利用者床の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は固くお断りします。
- サービス提供の中止・終了について（契約書 4 条参照）
次のような場合はサービス提供に支障があると判断し、サービス提供を中止または終了することがあります。
 - ① 暴力または乱暴な言動
物を投げつける、手を払いのける、怒鳴る、大声を發する等
 - ② セクシャルハラスメント
身体を触る、手を握る、性的な発言など
 - ③ その他
職員のプライベートな情報を何度も聞く、金品等（お茶・お菓子等含む）の心付けの無理な強要、対応職員の個別指定、理不尽なサービスの要求

1 5 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護、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。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長 瀧田 徹
-------------	----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 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、当該事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村及び地域包括支援センターに通報します。

1 6 事故発生時の対応方法（契約書第 13 条参照）

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、市町村、利用者の家族、利用者の係る居宅サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービスの提供により損害すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社

保険名 民医連介護事業所責任保険

1 7 衛生管理等

事業所は、サービス提供に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生管理に努め、又は衛生上に必要な措置を講じます。

事業所内において感染症または食中毒の発生・まん延を防止する措置を講じるとともに、必要に応じて保健所の助言・指導を求め、常に密接な連携に努めます。

私は、本書面に基づいて介護老人保健施設ちあきの職員（職名 相談員 氏名 _____）から上記重要の事項の説明を受けたことを確認します。

_____年 _____月 _____日

郵便番号 〒

利用者 住所 _____

氏名 _____

郵便番号 〒

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____