

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設

社会福祉法人陽翔会 特別養護老人ホームいずみ

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 高尾 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27年4月1日指定・・・介護保険事業者番号 2297200723）

※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いずみ |
| (3) 施設の所在地 | 静岡県浜松市中央区泉四丁目20番1号 |
| (4) 電話番号 | (053) 416-1010 |
| FAX番号 | (053) 416-1011 |
| (5) 施設長（管理者）氏名 | 鈴木 君代 |
| (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

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 29名

(9) ユニットの数及びユニットの定員

介護福祉施設：4ユニット（1ユニット7名×3 1ユニット8名×1）

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）	7 (3ユニット)	8 (1ユニット)	電動ベッド・洗面台・便所・エアコン
共同生活室	1	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
1. 施設長（管理者）	業務の一元的な管理	1名（本体兼務）
2. 医師	入居者の健康管理及び療養上の指導	1名以上
3. 生活相談員	入居者、家族への相談援助、入退所の管理	1名
4. 介護職員	介護業務	10名以上
5. 看護職員	健康管理、日常の医療処置、医療品器材の管理	1名以上
6. 機能訓練指導員	機能訓練等の指示、助言	1名（兼務）

7. 管理栄養士	献立確認、栄養管理及び指導	1名
7. 介護支援専門員	施設サービス計画の作成、実施	1名（兼務）

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制		
1. 嘱託医師	内科：月 2 回／金曜日		
2. 介護職員	ユニットでの各時間帯における標準配置人員 (ご入居者の状態によって変動します。)		
	早朝	7：00～8：30	1 名
	日中	8：30～12：00	1 名
		12：00～16：00	2 名
		16：00～17：30	1 名
	夜間	17：30～	1 名
	深夜	21：00～7：00 深夜は2ユニットで1名配置	1 名
3. 看護職員	8：30～17：30 1名		

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	682単位
要介護2	753単位
要介護3	828単位
要介護4	901単位
要介護5	971単位

●介護サービスの料金には、おむつ代や洗濯代も含まれます。

2. 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）・・・1月あたり 40単位

科学的介護推進体制加算（Ⅱ）・・・1月あたり 50単位

※ご入居者ごとの身体状況や心身・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）・・・1日あたり 12単位

※常勤の看護師を1名以上配置していること。

※施設基準に適合していること。

看護体制加算（Ⅱ）・・・1日あたり 23単位

※看護職員を常勤換算方法で2名以上配置していること。

※看護職員により、または病院などとの連携により二十四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 46単位

※ユニット型地域密着型介護老人福祉施設サービス費を算定していること。

※夜勤を行う職員の夜勤条件に関する基準に関する施設基準を満たしていること。

5. 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）。

6. 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。

7. 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。

8. 介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）・・・所定単位数にサービス別加算率14.0%を乗じた
単位数で算定

（Ⅱ）・・・所定単位数にサービス別加算率13.6%を乗じた
単位数で算定

令和8年6月～

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見直し。

9. 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。

10. 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。

11. 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。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

15. 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。

16. 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。

17. 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。

18. 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。

19. 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。

20. 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。

21. 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。

22. 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

23. 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行うことを評価。

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）

24. 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。

25. 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	300円	9,000円
第2段階	390円	11,700円
第3段階①	650円	19,500円
第3段階②	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	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, 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

・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方、または老齢福祉年金を受給している方

預貯金額：1, 000万円以下（夫婦の場合：2, 000万円以下）

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80.9万円以下の方

預貯金額：650万円以下（夫婦の場合：1, 650万円以下）

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80.9万円超120万円以下の方

預貯金額：550万円以下（夫婦の場合：1, 550万円以下）

第3段階②…上記以外の方

預貯金額：５００万円以下（夫婦の場合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方、または老齢福祉年金を受給している方

預貯金額：１，０００万円以下（夫婦の場合：２，０００万円以下）

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８２．６５万円以下の方

預貯金額：６５０万円以下（夫婦の場合：１，６５０万円以下）

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１２０万円以下の方

預貯金額：５５０万円以下（夫婦の場合：１，５５０万円以下）

第３段階②…上記以外の方

預貯金額：５００万円以下（夫婦の場合１，５００万円以下）

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, 8 2 0 円	7, 5 3 0 円	8, 2 8 0 円	9, 0 1 0 円	9, 7 1 0 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, 6 1 0 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 1 2 0 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1 5 0 万円、世帯員が1 人増えるごとに5 0 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3 5 0 万円、世帯員が1 人増えるごとに1 0 0 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2 0

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。

(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となりますが、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] 小山 正晃

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

浜松中央区役所

所在地 浜松市中央区元城町103番2号

	TEL 053-457-2324 受付 長寿保険課
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、立ち上がったりにしないように、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。

1 2．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実施しています。

1 3．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。

1 4．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。

1 5．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 ８：３０～１７：３０ ※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、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、短期の宿泊にさせていただきます。

- ・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、それを使用させていただきます。

- ・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 1 5 6 8 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

1 7. 協力歯科医院

歯科医院の名称 浜松北病院 歯科口腔外科

所在地 浜松市中央区大瀬町 1 5 6 8 番地

1 8. 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

ユニット型指定地域密着型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いずみ

説 明 者	職 名	
	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、ユニット型指定地域密着型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