

特別養護老人ホーム夢眠さくら
介護老人福祉施設 重要事項説明書
〈令和6年4月1日現在〉

事業所の概要や提供されるサービスの内容、
契約上ご注意くださいを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 事業者の法人種別・名称 社会福祉法人 錦江舎
(2) 法人所在地 岐阜県加茂郡八百津町久田見 4 0 4 4 番地 2
(3) 代表者氏名 理事長 山本 玲子

2. ご利用の特別養護老人ホームの概要

- (1) 施設の名称 特別養護老人ホーム夢眠さくら
(2) 所在地 埼玉県さいたま市桜区町谷 2-7-1 8
(3) 事業所番号 1 1 7 6 5 1 5 7 3 0
(4) 当施設の目的

介護保険制度下で、介護老人福祉施設事業を行い、心身の障害のため介護及び支援の必要な入居者に日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、入居者本人並びに入居者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(5) 当施設の運営方針

当施設にあっては、個人の意向を尊重して利用者に最も有利なサービスを総合的に提供されるよう創意工夫して行うことにより、個人の尊厳を保持しつつ安心して生活していただけるよう配慮し、運営するものとします。

3. 当施設におけるサービスについての相談窓口及び個人情報取り扱いに関する窓口

電話 048-826-6336 (9時～17時まで)

担当 渡邊正枝・中村光江 ※相談・要望・苦情等おたずねください。

苦情解決第三者委員 戸塚 晃 TEL 048-861-9344

埼玉県国民健康保険団体連合会 TEL 048-824-2568

さいたま市介護保険課 TEL 048-829-1264

さいたま市桜区高齢介護課 TEL 048-856-6177

TEL 048-856-6178

4. 施設の設備の概要

定員	160名	
居室	160室	
共同生活ユニット	14ユニット	1ユニット11室～12室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	
医務室	1室	

5. 施設の職員体制

〈職員の配置状況〉

	業務内容	常勤	非常勤	計
		人員	人員	常勤 換算
管理者	サービス管理全般	1		1
医師	診療、健康管理等		1	0.1
生活相談員	生活上の相談等	2		2
栄養士	栄養管理等	2		2
介護支援専門員	サービス計画の立案・管理等	3		3
機能訓練指導員	リハビリテーション・ 機能回復訓練等	1		1
事務職員	一般事務・料金請求等	4		3
看護・介護 職員	看護職	3	2	4.3
	介護職	63	21	70.7
	その他	3		3

〈職員の勤務体制〉

職種	勤務時間帯
管理者	9:00～18:00
医師	15:00～17:00 月・金

生活相談員		9 : 00～18 : 00
管理栄養士・栄養士		9 : 00～18 : 00
介護支援専門員		9 : 00～18 : 00
機能訓練指導員		9 : 00～18 : 00
事務職員		9 : 00～18 : 00
看護職員		9 : 00～18 : 00
介護職員	早番	7 : 00～16 : 00
	日勤	9 : 00～18 : 00
	遅番	13 : 00～22 : 00
	夜勤	22 : 00～7 : 00

6. 当施設が提供するサービス内容

①施設サービス計画の立案

- ・介護支援専門員と介護関係職員が協議して計画をたて、入居者の方に説明し、同意をいただきます。

②食事

- ・当施設では、栄養並びにご入居者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・入居者の自立支援のため離床して共同生活室にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食： 8 : 00～

昼食： 12 : 00～

夕食： 18 : 00～

③入浴

- ・身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるように適切な方法により入浴の機会を提供します。ただし、入居者の状態に応じ、清拭となる場合があります。

④介護

- ・施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。

着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等

⑤ 機能訓練

- ・ご入居者の心身の状況に応じて、訓練室等において日常生活を送るのに必要な機能回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥ 生活相談

- ・常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

⑦ 健康管理

- ・当施設では、年間1回以上健康診断を実施し、医師や看護師が日常の中で健康の管理を行います。

⑧ 緊急時の対応

- ・体調の変化等、緊急の場合は緊急連絡先にご連絡します。

⑨ 安全管理

- ・当施設では、消防法の規定に基づき、非常災害に対する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に防災、避難訓練等設備を含め安全面に常時配慮しています。

⑩ 行政手続代行

- ・行政手続の代行を施設にて受け付けます。ご希望の際は、職員にお申し出ください。ただし、手続に係る実費は、その都度お支払いいただきます。

⑪ 日常費用の受入・支払代行

- ・介護以外の日常生活に係る諸費用に関する受入・支払代行を申し込むことができます。その費用については、その実費をご請求させていただきます。

⑫ レクリエーション

- ・当施設では、日々のクラブ活動のほか、様々な行事が行われます。行事によっては、別途参加費がかかるものもございます。詳しくは、その都度ご説明のうえご承諾をいただきます。

⑬ その他のサービス

- ア 通院サービス：医療上必要な場合は、通院サービスが行われます。

イ 理美容サービス：当施設では、理美容サービスを実施しております。
料金は別途かかります。

ウ その他のサービス：介護保険の適用を受けられないサービス等については その都度お申し出を受け、ご相談させていただきます。

7. 利用料金

(1) 基本料金

① 要介護度別

(円/日)

1日当たりの自己負担額			
要介護度	利用料金（介護保険適用）		
	1割	2割	3割
要介護1	716	1,431	2,147
要介護2	791	1,581	2,371
要介護3	871	1,741	2,612
要介護4	947	1,893	2,839
要介護5	1,020	2,040	3,060

②-1 加算（1食あたり）

		1割	2割	3割
療養食加算 (該当者)	症状に応じ、医師が食事箋を発行し、療養食が提供された場合。 1食あたり。	7	13	20

②-2 加算（日額）

(円/日)

		1割	2割	3割
初期加算 (該当者)	新規入居日から30日間。 30日を超える入院後の再入所の際も30日間算定。	32	64	96

		1 割	2 割	3 割
外泊時費用 (該当者)	入院、又は、外泊した場合。 (原則 6 日。月をまたぐ場合には 最大 1 2 日)。	263	526	789
看護体制加算 (Ⅰ) ロ	常勤の看護師を 1 名配置している こと。	5	9	13
看護体制加算 (Ⅱ) ロ	看護職員の数の最低基準を 1 以上 配置し、24 時間の連絡体制を確 保していること。	9	17	26
サービス提供体制 強化加算 (Ⅰ)	介護職員の総数の内、介護福祉士 が 80% 以上配置されている場合。 または、勤続 10 年以上の介護福祉 士が 35% 以上配置されている場 合。	24	47	71
サービス提供体制 強化加算 (Ⅱ)	介護職員の総数の内、介護福祉士 が 60% 以上配置されている場合。	20	39	58
サービス提供体制 強化加算 (Ⅲ)	介護職員の総数の内、介護福祉士 が 50% 以上配置されている場合。 または、介護職員・看護職員の総 数の内、常勤職員の占める割合が 75% 以上配置されている場合。また は、介護職員・看護職員の総数の 内、勤続年数 7 年以上の者の占め る割合が 30% 以上の場合。	7	13	20
夜勤職員配置加算 (Ⅱ) ロ	夜勤を行う介護・看護職員を基準 以上に配置し、一定数以上の見守 り機器を導入している場合。	20	39	58

		1割	2割	3割
経口移行加算 (該当者)	経管により食事を摂取している方に、医師の指示に基づき、多職種で協働し、経口による食事摂取の支援をおこなった場合。	30	60	90
認知症行動・心理症状 緊急対応加算 (該当者)	医師が、認知症の症状のため、緊急に介護老人福祉施設サービスを行なう必要があると判断した者に対して、介護老人福祉施設サービスを行なった場合。	214	428	641
個別機能訓練加算 (I) (該当者)	機能訓練指導員と共に多職種が協働して、個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を行う場合。	13	26	39
若年性認知症利用者 受入加算 (該当者)	若年性認知症入居者に対してサービスを行った場合。	129	257	385
精神科医師定期的 療養指導 (該当者)	精神科医師による月2回以上の療養指導が行われている場合。	6	11	16
認知症専門ケア 加算 (I)	認知症高齢者が全体の半数以上で、認知症介護実践リーダー研修を受けた者を1名以上配置し、認知症ケアについて定期会議を実施した場合。	4	7	10
認知症専門ケア 加算 (II)	認知症専門ケア加算 (I) の要件を満たし、認知症介護指導者養成研修を受けた者を1名以上配置し、認知症ケアの指導、研修を実施した場合。	5	9	13

			1割	2割	3割
看取り介護加算 (Ⅰ) (該当者)	終末期の入居者 について、本人 又は代理人等の 同意を得ながら 看取り介護を おこなった場 合。	死亡日以前 45～31日	77	154	231
		死亡日以前 4～30日	154	308	462
		死亡日の 前日・前々日	727	1,453	2,179
		死亡日	1,367	2,734	4,101
看取り介護加算 (Ⅱ) (該当者)	医療との連携 体制を整備し、 看取り介護を おこなった 場合。	死亡日以前 45～31日	77	154	231
		死亡日以前 4～30日	154	308	462
		死亡日の 前日・前々日	833	1,666	2,499
		死亡日	1,688	3,375	5,063

②-3 加算 (回)

(円/回)

		1割	2割	3割
安全対策 体制加算 (入居者1人に つき1回)	外部の研修を受けた担当者を配置 し、組織的に安全対策を実施する 体制を整備した場合。	22	43	64
再入所時栄養 連携加算 (該当者)	入院後、栄養管理の必要が高まり、 施設と病院の管理栄養士が退院後の 栄養管理の調整を行なった場合。	214	428	641
退所時栄養情報 連携加算	特別食が必要な入居者、低栄養状態 にあると医師が判断した入居者に対 し、管理栄養士が退所先の医療機関 に情報を提供した場合。	75	150	225

		1割	2割	3割	
配置医師緊急時 対応加算 (該当者)	配置医師が勤務時間外に訪問診療した 場合	348	695	1,042	
	早朝に、配置医師が訪問診療をした 場合。	695	1,389	2,083	
	夜間又は深夜に、配置医師が、訪問 し診療をした場合。	1,389	2,777	4,166	
新興感染症等 施設療養費	厚生労働大臣が定める感染症に感染 した場合に、連携する医療機関を確 保し、感染した入居者に適切な感染 対策、介護サービスを行った場合。	257	513	769	
退所時等相談 援助加算 (該当者)	退居にあたり、 保健医療・福祉 サービス事業所 と連絡調整を 行なった場合。	退所前訪問相談 援助加算	492	983	1,474
		退所後訪問相談 援助加算	492	983	1,474
		退所時相談 援助加算	428	855	1,282
		退所前連携加算	534	1,068	1,602
		退所時情報 提供加算	267	534	801

②－４加算（月額）

（円／回）

		1割	2割	3割
科学的介護推進 体制加算（Ⅰ）	介護サービスの質の評価と科学的介 護を推進し、質の向上を図るサービ スを行った場合。	43	86	129
科学的介護推進 体制加算（Ⅱ）	（Ⅰ）を踏まえ、心身の状況等に係 わる基本的な情報を厚生労働省に提 出した場合。	54	107	161

		1割	2割	3割
生活機能向上 連携加算（Ⅰ）	外部のリハビリテーション専門職等から助言を受けることができる体制を構築し、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成した場合。	107	214	321
生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	外部のリハビリテーション専門職等が、施設に訪問し、機能訓練指導員等と共同して個別機能訓練計画を作成した場合。	214	428	641
個別機能訓練 加算（Ⅱ） （該当者）	機能訓練の実施に当たって当該情報その他の機能訓練の適正かつ有効な実施のために必要な情報を活用する場合。	22	43	64
個別機能訓練 加算（Ⅲ） （該当者）	個別機能訓練加算（Ⅱ）、口腔衛生加算（Ⅱ）、栄養マネジメント強化加算を算定し、関係職種間で情報を共有し、一体的に実施している場合。	22	43	64
A D L維持等 加算（Ⅰ）	自立支援・重度化防止に向け、適切に評価できる者がA D L値を測定し厚生労働省に提出した場合。	32	64	96
A D L維持等 加算（Ⅱ）	（Ⅰ）を算定しており、評価対象利用者等のA D L利得を平均して得た値が3以上である場合。	64	128	192
自立支援 促進加算	医学的評価を行うとともに、評価の見直し・支援計画の策定・ケアを実施する。また、当該情報を厚生労働省に提出し、情報を活用している場合。	299	598	897

		1割	2割	3割
褥瘡マネジメント 加算（Ⅰ）	多職種で褥瘡発生予防計画を作成・評価を行い、データ提出とフィードバックを活用した場合。	4	7	10
褥瘡マネジメント 加算（Ⅱ） （該当者）	（Ⅰ）の要件を満たし、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者に褥瘡の発生が無く、褥瘡のあった入居者については治癒した場合。	14	28	42
排せつ支援加算 （Ⅰ） （該当者）	多職種で排泄の評価を行い、厚生労働省に提出。その情報を活用し、継続的な支援が行われた場合。	11	22	32
排せつ支援加算 （Ⅱ） （該当者）	（Ⅰ）の算定要件を満たし、適切な対応を行うとともに、悪化がないまたは、おむつ使用から使用なしに改善、尿道カテーテルが留置されていた者については抜去された場合。	16	32	48
排せつ支援加算 （Ⅲ） （該当者）	（Ⅰ）の算定要件を満たし、適切な対応を行うとともに、悪化がないかつ、おむつ使用から使用なしに改善、尿道カテーテルが留置されていた者については抜去された場合。	22	43	64
認知症チーム ケア推進加算 （Ⅰ）	入所者の総数のうち、日常生活に対する注意を必要とする認知症の者が1/2以上であること。認知症介護指導に係る専門的な研修又は予防に資するケアプログラム研修を修了したものを配置し、チームケアを実践した場合。	161	321	481

		1割	2割	3割
認知症チーム ケア推進加算 (Ⅱ)	入所者の総数のうち、日常生活に対する注意を必要とする認知症の者が1/2以上であること。認知症介護に係る専門的な研修を修了したものを配置し、チームケアを実践した場合。	129	257	385
高齢者施設等 感染対策向上 加算(Ⅰ)	第二種指定医療機関と新興感染症発生時等の対応体制を確保、連携し、定められた機関の感染対策研修、訓練に年1回以上参加している場合。	11	22	32
高齢者施設等 感染対策向上 加算(Ⅱ)	(Ⅰ)の届け出を行った医療機関により3年に1回以上、感染制御等に関する実地指導を受けている場合。	6	11	16
生産性向上推進 体制加算(Ⅰ)	業務改善等の取り組みを行い、見守り機器等のテクノロジーを複数導入している場合。	107	214	321
生産性向上推進 体制加算(Ⅱ)	業務改善等の取り組みを行い、見守り機器等のテクノロジーを1以上導入している場合。	11	22	32
口腔衛生管理 加算(Ⅰ) (該当者)	歯科衛生士が、入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、技術的助言と指導を行い、入所者に対し口腔ケアを月2回以上おこなった場合。	97	193	289
口腔衛生管理 加算(Ⅱ) (該当者)	(Ⅰ)の算定要件を満たし、計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合。	118	235	353

		1 割	2 割	3 割
経口維持加算 (Ⅰ) (該当者)	経口により食事を摂取する入居者 で、摂食機能障害がある方に、多職 種で計画を立て、栄養管理を行った 場合。	428	855	1,282
経口維持加算 (Ⅱ) (該当者)	(Ⅰ)を算定しており、継続的な食 事摂取の支援の観察及び会議等に医 師・歯科医師・歯科衛生士・言語聴 覚士が加わった場合。	107	214	321
協力医療機関 連携加算(Ⅰ)	協力医療機関と、相談・診療を行う 体制を常時確保し、緊急時に入院を 受け入れる体制の確保、連携してい る場合。 (令和7年3月31日まで)	107	214	321
	(令和7年4月1日以降)	54	107	161
協力医療機関 連携加算(Ⅱ)	上記以外の医療機関と連携している 場合。	6	11	16

②-5 加算 (その他)

自己負担額は、単位数に地域別単価を乗じた額の負担割合に応じる。

介護職員 処遇改善 加算(Ⅰ)	介護職員と意見を交換しながら、 資質向上の目標及び、計 画を策定し、介護職員の資質 の向上に取り組んだ場合。	月額総単位数の1000分 の83に相当する単位
		(令和6年5月31日まで)
介護職員等 特定処遇改善 加算(Ⅰ)	介護職員処遇改善加算を算定 し、介護福祉士の配置に係る 加算を算定している場合。	介護職員処遇改善加算を除 く月額総単位数の1000 分の27に相当する単位
		(令和6年5月31日まで)

介護職員等 特定処遇改善 加算（Ⅱ）	介護職員処遇改善加算を算定している場合。	介護職員処遇改善加算を除く月額総単位数の1000分の23に相当する単位 (令和6年5月31日まで)
介護職員等 ベースアップ等 支援加算	処遇改善加算(I)から(III)までのいずれかを算定していること。加算の全額を賃金改善に充て、かつ、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てること。	介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算を除く月額総単位数の1000分の16に相当する単位 (令和6年5月31日まで)

介護職員等 処遇改善加算 （Ⅱ）	職場環境の改善や賃金体系の整備等を行い、加算の全額を賃金改善に充て、かつ、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てること。	介護職員処遇改善加算を除く月額総単位数の1000分の136に相当する単位 (令和6年6月1日から)
------------------------	--	--

*介護保険関係法令の改正等による料金の変更は、上記の取り決めにかかわらず自動的に改正されるものとします。

(2) 居住費及び食費 (円/日)

①食費 1,670円

②居住費(滞在費) 2,500円

ただし、介護保険負担限度額認定を受けている場合には、「介護保険負担限度額認定証」に記載されている額が負担限度額となります。

(3) 特定入所者介護サービス費の減免措置

「介護保険負担限度額認定証」で下記の利用者負担段階に該当する人は、負担の軽減が図られます。軽減を受けるためには、保険者へ申請書を提出し、「介護保険負担限度額認定証」の交付を受ける必要があります。

(単位：円/日)		ユニット型 個室居住費		食費	
基準費用額 (上限)		2,006円 (令和6年7月まで)		1,445円	
		2,066円 (令和6年8月から)			
利用者負担段階	段階	所得の状況		居住費	食費
	4	市民税課税世帯		2,500円	1,670円
	3-②	世帯全員が住民税非課税	前年のその他の合計所得金額+年金収入額が120万円超の方	1,310円 (令和6年7月まで)	1,360円
				1,370円 (令和6年8月から)	
	3-①	世帯全員が住民税非課税	前年のその他の合計所得金額+年金収入額が80万円超120万円以下の方	1,310円 (令和6年7月まで)	650円
				1,370円 (令和6年8月から)	
	2	世帯全員が住民税非課税	前年のその他の合計所得金額+年金収入額が80万円以下の方	820円 (令和6年7月まで)	390円
880円 (令和6年8月から)					
1	世帯全員が住民税非課税	高齢福祉年金の受給者の方	820円 (令和6年7月まで)	300円	
			880円 (令和6年8月から)		
		生活保護受給者の方等	880円 (令和6年8月から)		

(4) その他の料金

① 個人所有電気器具電気代 実費

② 日用品費

		内容	1日あたり
日用品費	A	おしぼり・口腔清拭用スポンジブラシ・ 入れ歯洗浄剤・ボディソープ・シャンプー・ ハンドソープ・ティッシュペーパー・保湿剤	200円
	B	おしぼり・歯ブラシ・入れ歯洗浄剤・ ボディソープ・シャンプー・ハンドソープ・ ティッシュペーパー・保湿剤	150円
	C	おしぼり・ボディソープ・シャンプー・ハンドソープ・ ティッシュペーパー・保湿剤	100円

ご希望される場合、別途「申込書」によりお申し込いただきます。

③ 教養娯楽費 実費

レクリエーション・行事としての材料費等

*但し、上記(2)の②居住費について、外泊、又は入院時にお部屋を確保している場合、居住費は徴収させていただきます。

減免対象者の方(利用者負担段階1段階～3段階)は、外泊時費用算定時は通常の負担限度額を、それ以外の期間は、個室契約2,500円のご負担になります。

(5) 支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、27日に口座振替にてお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行します。尚、口座振込みの手数料は入居者負担となります。

8. 入退居の手続

(1) 入居手続

お電話等でお問い合わせください。

入居と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

「居宅サービス計画」の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 退居手続

① 入居者のご都合で退居される場合

退居を希望する日の7日前までにお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・入居者が他の介護保険施設に入所した場合……………その翌日
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合は、所定の期間の経過を持って退所していただくこととなります。
- ・入居者がお亡くなりになった場合……………その翌日

③ 要介護認定が変更になる場合

当施設に入居後、要介護状態の改善が認められ、要介護認定で「要介護1又は2」と認定された場合、施設の入退居判定委員会で、入居者の心身の状況や退居後の環境等を十分に検討したうえで退居を決定することがあります。ただし、「要介護1又は2」と認定された入居者のうち、特列入所の要件に該当すると認められ、かつ、入居者の心身の状況や退居後の環境等から退居に当たらないと認められる方については、入居を継続することができます。

④ その他

- ・入居者が、サービス利用料金の支払いを支払期限（15日間）までに支払うことがなく、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、または入居者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退居していただく場合がございます。
この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・入居者が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後3ヶ月経過しても退院できな

いことが明らかになった場合、契約を終了させていただく場合がございます。この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出ください。

- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・上記①から④による退居が行われ、契約が終了した場合であって、入居者のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降ホームを利用することとなるときは、その利用に要する実費を請求します。

9. サービス利用にあたっての留意事項

入居者は、次に掲げる事項を遵守してください。

- ・共同生活の秩序を保ち、規律ある利用をしてください。
- ・火気の取り扱いに注意してください。
- ・けんか・口論・泥酔・中傷その他、他人の迷惑となるような行為をしないでください。
- ・その他、管理上必要な指示に従って下さい。

10. 事故発生の防止及び発生時の対応方法

- (1) 当施設は、事故の発生又は再発を防止するため、事故発生の防止のための指針を整備し、委員会および従業者に対する研修を定期的に行います。ご入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市役所所管課、ご家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った措置を記録し、その完結の日から5年間保存します。
- (2) 当施設では、サービスを提供するにあたって、法的根拠のある責めに帰すべき事由により、事業者もしくはホームの職員の故意や過失、もしくはこの契約上の注意義務に違反して入居者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害賠償を負います。

ただし、その損害について、入居者の故意、過失もしくはこの契約上の

注意義務、もしくはホームの職員の正当な業務上の指示に違反が認められる場合は、その状況を斟酌してその損害賠償の減額または免除をすることができるものとします。

(3) 入居者は、ホームにおいて、故意または過失もしくはこの契約上の入居者の義務に違反して、ホームの職員または他の入居者の生命・身体・財産に損害を与えた場合はその損害賠償責任を負います。その場合、前項のただし書きを準用します。

(4) 事業者及び利用者は、前3項の賠償は、誠意をもって速やかに対応し、履行するものとします。

1 1. 身体拘束の手続き

施設サービスを提供するにあたっては、入居者の人権に十分に配慮するとともに心身体的虐待行為や入居者又は他の入居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、身体拘束は禁止いたします。

やむを得ず身体拘束を行なう場合にはその態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録いたします。

1 2. 虐待の防止のための措置

(1) 当施設は、入居者の人権の擁護、虐待の防止のため、担当者を定め、指針の整備、委員会、研修を実施します。

(2) 当施設は必要に応じて成年後見人制度の利用支援を行います。

(3) 当施設は、サービス提供中に施設従事者又は養護者(家族等高齢者を現に養護するもの)による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報するものとします。

1 3. 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための措置

(1) 当施設は、感染症及び食中毒の予防及びまん延を防止するための指針を整備し、委員会の設置、従業員に対する研修の実施など必要な対策を講じます。

(2) 当施設は、感染症発生時において迅速に行動できるよう、従業者に対し、

感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

1 4 . 業務継続計画の策定等

- (1) 当施設は、感染症や非常災害の発生時において、入居者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 当施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的を実施します。
- (3) 当施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 5 . 緊急時の対応方法

ご入居者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほかご家族の方に速やかに連絡します。

1 5 . 第三者評価の実施状況（有・無）

（実施年月日）

（評価機関）

（評価結果）

緊急連絡先①

氏名		続柄
住所		
電話番号 1		
電話番号 2		
職場のお電話番号		

緊急連絡先②

氏名		続柄
住所		
電話番号 1		
電話番号 2		
職場のお電話番号		

緊急連絡先③

氏名		続柄
住所		
電話番号 1		
電話番号 2		
職場のお電話番号		

※普段の施設からの連絡につきましては、緊急連絡先①の方にご連絡いたします。

※施設から職場へのお電話は、救急などの緊急時に限ります。

