

重 要 事 項 説 明 書

(介護老人福祉施設サービス)

＜令和6年8月1日現在＞

社会福祉法人 秀生会

特別養護老人ホーム ヒューマンヴィラ伊豆

電話番号 0558-55-2200

当施設は介護保険の指定を受けています。
(静岡県指定 第2270100122号)

当施設は、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。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次の通り説明します。

◇◆目 次◇◆

- 1 施設経営法人
- 2 ご利用施設
- 3 居室の概要
- 4 職員の配置状況
- 5 当施設が提供するサービスと利用料金
- 6 施設を退居していただく場合（契約の終了について）
- 7 所持品引受人
- 8 苦情の受付について
- 9 損害賠償
- 10 サービス提供における事業者の義務
- 11 非常災害時の対策
- 12 当施設ご利用の際に留意いただく事項

指定介護老人福祉施設サービス重要事項同意書
重要事項説明書付属文書

1 施設経営法人

法人の名称	社会福祉法人 シュウセイカイ 秀生会
法人の所在地	(〒 419-0201) 静岡県富士市厚原 3 5 9 番地 8
電話番号	0 5 4 5 - 7 2 - 5 5 0 0
F A X 番号	0 5 4 5 - 7 3 - 1 1 6 0
代表者氏名	理事長 中 島 佳 奈 美
設立年月日	平成 1 1 年 1 月 2 5 日

2 ご利用施設

施設の種類	指定介護老人福祉施設
介護保険事業所番号	静岡県 第 2 2 7 0 1 0 0 1 2 2 号
指定年月日	平成 1 2 年 3 月 1 日指定
施設の名称	特別養護老人ホーム ヒューマンヴィラ伊豆
施設の所在地	(〒410-3501) 静岡県賀茂郡西伊豆町宇久須 2 0 3 0 番地 1
電話番号	0 5 5 8 - 5 5 - 2 2 0 0
F A X 番号	0 5 5 8 - 5 5 - 2 2 1 0
施設長（管理者）	佐藤 友康
当施設の運営方針	ご契約者に対して普通の暮らしを大切にするケアを目指し、地域に根付き、地域とともに成長する施設の構築を目指します。
開始年月日	平成 1 2 年 3 月 1 5 日
入居定員	5 5 人

3 居室の概要

当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類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
居室	4人部屋	8室	多床室（内1室の3床は短期入所分）
	3人部屋	1室	多床室
	2人部屋	4室	多床室
	1人部屋	15室	従来型個室
食堂		2室	
一般浴室・特別浴室		各1室	
医務室・看護室		1室	
静養室		1室	
その他		スプリンクラー 自動販売機 冷暖房 空気洗浄器 エレベーター2基 等	

4 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

(1) 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	員数	区分				保有資格・その他
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
施設長(管理者)	1	1				社会福祉主事
生活相談員	1	1				社会福祉主事又は介護福祉士
介護職員	24	16		8		介護福祉士等
看護職員	3	3				看護師 准看護師
機能訓練指導員	1	1				按摩マッサージ指圧師
介護支援専門員	1		1			介護支援専門員 介護福祉士
医師	1				1	医師 診療科：内科、耳鼻咽喉科
栄養士	1	1				栄養士
事務員	2	1		1		

(2) 職員の勤務体制

職種	勤務体制
施設長	勤務時間帯 (8:30～17:30)
生活相談員	勤務時間帯 (8:30～17:30)
看護職員	勤務時間帯 (8:30～17:30) *夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	勤務時間帯 (8:30～17:30)
介護支援専門員	勤務時間帯 (8:30～17:30)
栄養士	勤務時間帯 (8:30～17:30)
事務員	勤務時間帯 (8:30～17:30)

(3) 介護職員の勤務体制

早 出	6:00～15:00
通 常	8:30～17:30
日勤①	7:00～16:00
日勤③	10:30～19:30
日勤④	11:00～20:00
遅 出	12:30～21:30
夜 勤	21:30～8:30

5 当施設が提供するサービスと利用料金

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。

当施設が提供するサービスについて

- | |
|---|
| (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 |
|---|

があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合（契約書第3条関係）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

種 類	内 容
居 室	- 入居される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類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。居室の空き状況により、施設長がその可否を決定します。 - なお、ご契約の心身の状況によってはご契約者や、ご家族と協議の上、居室の変更等を行う場合があります。
食 事	- 当施設では、栄養士がたてる献立表により、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堂で食べていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

排 泄	・入居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。
入 浴 清 拭	・入浴又は清拭を週 2 回行います。 ・寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。
整 容	・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・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。 ・シーツ交換は、週 1 回、寝具の消毒は月 2 回行います。
機能訓練	・機能訓練指導員により、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またはその減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	・嘱託医師により、週 1 回回診日を設けて健康管理に努めます。 ・緊急時必要な場合は、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 (当施設の嘱託医師) 氏名 : 安良里診療所 医師 大石 延正 診療科: 耳鼻咽喉科 内科 回診日: 毎週火曜日 (13:30～15:30)
相 談 及 び 援 助	・当施設は、入居者及びそのご家族から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。 (相談窓口) 特養係長 鈴木千織 山本美智子
社会生活 上の便宜	・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活の援助を実りある生活となるよう援助を行います。 * 各種クラブ活動等に参加し、費用がかかった場合は、材料費等一部又は全額実費を頂く場合があります。 ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入居者及びご家族の状況によっては代わりに行います。
その他自立 への 支 援	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

＜サービス利用料金＞

下記の表によって、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。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

多床室の場合

1 日あたり

	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 ご契約者の要介護度とサービス利用料金	5, 890 円	6, 590 円	7, 320 円	8, 020 円	8, 710 円
2 サービス利用に係る自己負担額(1 割負担の場合)	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円

従来型個室の場合

1 日あたり

	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 ご契約者の要介護度とサービス利用料金	5, 890 円	6, 590 円	7, 320 円	8, 020 円	8, 710 円
2 サービス利用に係る自己負担額(1 割負担の場合)	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円

多床室・従来型個室 共通体制加算

1 日あたり

加 算	介護給付費 100%	内自己負担額 10%
看護体制加算 I	40 円	4 円
個別機能訓練実施加算	120 円	12 円
夜勤職員配置加算 II	130 円	13 円
日常生活継続支援加算	360 円	36 円

その他の介護給付サービス加算

加 算	介護給付費 100%	内自己負担額 10%の場合	加算条件	
初期加算	1 日 300 円	1 日 30 円	利用者が新規に入居及び1 ヶ月以上の入院後、再び入居した場合、30 日間加算	
外泊時加算	1 日 2,460 円	1 日 246 円	入院及び外泊の場合、6 日を限度として加算。	
経口移行加算	1 日 280 円	1 日 28 円	経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合	
若年性認知症入所者受入加算	1 日 1,200 円	1 日 120 円	若年性認知症患者を受入、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合	
退所前訪問相談援助加算	1 回 4,600 円	1 回 460 円	退所に先立って、介護支援専門員、生活相談員等が居宅を訪問し利用者・家族等に相談援助を行った場合	
退所後訪問相談援助加算	1 回 4,600 円	1 回 460 円	退所後 30 日以内に居宅を訪問し利用者・家族等に相談援助を行った場合	
看取り介護加算	1 日 720 円	1 日 72 円	死亡日以前 31～45 日	本人又は家族等の同意に基づき施設・居宅にて終末期を過ごした場合
	1 日 1,440 円	1 日 144 円	死亡日以前 4～30 日	
	1 日 6,800 円	1 日 680 円	死亡日の前日・前々日	
	1 日 12,800 円	1 日 1,280 円	死亡日	
療養食加算	1 日 180 円	1 食 60 円	医師の指示に基づく療養食を提供した場合	
介護職員処遇改善加算	14.0%加算		合計単位数に加算	

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 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。

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合（契約書第4条関係）

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

サービスの種類	内 容	料 金
食 事	・ 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費） ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担となります。	1 日 1,550 円
居 室（居住）	・ 居住に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等）） この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用の方には光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）を、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額（1日あたり）のご負担となります。 ※ 外出・外泊・入院等で居室を開けておく場合は、第1～第3段階の方は、6日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目からは別途料金が発生します。	多床室 1 日 915 円 個室 1 日 1,250 円
特別な食事	・ 通常提供される食事以外の物を希望される場合	要した費用の実費
理髪・美容	・ 理髪・美容 2ヶ月1回理容師の出張による理髪・美容サービスをご利用いただけます。 ・ 地域の理髪室・美容室を利用された場合	利用料金：1回あたり 1,500 円 実費

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。詳細は以下のとおりです。 ・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 ・お預りするもの：上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑・年金証書 ・保管管理者：施設長 ・出納方法：手続きの概要は以下のとおりです。 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。 ・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。 ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しを年4回（3月末・6月末・9月末・12月末）残高一覧表と一緒に契約者へ交付します。	基本サービス料 月：2,000円
レクリエーション、クラブ活動	ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。	材料代等の実費をいただきます。
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、コピーを必要とする場合には実費をご負担いただきます。	1枚につき10円
日用品費	・日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担していただく事が適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。 洗髪シャンプー リンス ボディソープ 石鹸（入浴） 洗顔フォーム シェイビングクリーム等 化粧品（保湿クリーム 化粧水等） タオル（入浴） バスタオル	実費

◆ 当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。

① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

	月額 (30日)	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額		
			第1段階	第2段階	第3段階
食事の提供に要する費用	46,500円	1日 1,550円	1日 300円	1日 390円	① 650円 ② 1360円

※ 重要事項説明書5の(2)に定めのとおり、個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は実費負担となりますので、上記の金額を超える場合があります。

②居住に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費））

1日あたりの利用料（居住費）

居室種類	月額	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額		
			第1段階	第2段階	第3段階
多床室	1日あたり	1日 915円	1日 0円	1日 430円	1日 430円
個室	1日あたり	1日 1,250円	1日 380円	1日 480円	1日 880円

※ 外出・外泊・入院等で居室を開けておく場合（7日目からの料金）

多床室（2・3・4人室）・・・・・・ 1日あたり 915円

個室・・・・・・ 1日あたり 1,250円

ただし、第4段階以上については、1日目からの徴収となります。

(3) 契約書第21条に定める所定の料金

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は、下記の通りです。

要介護度	1日あたりの料金	
	多床室	個室
要介護度1	5,890円	5,890円
要介護度2	6,590円	6,590円
要介護度3	7,320円	7,320円
要介護度4	8,020円	8,020円
要介護度5	8,710円	8,710円

(4) 利用料金のお支払方法（契約書第6条関係）

前記の(1)から(3)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに金融機関口座からの引き落としの方法でお支払いとなります。（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。）

(5) 入居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。(ただし、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・入院治療を義務付けるものでもありません。)

(1) 協力歯科医院

歯 科 医	名 称	F デンタルクリニック
	院長名	藤井 良二
	所在地	静岡県賀茂郡西伊豆町宇久須 4 1 0 - 1
	電話番号	0 5 5 8 - 5 4 - 6 4 8 0
	診療科目	歯科
	入院設備	無

(2) 協力医療病院

	名 称	医療法人健育会 西伊豆健育会病院
	所在地	静岡県賀茂郡西伊豆町仁科 1 3 8 - 2
	電話番号	0 5 5 8 - 5 2 - 2 3 6 6
	F A X 番号	0 5 5 8 - 5 2 - 2 3 6 9
	診療科目	内科 循環器内科 外科 皮膚科 肛門科 整形外科 泌尿器科
	入院設備	有

	名 称	西伊豆町 安良里診療所
	所在地	静岡県賀茂郡西伊豆町安良里 3 3 2 - 1
	電話番号	0 5 5 8 - 5 6 - 0 0 1 6
	F A X 番号	0 5 5 8 - 5 6 - 0 5 8 8
	診療科目	内科 耳鼻咽喉科
	入院設備	無

6 施設を退居していただく場合（契約の終了について）（契約書第 15 条関係）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。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、ご契約者に退居していただくことになります。

- ① 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
- ② 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施設を閉鎖した場合
- ③ 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
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は下記（1）をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は下記（2）をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの退居の申し出の場合（中途解約・契約解除）（契約書第 16 条関係）

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

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

- ① 介護保険の基準外サービスの料金の変更に同意できない場合
- ② 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合
- ④ 当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福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑤ 当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
- ⑥ 当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難い重大な事情が認められる場合
- ⑦ 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事業者が適切な対応を取らない場合

(2) 当施設からの申し出により退居していただく場合（契約解除）（契約書第 18 条参関係）

以下の事項に該当する場合は、当施設から退居していただくことがあります。

- ① ご契約者が、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難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 ヶ月以上遅延し、以後 1 ヶ月の催告にもかかわらずこれが支払わない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは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などによって、本契約を継続し難い事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者が連続して 3 ヶ月以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合 ※
- ⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

〈 入院期間中の利用料金 〉

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただいた場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

(3) 円滑な退居のための援助（契約書第 19 条関係）

ご契約者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、当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、円滑な退居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。

- ・ 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ・ 居宅介護支援事業者の紹介
- ・ 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

※ ご契約者が退居後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

7 所持品引受人（契約書第 22 条関係）

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入居契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品をご契約者自身が引き受けられない場合に備えて、「所持品引受人」を定めていただきます。

当施設は「所持品引受人」に連絡のうえ、所持品を引き受けていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は所持品引受人にご負担いただきます。

※ 入居契約締結時に所持品引受人が定められない場合であっても、入居契約を締結することは可能です。

8 苦情の受付について（契約書第 24 条関係）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情の受付やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

また、苦情受付ボックスを各階に設置しています。

＊ 苦情受付相談窓口

特養主任	鈴木 千織	
	山本 美智子	
第三者委員	西宮 恂夫	TEL 0558-56-0430
	斉藤 チヅル	TEL 0558-45-0871

＊ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

＊ 西伊豆町役場健康福祉課

所在地	静岡県賀茂郡西伊豆町仁科401-1
電話番号	0558-52-1116
FAX 番号	0558-52-5750
受付時間	8：30～17：15（月～金）

＊ 静岡県国民健康保険団体連合会

所 在 地 静岡県静岡市春日 2－4－3 4
電話番号 0 5 4－2 5 3－5 5 9 0
受付時間 8：3 0～1 7：1 5（月～金）

＊ 静岡県福祉サービス運営適正化委員会（静岡県総合社会福祉会館内）

所 在 地 静岡県静岡市駿府町 1－7 0
電話番号 0 5 4－6 5 3－0 8 4 0

9 損害賠償（契約書第 12 条、第 13 条関係）

当施設において、当施設の責任によりご契約者に生じた損害については、当施設は速やかに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。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。詳細は、契約書第 12 条、第 13 条をご参照下さい。

10 サービス提供における事業者の義務（契約書第 8 条、第 9 条関係）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2 年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 当施設及びサービス従事者又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者の円滑な退居のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

11 非常災害時の対策（契約書第 8 条関係）

防火管理者	佐藤 友康																												
非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム ヒューマンヴィラ伊豆施設防災管理規程」にのっとり対応を行います。																												
近隣との協力関係	地元の自主防災組織と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。																												
常時の訓練等 防 災 設 備	別途定める「特別養護老人ホーム ヒューマンヴィラ伊豆施設防災管理規程」により、毎月夜間及び昼間を想定した非難訓練を、入居者の方にも参加して実施します。 <table><tr><td>設備名称</td><td>箇所等</td><td>設備名称</td><td>箇所等</td></tr><tr><td>スプリンクラー</td><td>有</td><td>屋内消火栓</td><td>9 箇所</td></tr><tr><td>非難階段</td><td>2 箇所</td><td>非常通報装置</td><td>有</td></tr><tr><td>自動火災報知器</td><td>有</td><td>非常用階段</td><td>有</td></tr><tr><td>誘導等</td><td>31 箇所</td><td></td><td></td></tr><tr><td>ガス漏れ報知器</td><td>有</td><td></td><td></td></tr><tr><td>避難用滑り台</td><td>2 箇所</td><td></td><td></td></tr></table> カーテン等は、防災性のあるものを使用しております。	設備名称	箇所等	設備名称	箇所等	スプリンクラー	有	屋内消火栓	9 箇所	非難階段	2 箇所	非常通報装置	有	自動火災報知器	有	非常用階段	有	誘導等	31 箇所			ガス漏れ報知器	有			避難用滑り台	2 箇所		
設備名称	箇所等	設備名称	箇所等																										
スプリンクラー	有	屋内消火栓	9 箇所																										
非難階段	2 箇所	非常通報装置	有																										
自動火災報知器	有	非常用階段	有																										
誘導等	31 箇所																												
ガス漏れ報知器	有																												
避難用滑り台	2 箇所																												

12 当施設ご利用の際に留意いただく事項（契約書第 10 条、第 11 条関係）

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

来訪・面会	面会時間は 9:00～19:00 でお願ひします。
外泊・外出	体調等のこともありますので、前もってご連絡をお願いします。
提携病院、協力病院以外の医療機関への受診	看護職員にご相談ください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用途にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	・喫煙は、決められた場所以外ではお断りします。 ・飲酒を希望される方は、担当職員にご相談下さい。 ・行事以外の飲酒は、介護職員にご相談下さい。
迷惑行為等	騒音等、入居者の迷惑になる行為はご遠慮願ひます。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

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。
食 事	食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。
その他	・面会においでになる時、あるいは外出・外泊から帰られた時に、食べ物をお持ち込まれることが時折見受けられますが、これは食べ過ぎの原因になったり、病気によっては悪化の要因になることもあります。また、食中毒発生の危険性もありますので、職員へ連絡していただくようお願いいたします。（場合によっては、お預かりすることがありますが、ご了承下さい。） ・なお、5月～10月までは、食中毒予防強化月間としておりますので、特にご注意ください。（生もの持込厳禁） ・家族の住所や電話番号の変更があった時は、早めに生活相談員へ連絡を下さい。 ・医療証・保険証が変わった場合は、早めに事務所へご連絡下さい。 ・ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生の管理上の必要かあると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り、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等について、十分な配慮を行います。 （下記の件につきましては、必ずご家族にご相談させていただきます。） ・入居者に感染症が発生した場合、感染症蔓延防止のため、一時的に個室から多床室、または多床室から個室に移動をお願いすることがありますのでご了承ください。 ・看取り介護取り組みの関係で、一時的に個室のお部屋をお借りすることがあります。 ・緊急のショートステイの受け入れの際、お部屋を一時的にお借りする事があります。

1 3 施設サービス第三者評価の被害の有無

無

介護老人福祉施設サービス 重要事項 同意書

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ヒューマンヴィラ伊豆

説明者氏名 尾上 美奈子 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、介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契 約 者 氏 名 印

契約者代理人 住 所

氏 名 印

所持品引受人 住 所

氏 名 印

《重要事項説明書付属文書》

1 施設の概要

敷 地		7, 8 3 5 . 6 3 m ²			
建 物	構 造	R C造一部SRC 造地上3階建			
	延べ面積	6, 6 1 2 . 1 3 m ²			
定 員		5 5 名			
居 室	4 人部屋	8 室 (内 1 室の 3 床 は短期入所分)	3 人部屋	1 室	
	2 人部屋	4 室	1 人部屋	1 5 室	

2 職員の配置状況

〈 配置職員の職種 〉 ※下記職種の職員人員数は、指定基準を遵守し、必要に応じて増員することがあります

介護職員…………ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

基準常勤換算 2 4 名の介護職員を配置しています。

生活相談員…………ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1 名の生活相談員を配置しています。

看護職員…………主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

基準常勤換算 3 名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

1 名の機能訓練指導員を配置しています。

介護支援専門員…ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

1 名の介護支援専門員を配置しています。

医 師…………ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

1 名の嘱託医師を配置しています。

3 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次のとおり行います。

（契約書第2条関係）

①その担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

②当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）に施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

③施設サービス計画は、6ヶ月に1回、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合は、ご契約者及びその家族と協議して、施設サービス計画を変更します。

④施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。