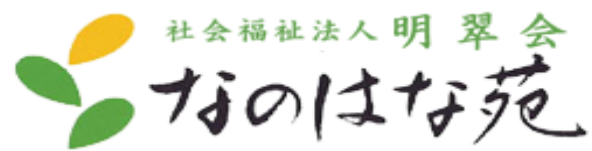


重要事項説明書



特別養護老人ホームなのはな苑ふくおか

指定介護老人福祉施設 重要事項説明書

指定介護福祉施設サービスの提供に当たり、施設の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

ご利用は、原則として要介護認定の結果、「要介護3」「要介護4」「要介護5」の認定を受けた方が対象となります。

1 事業の目的と運営方針

社会福祉法人明翠会（以下「事業者」という。）が開設する指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームなのはな苑ふくおか（以下「施設」という。）は、介護保険法令に従い、施設の従業者等（以下「従業者」という。）が、要介護状態にある入所者（以下「入所者」という。）に対し、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入所者の立場に立った適切な指定介護福祉施設サービスを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものとします。

2 事業者（法人）の概要

事業者（法人）	社会福祉法人 明翠会
所在地	〒444-0825 愛知県岡崎市福岡町字四反田26番地
代表者	理事長 太田 健介
設立年月日	平成11年7月15日
電話番号	0564-57-8150

3 施設の概要

(1) 施設の概要

施設名	特別養護老人ホームなのはな苑ふくおか
指定番号	第2372100335号
所在地	〒444-0825 愛知県岡崎市福岡町字四反田26番地
施設長	佐藤 直人
開設年月日	平成11年7月15日
電話番号	0564-57-8150
F A X 番号	0564-51-0201
メールアドレス	nanohanaen@meisuikai.or.jp

(2) 設備の概要

居室	個室 1人部屋（36室） 二人部屋 2人部屋（22室）
静養室	1室 居室で静養する事が一時的に困難な入所者が使用できる静養室を設けます。
食堂	2室 入所者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、入所者が使用しやすい適切な備品類を設けます。
浴室	2室 一般浴槽、特殊浴槽。
洗面設備	10箇所 入所者が使用しやすい適切な洗面設備を設けます。
便所	6室 入所者が使用しやすい適切な便所を設けます。
医務室	1室 入所者を診療するために必要な設備及び備品を備えます。
機能訓練室	1室 入所者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設けます。
面談室	1室 相談などを行えます。
その他	以下の設備を設けています。 ・介護職員室 ・看護職員室 ・調理室 ・洗濯室 ・汚物処理室 ・介護材料室

〈居室の変更〉

下記に該当する場合は、入所者及び代理人との協議の上実施するものといたします。

- ① 入所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、入所者の心身の状況により居室を変更する場合があります。
- ② 感染症等により個室への入所の必要があると医師が判断した者（個室への入所期間が30日以内に限る）。
- ③ 著しい精神状態等により、他の同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼす恐れがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者。

(3) 施設の従業者体制

職種	職務の内容	員数
施設長	業務の一元的な管理	1名
医師	入所者の健康管理及び療養上の指導	1名以上
生活相談員	入所者・家族への相談援助、地域との連絡調整	1名以上
介護職員	介護業務	26名以上
看護職員	健康管理・口腔衛生・保健衛生管理	3名以上
管理栄養士又は栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導	1名以上
機能訓練指導員	機能訓練等の指示・助言	1名以上

介護支援専門員	施設サービス計画の作成・実施	1名以上
その他の従業者		必要数

(4) 定員

定員	80名
----	-----

4 サービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス

次のサービスについては、居住費・食費を除き、通常9割（～7割）が介護保険から給付されます。「5 利用料等」をご確認ください。

類	内 容
施設サービス 計画の作成	<p>施設サービス計画を作成します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設サービス計画は、計画担当介護支援専門員が施設サービス計画について、入所者又は代理人に対して説明し、同意を得たうえで作成します。 施設サービス計画には、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、施設サービスの目標及びその達成時期、施設サービスの内容、施設サービスを提供する上での留意事項を記載します。 施設は、原則として6月に1回以上、若しくは入所者又は代理人の要請に応じて、計画担当介護支援専門員に、施設サービス計画について変更の必要があるかどうかを調査させ、その結果、施設サービス計画の変更の必要があると認められた場合には、入所者又は代理人と協議して、施設サービス計画を変更するものとします。 施設は、施設サービス計画を作成又は変更した場合には、入所者又は代理人に対して書面を交付し、その内容を確認するものとします。
介 護	<p>入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 入浴又は清拭は週2回以上行います。 適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行います。 おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えます。 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備します。 その他、離床、着替え、整容等の介護を適切に行います。
食 事	<p>栄養並びに入所者の体の状況及び嗜好を考慮した食事の提供を、適切な時間に行います。入所者の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂等で食事を摂ることを支援します。</p> <p>【食事時間】朝食 8時00分～9時00分 昼食 12時15分～13時15分 夕食 18時00分～19時00分</p>

相談及び援助	常に入所者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はご家族に対し、その相談に適切に応じるとともに必要な助言その他の援助を行います。
社会生活上の便宜	施設に教育娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーションを行います。 <ul style="list-style-type: none"> 日常生活を営むために必要な行政手続きについて、入所者又はご家族が行うことが困難である場合は、同意を得たうえで代わって行います。 常に入所者のご家族との連携を図るとともに、入所者とご家族との交流の機会を確保するように努めます。 入所者の外出の機会を確保するように努めます。
機能訓練	機能訓練指導員により、入所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衰を防止するための訓練を実施します。
栄養管理	入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、入所者の栄養管理を計画的に行います。
口腔衛生の管理	歯科医師又は歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生管理を計画的に行います。
健康管理	医師及び看護職員により、日常の健康相談や定期的な血圧・体重測定など、常に入所者の健康の状態に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を行います。

(2) 介護保険給付対象外サービス

施設は入所者又は代理人との合意に基づき、以下の介護保険給付対象外サービスを提供するものとします。

① 特別な食事

入所者又は代理人のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

② 特別な居室

入所者又は代理人のご希望に基づいて特別な居室を提供します。

③ 教養娯楽設備等の提供、レクリエーション、クラブ活動

入所者又は代理人の希望により教養娯楽設備等を提供し、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。

④ 理美容サービス

理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

⑤ インフルエンザ等感染症予防対策

入所者及び代理人、ご家族の意向を確認し、インフルエンザ等感染症の予防接種を行います。

⑥ 入所者の移送

入所者の通院や入院時の移送サービスを行います。

【対象地域】 岡崎市内（無料）

5 利用料等

サービスを利用した場合の「基本施設サービス費」は以下の通りです。お支払いいただく「入所者負担金」は、原則として基本利用料に入所者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。

- (1) **基本施設サービス費** *表は1単位10.00円の場合の例です。実際には地域ごとの単価に変更
 ください。

			単位数 (1単位10円)	費用額 (10割)	利用者負担額		
					1割	2割	3割
介護福祉施設サービス費（1日につき）	介護福祉施設サービス費（Ⅰ）	要介護 1	589単位	5,890円	589円	1,178円	1,767円
		要介護 2	659単位	6,590円	659円	1,318円	1,977円
		要介護 3	732単位	7,320円	732円	1,464円	2,196円
		要介護 4	802単位	8,020円	802円	1,604円	2,406円
		要介護 5	871単位	8,710円	871円	1,742円	2,613円
	介護福祉施設サービス費（Ⅱ）	要介護 1	589単位	5,890円	589円	1,178円	1,767円
		要介護 2	659単位	6,590円	659円	1,318円	1,977円
		要介護 3	732単位	7,320円	732円	1,464円	2,196円
		要介護 4	802単位	8,020円	802円	1,604円	2,406円
		要介護 5	871単位	8,710円	871円	1,742円	2,613円

(2) **加算・減算**

※要件を満たす場合には、上記の基本部分に料金が加算又は減算されます。

※介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、入所者負担額を変更します。

① 夜間勤務条件基準を満たさない場合の減算

事業所の夜勤を行う職員について、人員基準上の満たすべき員数を下回っている場合に一定割合を減算

② 定員超過又は職員欠如に該当する場合の減算

事業所の利用定員を上回る入所者の利用又は事業所の看護職員及び介護職員の人員基準上満たすべき員数を下回っている場合に一定割合を減算

③ 身体拘束廃止未実施減算

身体拘束等の適正化を図るための措置*が講じられていない場合

*身体拘束等の適正化を図るための措置

- ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催すると共に、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること
- ・身体拘束等の適正化のための指針を整備すること
- ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること

※経過措置は1年

④ 安全管理体制未実施減算

介護施設での事故を未然に防ぐために、強化対策（安全管理体制）を講じていない場合

- ⑤ 高齢者虐待防止措置未実施減算 ※新設
虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合
- ⑥ 業務継続計画未策定減算 ※新設
感染症や非常災害の発生時において業務継続計画（入所者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画）を策定していない、又は業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合
※2025（令和7）年3月31日までの間、「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」の整備及び「非常災害に関する具体的計画」の策定を行っている場合は減算適用になりません。
- ⑦ 栄養管理の基準を満たさない場合の減算
栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合
- ⑧ 日常生活継続支援加算
認知症高齢者等が一定割合以上入所してかつ介護福祉士資格を有する職員を一定の割合配置した場合
- ⑨ 看護体制加算
常勤の看護師配置と、一定以上の看護師配置をしている場合
- ⑩ 夜勤職員配置加算
夜勤を行う職員配置基準を超えて職員配置した場合
- ⑪ 若年性認知症入所者受入加算
若年性認知症患者の特性やニーズに対応したサービス提供を行った場合
- ⑫ 精神科医療養指導加算
認知症を有する高齢者が全入所者の3分の1以上を占めていて、精神科医師の定期的な療養指導が月2回以上行われた場合
- ⑬ 外泊時費用（居宅サービスを利用した場合）
介護老人福祉施設の入所者が病院又は診療所への入院を要した場合、及び居宅に外泊した場合
* 1月につき6回まで。
- ⑭ 外泊時在宅サービス利用費用
介護老人福祉施設の入所者が居宅に外泊し、特別養護老人ホーム等から提供される在宅サービスを受けた場合
* 1月につき6回まで。外泊時費用を算定している場合は算定できません。
- ⑮ 初期加算
介護保険施設等の利用開始にあたって、入所者が施設等での生活に慣れるために行う場合。入所・入居・登録をした日から起算して30日以内
- ⑯ 協力医療機関連携加算 ※新設
介護保険施設等において、定期的なカンファレンスの実施による協力医療機関*との連携体制の構築をした場合
- (1) 協力医療機関の要件ア～ウを満たす場合
- (2) それ以外の場合
*協力医療機関の要件
ア 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う帯背を常時確

保していること

イ 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること

ウ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること

※(1)の単位について、令和6年度は100単位/月ですが、令和7年度からは50単位/月となります。

⑰ 栄養マネジメント強化加算

管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置しており、低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師などが共同して作成した栄養ケア計画に従って、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好などを踏まえた食事の調整などを実施した場合

⑱ 療養食加算

療養食の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されており、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の療養食の提供が行われている場合

⑲ 看取り介護加算

医師が回復の見込がないと判断した入所者に対して、人生の最期の時までその人らしさを維持できるように、入所者やご家族の意思を尊重して、医師、看護師、看護職員が連携を保ちながら看取りをする場合

⑳ 科学的介護推進体制加算

さまざまなケアにより記録している入所者の状態像に関する情報について、科学的介護情報システム（LIFE・ライフ）へのデータ提出とフィードバックの活用により、PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みを実施した場合

㉑ 安全対策体制加算（入所初日）

入所者の介護事故による怪我・死亡を防ぐために、日頃から事故防止に関する研修や情報共有の機会を定期的に行っている場合、入所者につき、入所初日に限って算定

※サービス提供体制強化加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）又は日常生活継続支援加算のいずれかのみ算定可

㉒ 介護職員等処遇改善加算

介護職員のキャリアアップの仕組みを作ったり、職場環境の改善を行ったりした施設に対して支給される

㉓ 生産性向上推進体制加算Ⅰ・Ⅱ（新設）

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委員会の設置及び開催、見守り機器等のテクノロジーの導入、継続的業務改善、1年に一度、業務改善の取組の実績を示すデータを国に提供した場合はⅡ、職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）を行いⅡで提出するデータ等により業務改善の取組による成果が確認される場合はⅠ

(3) その他の費用

① 食事の提供に要する費用

ア 基本料金 1日当たり 1,445円

イ 入所・退所時等における食費の負担額

入所・退所の日においては、実際に摂った食ごとの料金とします。ただし、その額がアに定める負担限度額を下回った場合はその額とします。なお、終日利用する場合には、特別な場合を除いて実際に摂った食数にかかわらず1日当たりの額とします（全ての食事を摂らない場合を除く。）

② 居住に要する費用

基本料金 入所・退所の時間にかかわらず1日当たり 個室 1,231円 多床室 915円

③ 入所者又は代理人が選定する特別な居室の提供に関する費用の額は、医師が認めた場合において多床室の居住費を適用する。

④ 理美容代

実費 カット1,000円 カラー4,000円 パーマ5,000円 顔そり1,000円

⑤ 入所者の移送に係る費用及び距離

【対象地域】 岡崎市内（無料）

<居住費(滞在費)・食費の負担軽減(負担限度額認定)>

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の場合は、市町村へ申請をすることにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費(滞在費)・食費の負担が軽減される場合があります。

令和6年8月1日から基準となる額面と新たにご負担いただく金額が変わります。

なお、居住費と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

6 利用料金のお支払方法

利用料は、1月ごとに計算し、翌月の13日前後にご請求いたします。

- ① 入所者又は代理人の銀行口座からの自動引き落とし
- ② 指定口座への現金振込み
- ③ 現金持参（25日まで）

7 施設を退所いただく場合等

(1) 入所者の退所

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。次の事由があった場合に、施設との契約は終了し、入所者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定により入所者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 施設が解散した場合、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
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、入所者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 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 入所者又は代理人から退所の申し出があった場合
- ⑥ 施設から退所の申し出を行った場合

(2) 入所者からの退所の申出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、入所者から施設へ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10日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- 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 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ 入所者が入院された場合
- ④ 施設若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 施設若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 施設若しくはサービス従事者が故意又は過失により入所者の身体・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
- ⑦ 他の入所者が入所者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、適切な対応をとらない場合

(3) 施設からの申出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、施設から退所いただく場合があります。

- ① 入所者又は代理人が、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 入所者又は代理人によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、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 入所者又は代理人が、故意又は重大な過失により施設又はサービス従事者若しくは、他の入所者等の生命・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) 施設をご利用中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応

3月以内の退院が見込まれない場合、解約となります。

8 代理人等について

- (1) 施設では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。
 - ① 代理人は、入所者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
 - ② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、施設と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。
 - ③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。
- (2) 代理人の職務は、次の通りとします。
 - ① 入所者に代わって又は入所者とともに、契約書第3条に定める同意又は要請、同第7条3項、第9条3項、第18条1項、第19条1項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他入所者を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。
 - ② 入所者を代理して、又は入所者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。
- (3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。

入所者と連帯して、本契約から生じる入所者の債務を負担すること。
- (4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、施設に残された入所者の所持品（残置物）を入所者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

(5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

- ① 連帯保証人の負担は、極度額50万円を限度とします。
- ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、入所者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
- ③ 施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、入所者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、入所者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

(1) 入所時のリスクについて

以下の事項は一部の例です、これらすべて防ぐことはできません。

- ① 転倒・骨折のリスク
- ② 皮膚剥離（擦過傷）等のケガのリスク
- ③ 誤嚥と誤嚥性肺炎のリスク
- ④ 施設外へ出てしまうリスク

(2) 禁止行為

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

- ① 決められた場所以外での喫煙・飲酒・飲食等
- ② 従業者又は他の入所者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ③ 施設内での金銭及び食物等のやりとり
- ④ 従業者に対する贈物や飲食のもてなし
- ⑤ 従業者及び他の入所者に対する身体的・精神的暴力
- ⑥ その他決められた以外の物の持ち込み

10 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状の急変が生じた場合、救急搬送及び外部の病院受診が必要になる場合がございます。医師からの病状説明等、施設職員では原則対応できません。その為、ご家族様での対応やお付き添いをお願いいたします。

11 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

12 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、代理人、市町村、関係医療機関等への連絡を行うな

ど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

13 身体拘束の禁止

原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に入所者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

入所者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、入所者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

入所者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

15 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入所者及び代理人の秘密を洩らさないことを厳守します。また、退職後においてもこれらの秘密を厳守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

16 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：生活相談員 鳥居 知宏

ご利用時間：毎日 9時00分～17時30分

ご連絡先 電話番号 0564-57-8150

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

愛知県国民健康保険団体連合会介護福祉課

愛知県名古屋市東区泉1丁目6番5号

電話番号：052-962-1308

岡崎市介護保険課

愛知県岡崎市十王町2丁目9番地

電話番号：0564-23-6682

※第三者委員 氏名 杉山 直人 電話番号 0564-43-3787

※第三者評価について

実施した直近の有無	あり なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

17 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようになっています。

【協力医療機関】

名称 岡崎南病院

住所 愛知県岡崎市羽根東町1丁目1番地3

名称 宇野病院

住所 愛知県岡崎市中岡崎町1丁目10番地

【嘱託医】

名称 宮地医院（内科）

住所 愛知県岡崎市柱町南屋敷32

名称 岡崎駅はるさきクリニック（心療内科）

住所 愛知県岡崎市針崎町字東カンジ67番地8

【協力歯科医療機関】

名称 藤原歯科医院

住所 愛知県岡崎市福岡町字下荒追6

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、署名欄にご記入いただいた連絡先に連絡します。

18 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所者に生じた損害については、施設は、速やかに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。ただし、損害の発生について、入所者又は代理人に故意又は過失が認められた場合や、入所者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

施設は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、施設は損害賠償責任を免れます。

- ① 入所者又は代理人が、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ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ② 入所者又は代理人が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③ 入所者の急激な体調の変化等、施設が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害

が発生した場合

- ④ 入所者又は代理人が、施設及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設のサービスの提供の開始に当たり、入所者及び代理人に対して利用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。

<事業者>

事業所所在地 愛知県岡崎市福岡町字四反田26番地

法人名 社会福祉法人明翠会 理事長 太田 健介 印

事業所名 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか

管理者名 佐藤 直人 (契約担当者) 鳥居 知宏 印

私は、利用契約書及び本書面により、事業者から指定介護福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<入所者(契約者)>

住所

氏名 印 [代筆理由]

<代理人>

住所

氏名 印

電話番号

<連帯保証人兼身元保証人>

住所

氏名 印

電話番号