介護老人保健施設さわやかリバーサイドビル（短期入所療養介護）

サービス内容説明書 兼 重要事項説明書

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 慈恵会
事業者の所在地	美濃加茂市下米田町東栃井 8 1 番地 2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	山田 実 貴 人
電話番号	0 5 7 4 - 2 5 - 0 6 0 9

2. ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設 さわやかリバーサイドビル
施設の所在地	美濃加茂市下米田町東栃井 8 1 番地 3
電話番号	0 5 7 4 - 2 5 - 5 5 8 8
F A X 番号	0 5 7 4 - 2 8 - 1 7 7 0

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		岐阜県知事の事業所指定		利用定員
		指定年月日	指 定 番 号	
施設	介護老人保健施設	H12. 4. 1	岐阜県 2151280019 号	9 4 人
	短期入所療養介護	H12. 4. 1	岐阜県 2151280019 号	
居宅	通所リハビリテーション	H12. 4. 1	岐阜県 2151280019 号	3 5 人
	訪問看護	H12. 4. 1	岐阜県 2161290016 号	

4. 施設の目的と運営方針

目 的	施設は、介護保険法令の趣旨に従い、利用者が自宅において、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支援することを目的として、利用者に対し短期入所（予防）療養介護計画に基づいて、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、日常生活上のお世話などのサービスを提供します。
運営方針	地域や家庭との結びつきを念頭に、明るく家庭的な雰囲気のもとで、看護、介護、リハビリ等多職種連携による支援を行います。

5. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地	1, 5 1 9. 3 4 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造 5階建 地下1階（耐火建築）
	延べ面積	3, 2 6 3. 5 7 m ²
	利用定員	9 4 名

(2) 居室

居室の種類	室数	一人あたりの面積	指定基準
個室	2 室	12.98㎡	一人あたり 8㎡以上
2人部屋	2 室	9.30㎡	
4人部屋	2 2 室	8.04㎡	

(3) その他主な設備

設備の種類	面積	一人あたりの面積	指定基準
食堂	209.45㎡	2.23㎡	一人あたり2㎡以上
機能訓練室	219.93㎡	2.34㎡	一人あたり1㎡以上
一般浴室	114.82㎡		
機械浴室	37.71㎡		
診療室	32.76㎡		

6. 従業者の職種及び員数

従業者の職種	員数
医師	常勤1以上
看護職員	常勤換算32以上 (内看護職員9.4以上)
介護職員	
薬剤師	常勤換算0.32以上
支援相談員	常勤1以上
理学療法士	常勤換算1以上
作業療法士	
言語聴覚士	
栄養士	常勤1以上
介護支援専門員	常勤1以上
事務職員	1以上

※上記の従業者の員数は、多少加減することがありますが、基準人員以上配置しております。

7. 従業者の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
医師	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)常勤	4週6休
医師(嘱託医)	週2日(月・金)勤務	
看護職員	日勤(8:30~17:00) 夜勤(17:00~9:00) その他(交代勤務にて対応)	年間107日
介護職員	※夜間は、介護職3名、看護職1名で対応します。 緊急時に備え看護職員が夜間、自宅待機します。	

薬剤師	週4日程度勤務	
支援相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：00） 常勤で勤務	4週6休
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
管理栄養士		4週6休
介護支援専門員		
事務職員		

8. サービスの内容

サービスの種別	内 容
医学的管理・看護	・看護職による看護（血圧測定、検温、胃ろうの実施、状態観察など）を行います。
食事	（食事時間） 朝食 7：30～8：30 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00 （食事場所） できるだけ離床して食堂でおとりいただきます。 （その他） 献立表は1週間前までに各フロアに掲示します。 医師の指示のあるものは、特別なメニューの食事を用意します。
排せつ	利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行います。
入浴・清拭	（入浴日）週2回 （入浴時間）14：00～16：00の間 一般浴槽のほか、入浴に介助を要する利用者には特別浴槽（機械浴）で対応します。 利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。
離床	体調を考慮しながら離床の機会を設け寝たきり防止に努めます。
整容	身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	シーツ交換は、週1回行います。
洗濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。（衣類の洗濯は有料となります。）
機能訓練	理学療法士、作業療法士等により、入所者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

9. 利用料金

介護保険給付の対象となるサービス 次の(1)～(3)の費用

1単位につき10,14円で算定します。負担割合は、各市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載のとおりです。

(1) 短期入所療養介護費

要介護度	多床室 (2～4 人部屋)			従来型個室		
	在宅強化型	基本型	その他	在宅強化型	基本型	その他
	1日あたり	1日あたり	1日あたり	1日あたり	1日あたり	1日あたり
要支援1	672 (単位)	613 (単位)	601 (単位)	632 (単位)	579 (単位)	566 (単位)
要支援2	834 (単位)	774 (単位)	758 (単位)	778 (単位)	726 (単位)	711 (単位)
要介護1	902 (単位)	830 (単位)	813 (単位)	819 (単位)	753 (単位)	738 (単位)
要介護2	979 (単位)	880 (単位)	863 (単位)	893 (単位)	801 (単位)	784 (単位)
要介護3	1,044 (単位)	944 (単位)	925 (単位)	958 (単位)	864 (単位)	848 (単位)
要介護4	1,102 (単位)	997 (単位)	977 (単位)	1,017 (単位)	918 (単位)	901 (単位)
要介護5	1,161 (単位)	1,052 (単位)	1,031 (単位)	1,074 (単位)	971 (単位)	953 (単位)

※1：基本利用料は、10項目（在宅復帰率、ベッド回転率、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合、居宅サービスの実施数、リハビリ専門職の配置割合、支援相談員の配置割合、要介護4又は5の割合、喀痰吸引の実施割合、経管栄養の実施割合）の状況に応じて算定されます。

(2) 短期入所療養介護費の減算

※下記については該当するもののみ減算させていただきます。

- ・夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合、短期入所療養介護費を100分の97に相当する額とします。
- ・利用者の数及び本体施設の利用者の数の合計が利用定員を超える場合、短期入所療養介護費を100分の70に相当する額とします。
- ・医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数が基準を満たさない場合、短期入所療養介護費を100分の70に相当する額とします。
- ・身体的拘束適正化のための取り組みを行っていない場合、短期入所療養費の100分の1に相当する額が減算されます。
- ・高齢者虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合、短期入所療養費の100分の1に相当する額が減算されます。
- ・感染症もしくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、短期入所療養費の100分の1に相当する額が減算されます。

(3) 加算される料金

※下記については該当するもののみ加算させていただきます。

- ・夜勤職員配置加算・夜勤を行う介護・看護職員が基準を上回って配置されている場合1日24（単位）加算されます。
- ・個別リハビリテーション実施加算・共同で計画を作成し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別リハビリテーションを行った場合1日240（単位）加算されます。
- ・認知症ケア加算・認知症ランクⅢ以上の利用者に対して短期入所療養介護を行った場合1日76（単位）加算されます。
- ・認知症行動・心理症状緊急対応加算・医師が、認知症の行動・心理症状により在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所療養介護を受けることが必要と認めて利用した場合、7日に限って1日200（単位）加算されます。
- ・緊急短期入所受入加算・計画的に行うことになっていない短期入所療養介護を緊急に行った場合、7日に限って1日90（単位）加算されます。
- ・総合医学管理加算・治療管理を目的とし、厚生労働大臣が定める基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行った場合10日間を限度して1日275（単位）加算されます。
- ・若年性認知症利用者受入加算・若年性認知症利用者に対して短期入所療養介護を行った場合1日120（単位）加算されます。
- ・重度療養管理加算・要介護4又は5であって、経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養など手厚い医療が必要な利用者に療養上必要な処置を行った場合1日120（単位）加算されます。
- ・在宅復帰・在宅療養支援機能加算・※1で示した10項目の基準に適合する場合、1日51（単位）加算されます
- ・送迎加算・利用者の送迎を行う場合、片道184（単位）加算されます。
- ・口腔連携強化加算・施設と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価を実施し、その結果を歯科医療機関および介護支援専門員に対し情報提供した場合1回50（単位）加算されます。
- ・療養食加算・医師の指示箋により糖尿食や腎臓食などの特別な食事を提供した場合、1日3回に限って1回8（単位）加算されます。
- ・認知症専門ケア加算・利用者の総数のうち、認知症ランクⅢ以上の利用者が2分の1以上であり、認知症介護に関する専門的な研修を修了している職員を対象者が20人未満である場合は1以上、20人以上である場合は10人に対して1以上配置している場合1日3（単位）加算されます。また、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了した職員を1名以上配置している場合1日4（単位）加算されます。
- ・緊急時施設療養費・利用者の病状が重篤となり緊急的な治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行った場合1日518（単位）加算されます。
- ・生産性向上推進体制加算・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委員会を開催する等した上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年に1回以上取組による効果を示すデータを厚

生労働大臣に提出している場合 1月に1回10（単位）算定します。さらに、業務改善による成果が確認され、見守り機器等のテクノロジーを複数台導入するなどしている場合 1月に1回100（単位）算定されます。

・**サービス提供体制強化加算**・・以下のいずれかに該当し、サービスの質の向上に資する取組を実施している場合 1日22（単位）加算されます、①介護職員の総数のうち介護福祉士の資格を有する従業員の割合が80%以上である、②利用者に直接サービスを提供する職員のうち勤続10年以上の介護福祉士の割合が35%以上である。介護職員の総数のうち介護福祉士の資格を有する従業員の割合が60%以上である場合 1日18（単位）加算されます。以下のいずれかに該当する場合 1日6（単位）加算されます、介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上である、看護・介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が75%以上である、利用者に直接サービスを提供する職員のうち7年以上勤続している職員の割合を30%以上である。

・**介護職員処遇改善加算**・・別に厚生労働大臣が定める基準に適合して、介護職員の賃金の改善等を行っている場合、基本サービス費に各種加算減算（介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算を除く）した単位に下記の該当する割合を乗じた単位が加算されます。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）・・1000分の75に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）・・1000分の71に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅲ）・・1000分の54に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅳ）・・1000分の44に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）1・・1000分の67に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）2・・1000分の65に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）3・・1000分の63に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）4・・1000分の61に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）5・・1000分の57に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）6・・1000分の53に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）7・・1000分の52に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）8・・1000分の46に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）9・・1000分の48に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）10・・1000分の44に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）11・・1000分の36に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）12・・1000分の40に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）13・・1000分の31に相当する単位

介護職員処遇改善加算（Ⅴ）14・・1000分の23に相当する単位

介護保険給付の対象とならないサービス 次の(4)～(7)の費用

(4) 居住費 ※令和6年8月1日以降は()内の金額

※介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は認定証に記載されている負担限度額となります。

	多床室(2～4人部屋)		従来型個室(1人部屋)		認定要件 ※いずれも世帯全員が非課税であることが前提)	
	1日の料金	1ヶ月料金(30日)	1日の料金	1ヶ月料金(30日)	公的年金等収入金額+その他の合計所得金額	預貯金額
標準費用額	377円 (437円)	11,310円 (13,110円)	1,668円 (1,728円)	50,040円 (51,840円)		
第1段階	0円	0円	490円 (550円)	14,700円 (16,500円)	老齢福祉年金・生活保護の受給者	※令和6年8月1日以降 単身1,000万円以下 夫婦2,000万円以下
第2段階	370円 (430円)	11,100円 (12,900円)	490円 (550円)	14,700円 (16,500円)	年間80万円以下	単身650万円以下 夫婦1,650万円以下
第3段階①	370円 (430円)	11,100円 (12,900円)	1,310円 (1,370円)	39,300円 (41,100円)	年間80万円超 120万円以下	単身550万円以下 夫婦1,550万円以下
第3段階②					年間120万円超	単身500万円以下 夫婦1,500万円以下

(5) 食費(食材料費+調理費)

※介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は認定証に記載されている負担限度額となります。

	1日の料金	内訳
標準費用額	1,445円	朝食345円、昼食600円、夕食500円
第1段階	300円	
第2段階	600円	
第3段階①	1,000円	
第3段階②	1,300円	

(6) キャンセル料

事業所はやむを得ない事由がない限りキャンセル料を請求する事が出来ます。料金については下記の通りとします。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	実費相当額

(7) その他のサービス

種 別	内 容	自己負担額
洗濯代	施設にて洗濯を希望される場合	1日100円
電気使用料	居室へ個人の電化製品を持ち込まれた場合	1コンセント 1日50円
理髪サービス	1回ごとに実費徴収します。	実費（業者の定める額）
レクリエーション行事	レクリエーション行事として実施します。	実費をご負担いただくことがあります。

※その他日常生活に必要な物品につきましては、利用者の全額負担となっておりますのでご了承ください。

10. 身体の拘束・虐待の禁止

- (1) 施設は、原則として身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。行動を制限する場合には、社会福祉法人慈恵会 身体拘束廃止マニュアルに基づき、利用者、利用者の家族等に十分な説明を行い同意を得るとともに、その態様及び期間、その際の利用者の心身の状況並びにやむを得ない理由及び経過について記録します。
- (2) 施設は、社会福祉法人慈恵会 虐待防止マニュアルに基づき、従業者への教育を徹底するとともに、いかなる場合においても利用者に対する虐待行為は行いません。

11. 緊急時の対応

- (1) 施設は、利用者の急激な体調の変化又は怪我などにより、緊急に診察・治療が必要となった場合、社会福祉法人慈恵会 リスクマネジメントマニュアルに基づき、施設が契約している協力医療機関において、すみやかに必要な治療等が受けられるよう措置を講じ、利用者の家族等へ連絡をします。なお、この対処方法については、医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1回以上、見直しを行うものとします。

12. 協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人厚生会 中部国際医療センター
院長名	杉 山 温 人
所在地	美濃加茂市健康のまち1丁目1番地
電話番号	(0574) 66-1100
診療科	内科・外科・脳神経外科・整形外科・眼科・小児科・耳鼻咽喉科・産婦人科・皮膚科等
入院設備	ベッド数 502床
救急指定の有無	有

13. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	アスナ口歯科クリニック
理事長名	山 口 廣
所在地	美濃加茂市島町1-4-14
電話番号	(0574) 28-0050
入院設備	なし

医療機関の名称	ふくた歯科クリニック
院長名	福 田 幸 泰
所在地	美濃加茂市本郷町3-1858-1
電話番号	(0574) 24-0606
入院設備	なし

14. 非常災害時の対応

- (1) 施設は、サービスの提供中に天災その他の災害などの事態が生じた場合、施設が定める防災計画及び事業継続計画に基づき、利用者の避難等安全を確保するための必要かつ適切な措置を講じます。
- (2) 施設は、非常災害時の具体的な対応方法、避難経路及び関係機関との連携を随時確認します。
- (3) 施設は、非常災害時の対応に備え、年2回 夜間及び昼間を想定した避難訓練を利用者も参加して実施します。

15. 衛生管理等

- (1) 施設は、サービスに使用する備品・器具等の清潔保持に努め、定期的に消毒を実施するとともに、常に衛生管理及び感染症発生時における事業継続計画に基づく対策を講じます。
- (2) 施設は、従業員の衛生管理及び感染症、その他の必要な知識及び技術の取得に努めます。
- (3) 施設は、利用者、利用者の家族等に施設の清潔、整頓、その他の環境衛生の保持のための協力を求めます。

16. 口腔衛生の管理

- (1) 施設は、口腔衛生の管理体制を整備し、利用者ごとの状況に応じた口腔衛生の管理を行います。

17. 栄養ケア・マネジメントの充実

- (1) 施設は、利用者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう各利用者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。

18. 事故発生時の対応及び損害賠償

- (1) 施設は、利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生した場合は、社会福祉法人慈恵会 リスクマネジメントマニュアルに基づき、利用者、利用者の家族等にすみやかに報告し、必要な措置を講じます。
- (2) 施設は、サービスの提供にあたって故意または過失により、利用者にも与えた損害に対し、責任を負います。その損害賠償内容については、双方協議の上これを定めます。ただし、利用者に故意又は過失が認められ、かつ、利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合には、損害賠償額を減ずることができるものとします。
- (3) 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負いません。
 - (ア) 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴など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
 - (イ) 利用者が、サービスの提供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
 - (ウ) 利用者の急激な体調の変化等、施設が提供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
 - (エ) 利用者が、施設及び従業員の指示・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
 - (オ) 利用者個人が管理する金銭、貴金属等が紛失した場合は、責任を負いません。
- (4) 利用者の故意又は過失により、施設、職員などに生じた損害については、利用者又は身元引受人にその責任を負担して頂きます。その場合の賠償内容については双方協議の上これを定めます。

19. 個人情報の管理

- (1) 施設は、社会福祉法人慈恵会 個人情報管理規程に基づき、利用者、利用者の家族等の個人情報を厳正に取り扱います。
- (2) 利用者、利用者の家族等は、施設管理者の許可なく、施設内外での写真・動画を撮影することについて、個人のプライバシーや肖像権を侵害する恐れがあるため、原則禁止とします。

20. 秘密の保持

- (1) 施設及びその従業者は、正当な理由なく業務上知り得た利用者、利用者の家族等の秘密を洩らしません。
- (2) 施設は、施設の従業者が退職後、在職中知り得た利用者、利用者の家族等の秘密を洩らすことがないよう必要な措置を講じます。
- (3) 施設は、県及び市町村、他の居宅サービスの事業所、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者に対して、利用者、利用者の家族等に関する情報提供の必要がある場合には、必要な情報を提供します。

2.1. 相談・苦情等への対応

- (1) 利用者、利用者の家族等は、施設が提供するサービス等に相談や苦情がある場合いつでも重要事項説明書に記載の苦情受付窓口にお問い合わせ及び苦情を申し立てることができます。その場合、施設は社会福祉法人慈恵会 苦情対応マニュアルに基づきすみやかに事実関係を調査するなど、迅速かつ適切に対応し、サービスの改善及び向上に努めます。
- (2) 施設は、利用者、利用者の家族等から相談及び苦情申し立てがなされたことをもって、利用者、利用者の家族等に対して不利益、差別的な扱いをしません。
- (3) 施設は、提供したサービスに関して、県及び市町村等からの質問・照会・文書の提供などに応じ、苦情に関する調査に協力します。なお、県及び市町村等からの指導又は助言を得た場合は、それに従い必要な改善を行います。

2.2. 苦情等申立窓口

(1) 当施設における相談及び苦情受付

- 相談・苦情受付窓口（担当者） 責任者：看護師長、支援相談員
- 電話 (0574) - 25 - 5588
- FAX (0574) - 28 - 1770
- Eメール jikeikai-srv@io.ocn.ne.jp
- 受付時間 毎週月～金曜日 9:00～17:00
また「お客様の声」を1階ロビーに設置しています。

(2) 法人相談及び苦情受付窓口

当施設ご利用相談室	窓口担当 慈恵会サービスセンター 管理者
	ご利用時間 月～金 午前9時～午後5時
	ご利用方法 電話 (0574) 23-0380 FAX (0574) 27-4833 Eメール service-center@jikeikai-sawayaka.jp

(3) 利用者の権利を守る委員会

権利を守る委員会	ご利用時間 月～金 午前9時～午後5時
	ご利用方法 電話 (0574) 25-0609 FAX (0574) 28-4511 ホームページ http://www.jikeikai/sawayaka.jp Eメール info@jikeikai-sawayaka.jp

当法人の内部委員会として設置されていますが、公平性、中立性の観点から慈恵会から独立した位置づけとして、苦情等相談を受付します。

(4) 行政機関その他相談・苦情受付窓口

- 美濃加茂市役所 高齢福祉課
美濃加茂市太田町3431-1 (0574) 25-2111
- 岐阜県国民健康保険団体連合会
岐阜市下奈良2丁目2番1号 (058) 275-9826
- 岐阜県運営適正化委員会
岐阜市下奈良2丁目2番1号 (058) 278-5136

23. 施設利用に当たっての留意事項

- 面会時間は、午前8時30分～午後7時までをお願いします。
- 外出・外泊は、自由ですが、お出かけの前に各階のステーションにお申し出下さい。
(所定の「外出・外泊届」をご提出ください。)
- 金銭・貴重品については個人管理となりますので、あまり高価な物はお持ちにならないようお願いいたします。
- 外出・外泊時等の施設外での受診については、入所中は家族の方が病院へ行って利用者の薬をもらうことや、受診に行くことは基本的には出来ません。何らか必要な場合は必ず施設にご相談下さい。
- 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。
- 施設内は禁煙となっております。決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
- 他の利用者及び職員の個人情報、肖像権等を犯す行為はご遠慮ください。
- 施設内での他の利用者に対する宗教活動、及び政治活動はご遠慮ください。
- 施設内へのペットの持ち込み、飼育はお断りします。

24. 介護サービス利用にあたってご留意いただきたいハラスメント行為

- ① 職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)
- ② 職員に対する精神的な暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
- ③ 職員に対するセクシャルハラスメント(意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為)

25. 介護サービス契約の終了

(1) 事業者からの契約の解除

事業者は、次に掲げるいずれかの場合には、予告期間をもってサービス契約を解除するものとします。

- ① 利用者が要介護認定において非該当、要支援と認定された場合
- ② 契約書第8条に該当した場合

- ③ 利用者の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合
- ④ 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、生命に危険を及ぼすおそれが極めて大きく、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合
- ⑤ 利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし改善の見込みがない場合
- ⑥ 利用者、利用者の家族等が従業者に対してハラスメントと認められる行為をなし、改善の見込みがない場合
- ⑦ 伝染病疾患などにより、他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがある場合

26. その他

<医療>

施設の医師による日常的な健康管理や療養指導につきましては、介護保険給付サービスに含まれております。心身状態が悪化した場合や、施設医師の医学的判断により受診が必要な場合は退所となります。費用は、利用者様の医療保険適用により自己負担となりますのでご了承ください。

<医薬品>

入所者に対して、施設に入所された場合、効果は同じですが後発医薬品（ジェネリック医薬品）を使う場合がありますのであらかじめご了承ください。

<介護>

利用者ご本人やご家族の希望を取り入れた短期入所（予防）療養介護計画に基づいて実施します。

<緊急時の連絡先>

緊急の場合には、「契約書」等に指定いただいた連絡先に連絡させていただきます。

本重要事項を証するため、利用者及び事業所は本重要事項説明書を2通作成し、それぞれ1通ずつ保有します。なお、重要事項説明書に記載の内容に変更がある場合、利用料金に関する変更のみであれば、今後は利用料金表のみの書類をもって説明し同意を得ることとします。

当施設は、利用者に対するサービスの提供及び施設サービス計画作成に当たり、本書面に基
づいて重要事項を説明しました。

説明者 支援相談員 (_____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◀ 利用者 ▶

私は、重要事項の説明を受け、その内容を理解し、同意します。

利用者住所 _____

氏名 _____

身元引受人
後見人等 氏名 _____

利用者との関係 _____

◀ 事業所 ▶

当施設は、利用者の申込みを受け、本重要事項に定める義務を誠実に履行します。

所在地 〒505-0011
岐阜県美濃加茂市下米田町東栃井81番地3

名 称 介護老人保健施設 さわやかリバーサイドビル

代表者 施設長 高橋典三