

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人ウェルハート厚生会

地域密着型特別養護老人ホーム ウェルハート明和（ユニット型個室）

令和8年9月1日改定

1 事業主体の概要

① 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 ウェルハート厚生会
代表者名	理事長 西村 昭徳
所 在 地	三重県多気郡明和町大字志貴 1334 番地
電話番号	0596-55-8800

② 事業所の概要

施設の種類	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
施設名称	地域密着型特別養護老人ホーム ウェルハート明和（ユニット型個室）
所 在 地	三重県多気郡明和町大字志貴 1335 番地 1
連 絡 先	0596-55-8800
事業所番号	2492700147
施設長	藤森 正也

③ 施設の概要（地域密着型全体）

建 物	敷 地	6, 169. 59 m ²
	構 造	鉄骨造平屋建
	延べ床面積	1, 052. 33 m ²
	利用定員	29 名

④ 施設の概要（居室・施設）

ユニット型

居室・設備の種類	室数	備考
個室 1 階	20	1 ユニット 10 室×2
共同生活室・キッチン	2	
浴 室	3	（個浴 2 ・ 特浴 1）
トイレ	6	その他（共用 1 ・ 職員用男女各 1）
医務室	1	隣接特別養護老人ホームと兼用
厨 房	1	隣接特別養護老人ホームと兼用

⑤ 職員体制

令和 8 年 4 月 1 日現在

職種	常 勤	非常勤	計
施設長（隣接特養と兼務）	1 名	名	1 名
事務長（隣接特養と兼務）	1 名	名	1 名
介護支援専門員（従来型施設と兼務）	1 名	名	1 名
生活相談員（介護支援専門員と兼務）	(1) 名	名	(1) 名
介護職員（併設従来型と兼務）	10 名	2 名	12 名
看護職員（併設従来型と兼務）	2 名	0 名	2 名
医 師	名	1 名	1 名
管理栄養士（隣接特養と兼務）	1 名	名	1 名
機能訓練指導員（隣接特養と兼務）	1 名	1 名	2 名
事務員（隣接特養と兼務）	1 名	2 名	3 名
宿直員（隣接特養と兼務）	名	4 名	4 名
清掃員（隣接特養と兼務）	名	5 名	5 名

⑥ 施設利用に関すること

ご利用の際には、重要事項の説明の後、契約書を締結していただきます。

(1) ご利用の条件

ご利用は、要介護認定の結果、要介護3以上と認定された方が対象となります。入居時に要介護認定を受けている方であっても、入居後に要介護認定者でなくなった場合は、退居していただくことになります。但し、「特例入所」の場合を除きます。

当施設は医療機関ではありません。常時医療行為を必要とされる方はご利用いただけません。

(2) 持ち込みの制限

以下のもの以外は、原則として持ち込みできません。

衣類（当施設では、乾燥機を使用する場合もございますので、変形するものはご遠慮ください。）

歯ブラシ、洗面タオル、バスタオル、楽のみ、毛布、ティッシュペーパー、タオルケット、履物

（注意）季節に応じ、衣類の入れ替えをお願いすることがあります。

その他の物につきましては、担当者にご相談ください。

(3) 居室の決定方法及び変更等

居室の決定は、施設の利用状況等により、ご相談の上決定します。なお、入居者様の心身の状況等の変化により居室を変更する場合があります。

⑦ 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、入居者様及びそのご家族様に限らず全ての方に閲覧していただけます。

2 事業の目的及び運営方針

① 事業の目的

地域密着型介護老人福祉施設である当施設は、入居者様一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者様が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるようにすることを目的としています。

② 運営方針

当施設は、「のんびり・一緒に・楽しみながら」を基本理念としています。

「のんびり」・・・大規模施設にありがちな集団ケアにならないように配慮し、画一的でない、その人なりの生活を尊重する意味を含めています。

「一緒に」・・・介護職員のみならず、ご家族様、ボランティアの方々、地域の方々との協力関係を築いていく意味を含めています。

「楽しみながら」・・・入居者の皆様に楽しんでもらうには、介護職員自身も楽しんでいることが大切であり、日々の仕事に「やりがい」を持って取り組むことが結果として良い介護に繋がると考えます。

これらの理念と以下の方針に基づいた運営を真摯に実践することにより、入居者様にとって安心して快適に暮らすことのできる施設をめざします。

- (1) 施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- (2) 施設は、入居者様の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その職員に対し、研修を実施するなどの措置を講じます。
- (3) 施設は、介護福祉施設サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。

3 施設サービスの内容と費用

① 施設サービスの内容

種 類	内 容
施設サービス計画の作成	1 介護支援専門員が、入所者様の心身の状態や、生活状況の把握（アセスメント）を行い、入所者様及びそのご家族様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、援助の目標、サービス内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画を作成します。 2 作成した施設サービス計画の内容について、入所者様又はそのご家族様に対して、説明し文書により同意を得ます。 3 施設サービス計画を作成した際には、入所者様に交付します。 4 計画作成後においても、施設サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
食 事	入居者様個々の体質に配慮しつつ、健康及び心身の癒しにつながる食事の提供をめざし、玄米・胚芽米・菜食などを取り入れた手作りの食事サービスを提供するとともに、入居者様の状況に応じた適切な食事介助を行います。 朝 食 → 8:00 ～ 9:15 昼 食 → 12:00 ～ 13:15 おやつ → 15:00 ～ 15:30 夕 食 → 17:30 ～ 18:45
入浴及び清拭	週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ※要介護度に応じた機械浴での対応も可能です。
排 泄	入居者様の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
整 容 等	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 毎日起床時及び就寝時に着替え等必要な支援を行います。
機能訓練	身体機能の低下防止のため、機能訓練指導員等により入居者の状況に適した支援を行います。
健康管理	医師による月2回程度の診察を行います。 また、夜間の緊急時においても、看護師がオンコール対応いたします。
行 事	季節感を味わうことができるイベントや趣味の活動などを楽しんでいただけるよう努めます。
相談及び援助	入居者様及びその後見人の方、ご家族様又は身元引受人の方からのご相談に応じます。

② 費用

原則として利用料金表のうち各入居者様の負担割合に応じた金額となります。

※入居者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

※平成30年8月から一定以上の所得がある65歳以上の被保険者は、利用者負担が2割又は3割負担となりました。

保険料の滞納等により、当施設に直接介護保険給付が行われない場合には、料金表の利用料金全額をお支払いいただきます。利用料金のお支払いと引き換えに領収証とサービス提供証明書を発行いた

します。

※サービス提供証明書は、利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

③ 料金表 ※地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護費を算定（1日あたり）

項 目		介護度	単 位	利用料金	一割負担
ユニット型地域密着型 介護老人福祉施設入居 者生活介護費（Ⅰ）	ユニット型 個室	要介護 1	682 単位	6,820 円	682 円
		要介護 2	753 単位	7,530 円	753 円
		要介護 3	828 単位	8,280 円	828 円
		要介護 4	901 単位	9,010 円	901 円
		要介護 5	971 単位	9,710 円	971 円

④ 加算料金表（原則として1日あたり）

項 目		単 位	利用料金	一割負担
初期加算	入所日から 30 日間、又は 30 日を超える入院後再入所した場合 30 日間加算	30 単位	300 円	30 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	常勤の機能訓練指導員を 1 名以上配置	12 単位	120 円	12 円
看護体制加算（Ⅰ）-イ	常勤の看護師を 1 名以上配置	12 単位	120 円	12 円
看護体制加算（Ⅱ）-イ	看護職員を常勤換算法で 2 名以上配置。24 時間連絡できる体制を確保。	23 単位	230 円	23 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上	18 単位	180 円	18 円
療養食加算 ※1	療養食を提供した場合に算定	6 単位	60 円	6 円
看取り介護加算 ※2	死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位	720 円	72 円
	死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位	1440 円	144 円
	死亡日の前日及び前々日	680 単位	6800 円	680 円
	死亡日	1,280 単位	12,800 円	1,280 円
精神科医定期的療養指導加算	精神科医師による月 2 回以上の療養指導の実施	5 単位	50 円	5 円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	見守り機器等のテクノロジーを導入し、業務改善を継続的に実施（1 月あたり）	10 単位	100 円	10 円
協力医療機関連携加算（Ⅱ）	協力医療機関と緊急時の対応体制を整備（1 月あたり）	5 単位	50 円	5 円

※1 ※2 の加算については、実施した場合においてご負担いただきます。

- ※ 初期加算は、当施設に入所した日から 30 日以内の期間について算定します。
- ※ 個別機能訓練加算(Ⅰ)は、多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。個別機能訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定します。
- ※ 看護体制加算は、看護職員の体制について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た施設が、入居者様に対して施設サービスを行った場合に算定します。
- ※ 療養食加算は、疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。
- ※ 看取り介護加算は、看取りに関する指針を定め、医師が一般的な医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した入居者様に対して、多職種共同にて介護に係る計画を作成し、入居者様又はご家族様の同意のもと、入居者様がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。
- ※ 精神科を担当する医師に係る加算は、認知症の入居者様が全入居者の 3 分の 1 以上を占め、精神科を担当する医師により定期的な療養指導が月に 2 回以上行われている場合、算定します。
- ※ 生産性向上推進体制加算は、介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの導入等により、介護サービスの質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組をしている場合に算定します。
- ※ 協力医療機関連携加算は、協力医療機関との間で、入居者様の同意を得て、当該入居者様の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合に算定します。

⑤ 入院又は外泊時の費用

要介護状態区分にかかわらず、所定単位数（料金）に代えて、1 日につき 246 円となります。ただし、1 ヶ月に 7 泊（6 日分）を限度とします。月をまたぐ場合は、最大で連続 13 泊（12 日分）を上限とします。

⑥ 介護職員等処遇改善加算

次に掲げる単位数を毎月算定します。

介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	合計単位（基本単位＋加算単位）の 1000 分の 176 に相当する単位
--------------------	--------------------------------------

⑦ 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外サービスの利用料は全額負担となります。

利用料	1 日あたり				
段 階	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
食 費	300 円	390 円	680 円	1,420 円	1,745 円
居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,470 円	2,066 円
理髪・美容	委託業者による実費				

⑧ その他のサービス

種 類	内 容	利用料
-----	-----	-----

預り金管理費用	預り金管理規程による	1 ヶ月 450 円
特別な食事に要する費用	特別な食事の提供	要した費用の実費
創作活動等の費用	材料代等	要した費用の実費
日常生活上必要となる諸費用	日常生活品の購入代金等ご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用	要した費用の実費
持込家電機器電気料	テレビ 15 円/日 その他機器については、要相談	1 ヶ月 450 円 要した費用相当
契約終了後の居室明け渡しまでの費用	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居室料	全額負担

⑨ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

1 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供月ごとに計算し請求します。 イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月 20 日までにご指定のご住所まで郵送します。
2 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払方法等	原則、(1) の方法によりお支払いをお願いしていますが、それによりがたい場合は、(2) 又は (3) の方法によりお支払い下さい。 (1) 利用者指定口座からの自動振替（利用月の翌月 26 日が振替日です。振替日が土日祝の場合は翌日となります。） (2) 事業者指定口座への振込み（振込手数料はご負担下さい。） (3) 現金支払い(利用月の翌月 26 日までに窓口でお支払い下さい。) 【振込先】 銀行名 三十三銀行 八間通支店 口座番号 普通 2695821 名 義 社会福祉法人ウエルハート厚生会 理事長 西村 昭徳 フク) ウエルハートコウセイカイ

⑩ 入居中の医療の提供

嘱託医師が、健康診断、検診治療を行います。嘱託医師の指示により、通院・入院治療や、緊急時における近隣の病院等での治療を受けていただきます。また、医療費は毎月末締めで計算し、預り金からお支払いさせていただきます。

4 身元引受人兼連帯保証人

当施設では、ご家族様への連絡、退居等の身元の引き取り、(遺留)金品引き渡し等をしていただく身元引受の方を、1名お願いしています。ただし、身元引受人がいないことをもって入居をお断りすることはありません。

身元引受人は、入居者様の事業者に対する債務について、入居者様と連帯して履行の責(連帯保証人と同等の責務)を負うものとします。

入居手続きの際、必要事項の記入もあわせてお願いします。

なお、当施設では、葬儀はできませんのでご了承ください。

5 施設を退居していただく場合

① 契約の終了について

当施設との契約では、契約が終了する期日を特に定めておりません。従いまして、以下の事由がない限り、継続してサービスをご利用いただけますが、仮に以下の事項に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、ご契約者様にご退居いただくことになります。

- ア 入居者様が、医療施設へ入院した場合で、明らかに入院後3ヶ月以内に退院できる見込みがないとき、又は入院後3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかなとき
- イ 入居者様が、要介護認定において非該当・要支援・要介護1又は要介護2となったとき(「特例入所」を除く)
- ウ 契約書第15条に基づき、入居者様が契約を解除したとき
- エ 契約書第16条に基づき、本施設が契約を解除したとき
- オ 入居者様が死亡されたとき

② ご契約者様が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入居中に、病院又は診療所に入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

(1) 検査入院等、短期入院の場合

1ヶ月につき6日以内(連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊)の短期入院は、退院後再び施設に入居することができます。ただし、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。(1日あたりの居室代)

(2) 上記の期間を超える入院の場合

上記短期間入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。

【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、所定の居室代をご負担いただきます。

(3) 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれないという医師の判断があった場合には、その時点で契約を解除します。この場合は、当施設に優先的に再入居することはできません。

(4) 3ヶ月を超える入院が続く場合

3ヶ月以上入院が継続する場合は、その時点で契約を解除します。この場合は、当施設に優先的に再入居することはできません。

※尚、入院中のご契約者に関する洗濯、オムツや日常生活用品の補充等の入院中のお世話全般は、ご家族様等をお願いします。

③ 円滑な退居のための援助

ご契約者様が当施設を退居する場合には、希望により、事業者はご契約者様の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために以下の援助を行います。

- ・適切な病院若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

※ご契約者様が退居後、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をご負担いただきます。

6 衛生管理等について

- (1) 入居者様の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ア 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
 - イ 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
 - ウ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的 to 実施します。
 - エ アからウまでのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

7 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入居者様に対する介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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 to 実施します。
- (3) 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。

8 緊急時等における対応方法

施設において、サービス提供を行っている際に入居者様の病状の急変が生じた場合は、速やかに嘱託医師及び協力医療機関と連携をとって必要な措置を講じます。ただし、下記の医療機関で優先的に治療等が受けられるものではありません。また、当該医療機関での治療等を義務付けるものでもありません。

嘱託医	嘱託医氏名	梅田 裕之
	病 院 名	梅田クリニック
	電 話 番 号	0596-53-0700
診療所	管理医氏名	西村 愉紀子
	電 話 番 号	0596-55-8800

協力医療機関等

医 療 機 関	病 院 名	梅田クリニック
	所 在 地	三重県多気郡明和町斎宮 3726-2
	電話番号	0596-53-0700
	病 院 名	松阪中央総合病院
	所 在 地	三重県松阪市川井町字小望 102
	電話番号	0598-21-5252
	病院名	済生会松阪総合病院
	所 在 地	三重県松阪市朝日町一区 15-6
	電話番号	0598-51-2626
	病院名	済生会松阪市民病院
	所 在 地	三重県松阪市殿町 1550
	電話番号	0598-23-1515
	病院名	済生会明和病院
	所在地	三重県多気郡明和町大字上野 435
	電話番号	0596-52-0131
歯 科 機 関	病院名	はしもと歯科クリニック
	所在地	三重県多気郡明和町佐田 2548 番地 12
	電話番号	0596-52-1101

9 事故発生時の対応

- (1) サービス利用中、入居者様に関わる事故が発生した場合は、保険者、ご家族様（後見人）、主治医、関係機関等に連絡するとともに必要な措置を講じます。
- (2) 施設は、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (3) 安全対策担当者が委員長を務める事故対策委員会において、介護事故の原因究明、再発防止に向けた改善策を検討し、従業者に対する研修を定期的に行います。
- (4) 事故が発生した場合の対応について、報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- (5) 施設は、入居者様に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

安全対策担当者	皆川 健太（事故対策委員長）
---------	----------------

10 非常災害対策

- (1) 当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者、防災訓練担当者）を置き、非常災害対策に関す

る取り組みを行います。

(2) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

(3) 定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む。）を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 5月・11月）

(4) (3) の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

防火管理者	皆川 健太
防災訓練担当者	南 圭祐

11 秘密の保持と個人情報の保護について

① 入居者様及びそのご家族様に関する秘密の保持について

(1) 当施設は、入居者様又はそのご家族様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

(2) 当施設及び従業員は、サービス提供をする上で知り得た入居者様又はそのご家族様の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

(3) また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

(4) 当施設は、従業員に、業務上知り得た入居者様又はそのご家族様の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。

② 個人情報の保護について

(1) 当施設は、入居者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、入居者様の個人情報を用いませぬ。また、入居者様のご家族様の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で個人情報を用いませぬ。

(2) 当施設は、入居者様又はそのご家族様に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

(3) 当施設が管理する情報については、入居者様の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は入居者様の負担となります。）

12 虐待の防止について

当施設は、入居者様等の人權の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者	藤森 正也（施設長）
-------------	------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 従業員が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業員が入居者様等の権

利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (5) 虐待防止のための指針を整備します。
- (6) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (7) サービス提供中に、当施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居者様を発見した場合は、速やかに、これを市町（保険者）に通報します。

13 身体的拘束等について

当施設は、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行っており、サービスの提供に当たって、入居者様本人または他の入居者様等の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合（以下の3つの要件を満たす場合）を除き、身体拘束その他入居者様の行動を制限する行為を行いません。また、やむなく身体拘束等を行った場合には、その態様及び時間、その際の入居者様の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合
- (3) 一時性……本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合

14 介護サービスの質の確保等

当施設は、業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、入居者様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を定期的に開催します。

15 サービス提供の記録

- (1) 地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービスの提供が完結した日から2年間保存します。
- (2) 入居者様は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写物の請求を行う場合は、有料です。）
- (3) 入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

16 サービス内容に関する苦情等相談窓口

【当施設】 苦情等受付窓口	窓口担当者	介護支援専門員 大島 いづみ
	解決責任者	施設長 藤森 正也
	電話番号	0596-55-8800
	FAX番号	0596-55-8801
	ご利用時間	9:15 ～ 17:30

第三者委員	法人監事	濱口 幸
	地域代表	西井 正 (0596-55-3254)
【 外 部 】 苦情等受付窓口	市区町村	明和町役場 福祉総合支援課 介護保険係
	T E L	0596-63-5461
	ご利用時間	8:30 ～ 17:15 (窓口対応 9:00 ～ 16:30)
	都道府県	三重県国民健康保険団体連合会
	T E L	059-213-6500
	ご利用時間	9:00 ～ 17:00
	都道府県	三重県福祉サービス運営適正化委員会 苦情相談室 (三重県社会福祉協議会内)
	T E L	059-224-8111
	ご利用時間	9:00 ～ 17:00

17 第三者評価の実施状況について

実施の有・無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
第三者評価機関名	
評価結果の表示	

18 施設利用にあたっての留意点

面会・来訪	面会時間 (午前の部) 9:00 ～ 11:00 (午後の部) 13:00 ～ 15:00 ※感染症対策等により変更される場合があります。 面会時間を遵守し、玄関に備え付けの用紙に氏名等記入してください。 また、面会時持参した物品、食品、薬等は、必ずその都度職員に届出て下さい。
給食 (欠食)	給食のキャンセルは 3 日前までに事務所にお知らせください。それ以降のキャンセルの場合は料金が発生しますことをご了承ください。
持込みおやつ・飲み物	摂取カロリー計算をしながらおやつを毎日提供させていただいておりますことから、お菓子やお飲み物の持込みは通常禁止させていただいております。しかしながら、どうしても〇〇を食べたい (飲みたい) 物がおありの場合は職員に一言声をかけていただきますようお願いいたします。
外出・外泊	外出 (短時間のものは除く)・外泊しようとする時は、5 日前までに訪問先・外泊先、用件、帰宅日時等を職員に申し出て下さい。また、訪問先について、ご家族様に連絡をし、了解を得た場合に外出ができることとします。
居室変更	入居後、入居者様の状態の変化により、お部屋・フロアを変更させていただく場合がございます。
ペット飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育は厳禁です。

衣類	持込みの衣類には名前をしっかりと書きください。また、洗濯については洗濯器・乾燥機を使用することから、色落ち・縮み等が発生した場合には補償は致し兼ねますことをご了承ください。																																				
居室・設備の利用	居室に釘や画びょう等でキズをつけることはお控えください。張り紙等されたい場合は市販の『ワッポン』や『壁紙を汚さない専用のテープ』でお願い致します。尚、大きなキズや汚れに関しましては、場合により修理代をお支払い願うこともございます。																																				
写真・ビデオ	施設内で催し物を行う際には写真やビデオを撮らせていただくことがあります。皆様が和まれている表情をSNS等に掲載させていただく場合がございます。(諸事情によりご都合の悪い方は入居時にお知らせください。)																																				
迷惑行為	施設の秩序を乱す行為や騒音又はけんか、口論、暴力行為等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。サービス提供の中止等の措置を行う場合があります。																																				
宗教・政治活動	施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮下さい。																																				
火気の扱い	施設および敷地内の火気の扱いは禁止させていただいております。面会者様の喫煙に於きましても、館内・敷地内では禁煙とさせていただきます。																																				
家具・備品	居室に持ち込まれる家具・備品に関しては、地震等の緊急時や日常で入居者様に危険が及ぶ可能性のある物の持込みをお断りさせていただく場合があります。																																				
預り金	当施設預り金管理規程に基づき当施設で預りすることができます。(有料) その場合には、別途預り金管理に関する契約を締結していただきます。 預り金の不足について ・預り金の不足が予想される場合、施設での立替支払いができないことから手紙にて連絡させていただきます。 預り金サービスを利用されない方について ・救急搬送、あるいは施設嘱託医以外の病院受診の場合、お支払いは直接ご家族様からになります。連絡を受け次第、必ず病院に出向いていただき治療費をお支払いください。(施設での立替はできません) ・主治医(嘱託医)へのお支払い(毎月)は、入居者様全員分を回収できてからまとめてお支払いしますので、お支払いの連絡を受け次第、早急に代金をお持ちください。 ・施設での散髪やマッサージ等はその場支払になりますので、当日までに必ず代金をお持ちください。																																				
電化製品	居室への持込み電化製品については、持込み料金が発生する物やお断りさせていただいている製品があります。持込みの前には職員にご相談ください。 <table><tr><td>＜参考例＞</td><td>電化製品</td><td>持込み</td><td>料金</td></tr><tr><td></td><td>オイルヒーター</td><td>×</td><td></td></tr><tr><td></td><td>冷蔵庫</td><td>×</td><td></td></tr><tr><td></td><td>電気毛布</td><td>*</td><td></td></tr><tr><td></td><td colspan="3">(*必要に応じて要相談)</td></tr><tr><td></td><td>扇風機(羽根タイプのもの)</td><td>×</td><td></td></tr><tr><td></td><td>CDラジカセ</td><td>○</td><td>0円</td></tr><tr><td></td><td>加湿器・空気清浄器</td><td>○</td><td>0円</td></tr><tr><td></td><td>テレビ</td><td>○</td><td>15円/日</td></tr></table>	＜参考例＞	電化製品	持込み	料金		オイルヒーター	×			冷蔵庫	×			電気毛布	*			(*必要に応じて要相談)				扇風機(羽根タイプのもの)	×			CDラジカセ	○	0円		加湿器・空気清浄器	○	0円		テレビ	○	15円/日
＜参考例＞	電化製品	持込み	料金																																		
	オイルヒーター	×																																			
	冷蔵庫	×																																			
	電気毛布	*																																			
	(*必要に応じて要相談)																																				
	扇風機(羽根タイプのもの)	×																																			
	CDラジカセ	○	0円																																		
	加湿器・空気清浄器	○	0円																																		
	テレビ	○	15円/日																																		

以上、私は地域密着型介護老人福祉施設サービス提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を受けその内容に同意するとともに本書面を受領しました。

年 月 日

事業所 所在地 三重県多気郡明和町大字志貴 1335 番地 1
名称 社会福祉法人 ウェルハート厚生会
地域密着型特別養護老人ホームウェルハート明和
施設長 藤 森 正 也 ㊞

説明者 職 名 介護支援専門員兼生活相談員
氏 名 大島 いづみ

入居者様 住 所
氏 名

入居者様の身元引受人兼連帯保証人

住 所
氏 名
電話番号 ()

署名代行者又は代理人

住 所
氏 名
電話番号 ()

私は、下記の理由により入居者に代わって署名の代行を行いました。

入居者との関係 ()
代 行 理 由 ()

以下余白

