

「介護老人福祉施設」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

事業所番号第 0472100288 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致します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明致します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 施設の概要	1
3. 第三者評価の実施状況	2
4. 居室等の概要	2
5. 職員の配置状況	2
6. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
7. 施設を退所して頂く場合	6
8. 身元引受人	8
9. 苦情の受付について	8
10. 事故発生時の対応について	11
11. 損害賠償について	11

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 みやぎ会 |
| (2) 法人所在地 | 〒039-1161 青森県八戸市大字河原木字八太郎山 10 番地 81 |
| (3) 電話番号 | 0178-51-2010 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 田中 信幸 |
| (5) 設立年月 | 平 11 年 4 月 6 日 |

2. 施設の概要

- | | |
|------------|---|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設 令和 6 年 4 月 1 日指定 |
| (2) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 楽園が丘 |
| (3) 施設の所在地 | 〒989-0701 宮城県刈田郡蔵王町宮字下別当 72 番地 |
| (4) 電話番号 | 0224-32-2071 |
| (5) F A X | 0224-32-2072 |
| (6) 施設長 | 佐藤 朋美 |
| (7) 利用定員 | 50 人 |
| (8) 開設年月 | 令和 6 年 4 月 1 日 |
| (9) 施設の目的 | 福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、または社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的とする。 |

(10) 運営方針 地域社会との関わりの中で、人間連帯の輪を広げ、充実した活力のある生活が得られるよう支援援助を行う。また、介護保険制度の中で利用者が混乱することのないよう、万全な体制で臨むことを方針とする。

3. 第三者評価の実施状況 なし
 実施日
 評価機関名称
 結果の開示

4. 居室等の概要

	種 類	室 数	備 考
居 室	個室(1人部屋)	10室	多床室扱い
	2人部屋	3室	多床室
	4人部屋	11室	多床室
	合 計	24室	短期入所10名分含む
設 備	食 堂	1室	
	機能訓練室	1室	主な設置機器：歩行訓練器
	浴 室	2室	機械浴 特殊浴槽 一般浴槽
	医 務 室	1室	

- ・上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設、設備です。
- ・居室は、原則として4人部屋を使用して頂きます。また、ご契約者の心身の状況により、居室を変更する場合がございます。

5. 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。）

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、以下の職種の職員を配置しています。＊常勤の者が勤務すべき時間（週40時間）

職 種	常勤換算	指定基準	勤務時間
施設長	0.6名	1名	8:00～17:00 8:30～17:30
介護職員	15名以上	18名	7:00～16:00 8:00～17:00 8:30～17:30 9:00～18:00 9:30～18:30 10:30～19:30 ①16:00～9:00 ②16:30～9:30
生活相談員	0.4名	1名	8:30～17:30
看護師及び 看護職員	2名以上	2名	8:00～17:00 8:30～17:30 9:30～18:30 9:00～16:00
機能訓練指導員	1.0名	1名	8:30～17:30
介護支援専門員	1.0名	1名	8:30～17:30
医師	0.1名	必要数	木曜日 14:00～16:00
管理栄養士	1.0名	1名	8:00～17:00 8:30～17:30

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスについては、次の2つがあります。

- (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

(1) 介護保険の給付対象となるサービス (契約書第4条)

①入浴

入浴または、清拭を週2回以上行います。

②排泄

心身の状況に応じて、適切な方法により排泄の自立について必要な援助を行います。

③機能訓練

機能訓練指導員、看護職員、介護員により、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。

④健康管理

医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤その他自立への支援

ご契約者の状況にあわせて、できるかぎり離床に配慮します。

生活のリズムを考え、朝夕の着替えを行なうよう配慮します。

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条)

利用者全員が対象となるもの

①食費 1,445 円/日 (料金表参照)

管理栄養士を配置し、ご契約者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び、内容の食事を提供します。

ご契約者の自立支援の為、離床して食堂にて食事をとって頂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 17:45

②居住費 915 円/日 (料金表参照)

希望者のみが対象となるもの

③【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頂けます。詳細は以下の通りです。

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
お預かりするもの	上記預貯金通帳及び印鑑、年金証書、有価証券、その他
総括責任者	施設長
出 納 方 法	入出金が必要な場合、出納職員が行います 入出金後、預り金管理責任者、総括責任者は帳票等の確認を行います 個人別預り金元帳を作成し、月に1回以上ご契約者又は家族に交付します
利 用 料 金	1ヶ月、2,000円

④特別な食事

特別な食事については、別途 400 円を頂きます。

⑤理髪サービス

月に 2 回（月曜日）、必要に応じて、理容師の出張による理髪サービスをご利用頂けます。

利用料金 カット・・・1,500 円 顔剃・・・300 円

⑥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頂くことができます。（材料費等の実費を頂きます）

⑦日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品の購入代金等、ご契約者にご負担頂きます。

⑧医療費

⑨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、複写物を必要とする場合には、実費をご負担頂きます。（1 枚につき、10 円）

（3）サービス利用料金とお支払方法

①サービス利用料金（料金表参照）

単位（円）

介護度	利用者負担段階	介護保険対象（1割負担）								保険対象外		利用者負担
		施設サービス費	看護体制加算Ⅰ	栄養・褥瘡対策加算	個別機能訓練加算Ⅰ	個別機能訓練加算Ⅱ	サービス提供体制加算Ⅰ	科学的介護推進体制加算Ⅰ	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	食費	居住費	
		日	日	日	日	月	日	月	月	日	日	
要介護 1	第 1 段階									300	0	30,130
	第 2 段階									390	430	45,730
	第 3 段階①	589	6	11	12	20		40	介護保険対象額に 1	650	430	53,530
	第 3 段階②									1,360	430	74,830
	第 4 段階									1,445	915	91,930
要介護 2	第 1 段階									300	0	32,515
	第 2 段階									390	430	48,115
	第 3 段階①	659	6	11	12	20		40	介護保険対象額に 3	650	430	55,915
	第 3 段階②									1,360	430	77,215
	第 4 段階									1,445	915	94,315
要介護 3	第 1 段階									300	0	35,003
	第 2 段階									390	430	50,603
	第 3 段階①	732	6	11	12	20		40	介護保険対象額に 6	650	430	58,403
	第 3 段階②									1,360	430	79,703
	第 4 段階									1,445	915	96,803
要介護 4	第 1 段階									300	0	37,389
	第 2 段階									390	430	52,989
	第 3 段階①	802	6	11	12	20		40	介護保険対象額に 0 を乗じた額	650	430	60,789
	第 3 段階②									1,360	430	82,089
	第 4 段階									1,445	915	99,189
要介護 5	第 1 段階									300	0	39,740
	第 2 段階									390	430	55,340
	第 3 段階①	871	6	11	12	20		40	介護保険対象額に 0 を乗じた額	650	430	63,140
	第 3 段階②									1,360	430	84,440
	第 4 段階									1,445	915	101,540

加算算定要件				
看護体制加算	常勤の看護師を1名配置			
夜勤職員配置加算	夜勤を行う職員が基準を1以上、上回っている			
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士による栄養管理を行う			
個別機能訓練加算Ⅰ	理学療法士を配置し、計画的に機能訓練を行う			
個別機能訓練加算Ⅱ	計画内容等を厚労省に提出し、フィードバックの活用を行う			
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	褥瘡の発生予防や状態改善を行う			
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	褥瘡が発生した場合は、 3/月（1割）　6/月（2割）　9/月（3割）			
排せつ支援加算Ⅰ	排泄状態の評価を行う			
排せつ支援加算Ⅱ	排尿や排便の状態が改善した場合等 15/月（1割）　30/月（2割）　45/月（3割）			
排せつ支援加算Ⅲ	排尿や排便の状態が改善した場合等 20/月（1割）　40/月（2割）　60/月（3割）			
科学的介護推進体制加算	PDCA サイクルにより、質の高いサービスを実施する体制の整備を行う			
サービス提供体制加算Ⅰ	介護員の数、勤続10年以上かつ介護福祉士の割合が35%以上配置			
処遇改善加算Ⅰ	介護職員の賃金改善に充てる			
特定処遇改善加算Ⅰ	介護職員等の賃金改善に充てる			
ベースアップ等支援加算	介護職員等の賃金改善に充てる			
その他の加算（該当する方に適用）		1割	2割	3割
初期加算	入所日から30日間。入院後の再入所も30日間。	30/日	60/日	90/日
外泊時費用	入院または外泊をした場合。 月6日を限度とし、最大12日間。	246/日	492/日	738/日
療養食加算	医師の指示（食事箋）に基づく療養食が提供される方	6/回	12/回	18/回
再入所時栄養連携加算	退院後、再入所した際、病院の管理栄養士と連携を行う	200/回	400/回	600/回
看取り介護加算	(1) 死亡日以前の31日以上45日以下	72/日	144/日	216/日
	(2) 死亡日以前の4日以上30日以下	144/日	288/日	432/日
	(3) 死亡日以前の2日又は3日	680/日	1360/日	2040/日
	(4) 死亡日	1,280/日	2560/日	3840/日

但し、上記金額は介護保険制度の見直しによる変更や、加算の追加または削減をする場合があります。

②居住費・食費の負担軽減（料金表参照）

- ・世帯全員が市町村民税非課税の方や、生活保護を受けておられる方は、市町村へ申請をする事により、居住費、食費の負担が軽減される場合があります。

対象者		区分	居住費	食費
生活保護受給のかた		段階 1 段階 2 段階 3 ① 段階 3 ②	0 円 430 円 430 円 430 円	300 円 390 円 650 円 1, 360 円
世帯全員が	市町村民税非課税の老年福祉年金受給の方			
	市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下の方			
	非課税かつ本人年金収入等が80万円超120万円以下			
	非課税かつ本人年金収入等が120万円超			
世帯に課税の方がいるか、本人が市町村民税課税		段階 4	915 円	1, 445 円

- ・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頂きます。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) また、居宅サービス計画が作成されていない場合も、償還払いとなります。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。

③利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条）

1 ヶ月ごとに計算し、翌月 20 日頃に請求書を送付します。

支払い方法は、次の通りとなります。

1) 現金（施設窓口でのお支払い）

2) 通帳預かり

口座引落（翌月 27 日、27 日が土日祝日の場合は、翌営業日）。

（1 ヶ月に満たない期間のサービスに対する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

（4）入所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。緊急時は、ご家族への連絡前に救急車もしくは、施設の公用車にて病院に搬送する場合があります。

（但し、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、入院治療を義務づけるものでもありません。）

（5）協力医療機関

名称 医療法人浄人会 大泉記念病院
所在地 白石市福岡深谷字一本松 5-1

名称 村上歯科医院
所在地 蔵王町大字田字西浦上 2-2

7. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）（契約書第 14 条）

当施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めてはおりません。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出来ますが、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所して頂くことになります。

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立、要支援又は要介護度1，2と判定された場合
- ③事業者が解散命令を受けた場合、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
- ④施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ⑤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
- ⑥ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご覧ください）
- ⑦事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご覧ください）

(1)ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第15条・16条）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設への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7日前までにお申し出下さい。但し、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・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ご契約者が入院された場合
- ③事業者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老人福祉施設サービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者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がたい重大な事情が認められる場合
- ⑥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とらない場合

(2)事業者からの申し出により退所して頂く場合（契約解除）（契約書第17条）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの申し出により退所をして頂く場合があります。

- 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がた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、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

(3) ご契約者が病院等に入院された場合の対応について (契約書第 19 条)

①3 ヶ月以内に退院が見込まれる場合には、退院後、再び施設に入所することができます。

②3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合

主治医等に確認の上、3 ヶ月以内に退院が見込まれない場合は、契約を解除する場合があります。

③入院期間中の利用料金について

1 回の入院につき、外泊時費用(介護保険適用内)を負担して頂きます。

(ひと月 6 日間、月をまたぐ場合最大 12 日間)

入院時にお部屋を確保している場合、居住費を負担して頂きます。

(居住費は、負担限度額認定証に準ずる。)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を頂き利用した場合には、所定の利用料金はご負担頂く必要はありません。)

(4) 円滑な退所のための援助 (契約書第 18 条)

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、施設はご契約者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、円滑な退所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、または介護老人保健施設などの紹介
- ・居宅介護支援事業者の紹介
- ・その他保健医療サービス、または福祉サービス提供者の紹介

8. 身元引受人 (契約書第 20 条)

契約締結にあたり、身元引受人を定めて頂き、下記の事項を行って頂きます。

①ご契約者が疾病等により医療機関に入院する場合の、入院申込、費用負担等。

②ご契約者が死亡した場合の遺体及遺留金品、残置物の引取り。

③契約終了後、2 週間以内に残置物を引き取って頂きます。引渡しにかかる費用についてはご契約者又は身元引受人に負担して頂きます。

④施設は、残置物を処分できるものとし、費用についてはご契約者又は身元引受人の負担又は預り金等がある場合はその金銭と相殺できるものとします。

9. 苦情の受付について (契約書第 23 条)

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。(常時受付)

担 当 分 野	職 種 ・ 職 業	氏 名	選任時期	専任・兼務
苦情受付担当者	楽園が丘・相談員	佐藤 朋美	令和 6 年 4 月	専任
苦情解決責任者	施 設 長	佐藤 朋美	令和 6 年 4 月	専任
第 三 者 委 員	元グループホーム介護員	門脇 勝子 0224-24-4287	令和 6 年 4 月	専任
第 三 者 委 員	宮司区長	齋藤 貢 0224-32-3211	令和 6 年 4 月	専任

(2) 行政機関その他における苦情受付機関

蔵王町役場 保健福祉課介護保険係	所在地：刈田郡蔵王町大字円田字西浦北 10 番地 TEL：0224-33-2003 FAX：0224-33-2988
国民健康保険団体連合会	所在地：仙台市青葉区上杉一丁目 2-3 TEL：022-222-7070 FAX：022-222-7031
宮城県社会福祉協議会	所在地：仙台市青葉区本町三丁目 7-4 TEL：022-225-8476 FAX：022-265-4469

【重要事項説明書付属文書】

(1) 施設の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート造平屋建
建物の延べ床面積	2,358㎡
併設事業	短期入所生活介護・認知症対応型生活介護
施設の周辺環境	青麻山のふもとに位置し、日当たりも良く、四季折々の花や木に囲まれて、自然に恵まれた環境にあります。

(2) 職員の業務内容

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。
生活相談員	ご契約者の日常生活上の相談及び援助をおこないます。
看護職員	ご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。
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。
機能訓練指導員	ご契約者の個別機能訓練を行います。
管理栄養士	ご契約者の身体の状態、嗜好を考慮した食事を提供します。
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。

(3) 契約締結からサービス提供の流れ

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通り行います。(契約書第2条参照)

施設の介護支援専門員(ケアマネージャー)が、施設サービス計画の原案作成や、そのために必要な調査などの業務を担当します。



介護支援専門員は、施設サービスの計画の原案について、ご契約者及びその家族に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



施設サービス計画は、必要に応じて又は退院後の体調の変化や、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を確認し、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。



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、同意を得たうえで決定します。



(4) 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）

当施設では、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・確保に配慮するものとします。
- 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し、ご契約者からの聴取・確認の上でサービスを実施するものとします。
- ③ご契約者の人権の擁護・虐待等の防止の為の措置を講じるものとします。
- ④ご契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体的拘束等を実施する場合は、利用者やその家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。
- ⑤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、要介護認定の更新の申請の援助を行うものとします。
- ⑥ご契約者に対する介護老人福祉施設サービスの提供について記録を作成し、それを5年間保管し、ご契約者もしくはその代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付するものとします。
- ⑦事業者及びサービス従事者は、サービスを提供する上で知り得た契約者又はその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又はサービス担当者会議等において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することがあります。
- ⑧ご契約者及びその家族の個人情報については、施設の介護サービスの提供以外の目的では原則利用しないものとし、外部への情報提供についてはご契約者及びその家族の同意を得るものとします。

(5) サービスの利用に関する留意事項

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

①持込について

（別紙参照）

②面会（定期的な面会をお願いします）

面会時間 9：00～17：00

来訪者は面会票に記入し、食べ物の持込については職員にお声がけください。

③外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前に届の提出をお願いします。但し外泊については、最長で月7日間と致します。食事が不要な場合は、前日の16時までにお申し出ください。

注）施設による送迎を希望する場合は、以下の範囲以内とさせていただきます。

- 1) 短期サービスの送迎範囲内の自宅及び公的施設となります。
- 2) 娯楽等を目的とする場合は送迎サービスの対象外となります。

3) 送迎サービスの申し出は、身元引受人のみとさせていただきます。

④施設・設備の使用上の注意（契約書第10条）

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用して下さい。
- ・故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合、ご契約者のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・当施設の職員や、他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行う事はできません。

⑤施設内は、原則禁煙、禁酒となります。（機会飲酒あり）

10. 事故発生時の対応について

(昼 間)	(夜 間)
【事故発生】 ・遭遇したスタッフは近くにいるスタッフに連絡。 ・連絡を受けたスタッフは看護師に連絡。	【事故発生】 ・遭遇した夜勤者は、他の夜勤者及び夜警員に連絡。 ・連絡を受けた夜勤者は、状況に応じて看護師 【看護師は状況に応じて指示を出す】又は、協力医療機関へ連絡。救急車を要請すると共に応急処置を行う。 ・家族へ連絡。
・看護師、施設長の判断により、主治医又は協力医療機関へ連絡。 ・救急車の要請又は受診の手配。 ・同時に看護師は、応急処置を行う。 ・相談員、介護支援専門員は、状況に応じて家族へ連絡。 ・施設長は、必要に応じ、現場で指揮する。	・施設長へ連絡。施設長は、必要に応じて指示を出す。（必要があれば、他の職員にも連絡） ・現場近くで、事故者以外に変化がなかったか確認する。 ・その後、全利用者の安全確認。
・現場近くで、事故者以外に変化がなかったか確認する。 ・その後、全利用者の安全確認。	・事故に遭遇した夜勤者は、速やかに事故報告書の記録整理をする。（状況を詳しく正確に記録する。） ・施設長は、理事長（常務理事）へ報告する。（状況に応じ翌朝） ・翌朝、市町村（保険者）へ報告する。
・事故に遭遇したスタッフは、速やかに事故報告書の記録整理をするとともに、介護日誌、看護日誌、相談員日誌、ケースファイルの記録者に状況を正確に伝える。 ・施設長は、理事長（常務理事）へ報告する。 ・市町村（保険者）へ報告する。	・事故防止検討委員会を速やかに開催し、原因を究明、対応策を検討する。 ・対応策を職員全員に周知徹底し、ケアを実施する。 ・事故報告書を市町村（保険者）へ
・事故防止検討委員会を速やかに開催し、原因を究明、対応策を検討する。 ・対応策を職員全員に周知徹底し、ケアを実施する。 ・事故報告書を市町村（保険者）へ報告する。	

11. 損害賠償について（契約書第 11 条・第 12 条）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償致します。守秘義務に違反した場合にも同様とします。但し、その損害の発生について、ご契約者に故意または過失が認められる場合には、ご契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

以 上

令和 年 月 日

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

特別養護老人ホーム 楽園が丘

説明者職名 _____

氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所 _____

氏 名 印

代筆者住所 _____

氏 名 印

