

短期入所生活介護 特養グランスマイル重要事項説明書

社会福祉法人 まどか

当施設は、介護保険の指定を受けています。
短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護

当施設は、ご利用者に対して指定短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護を含みます。以下同様とします。)サービスを提供します。施設の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

※ご利用者は、原則として要介護認定の結果「要支援」又は「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも利用は可能です。

1. 施設経営法人

| | |
|--------|---|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 まどか |
| 所在地 | 長野県下伊那郡高森町牛牧1968番地15 |
| 代表者氏名 | 理事長 瀬口 達也 |
| 設立年月日 | 平成25年2月26日 |
| 電話番号 | 0265-48-6668 |
| FAX番号 | 0265-48-6669 |
| ホームページ | https://grandsmile.madokakai.jp/ |

2. 施設の概要

| | |
|-------|----------------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム グランスマイル |
| 所在地 | 長野県下伊那郡高森町牛牧1968番地15 |
| 施設長氏名 | 瀬口 夕子 |
| 開所年月日 | 平成27年4月1日 |
| 電話番号 | 0265-48-6668 |
| FAX番号 | 0265-48-6669 |

3. 事業の種類

| 事業の種類 | 指定官庁 | 指定年月日 | 事業所番号 | 利用定員(人) |
|--|------|-----------|------------|---------|
| 指定地域密着型介護老人福祉施設 | 高森町 | 平成27年4月1日 | 2092500087 | 29 |
| 指定短期入所生活介護事業所(併設型) 指定介護予防短期入所生活介護事業所(併設型) | 長野県 | 平成27年4月1日 | 2072501592 | 11 |
| 指定短期入所生活介護事業所(空床利用型) 指定介護予防短期入所生活介護事業所(空床利用型) | 長野県 | 平成27年4月1日 | 2072501592 | 10 |

4. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 当事業所は介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り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、短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)サービスを提供します。 |
|-------|--|

| | |
|---------|---|
| 施設運営の方針 | <p>① 利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活ができるようになることを目指し、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練により、要介護者にあつては、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、要支援者にあつては、心身機能の維持回復を図り、もって生活機能の維持または向上を目指します。</p> <p>② 短期入所サービスの提供に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p> <p>③ 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスを提供します。</p> <p>④ 各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、明るく家庭的な日常生活を営むことができるよう努めます。</p> <p>⑤ 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。</p> |
|---------|---|

5. 居室等の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。

※居室・設備については、施設基準を遵守しています。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|-------------|-----|----------------------------------|
| 居室（個室1人部屋） | 11室 | ユニット型個室(空床利用型10室も同様です。) |
| 共同生活室兼機能訓練室 | 1室 | ユニット内(一部居室は特別養護老人ホームと同じユニットに配置) |
| 浴室 | 3室 | 特殊浴1室、個浴2室(併設する特別養護老人ホームと併用します。) |
| 医務室 | 1室 | 併設する特別養護老人ホームと併用します。 |

6. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して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。(併設する特別養護老人ホームの職務を兼務します。)

(1)主な職員の配置状況 ※職員配置については指定基準を遵守しています。

| 職種 | 員数 | 内 訳 | | | | 常勤 換算 後の 員数 | 指定 基準 の員 数 | 保有資格等 |
|---------|----|-----|----|-----|----|----------------------|---------------------|------------|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 施設長 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 社会福祉士 |
| 介護職員 | 18 | 17 | 1 | | | 18 | 14 | 介護福祉士、研修修了 |
| 看護職員 | 3 | 2 | | 1 | | 2.7 | 1 | 看護師、准看護師 |
| 生活相談員 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 社会福祉士 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 理学療法士 |
| 介護支援専門員 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 介護支援専門員 |
| 医師 | 1 | | | 1 | | 0.05 | | 非常勤嘱託医師 |
| 管理栄養士 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 管理栄養士 |
| 事務員 | 2 | 1 | | 1 | | 1.6 | | |
| その他の職員 | | | | | | | | |

(2)主な職種の勤務体制

| 職 種 | 勤務体制(標準) |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 施設長、事務員、生活相談員、管理栄養士、機能訓練指導員 | 日 勤 8 : 30 ~ 17 : 15 |
| 介 護 職 員 | 早 出 7 : 00 ~ 15 : 45 |
| | 日 勤 8 : 30 ~ 17 : 15 |
| | 遅 出 11 : 15 ~ 20 : 00 |
| 看 護 職 員 | 夜 勤 16 : 30 ~ 9 : 15(翌日) |
| | 日 勤 8 : 30 ~ 17 : 15 (24時間連絡体制あり) |
| 医 師 | 非常勤 |

7. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 基準介護サービス

《サービスの内容》

| 種 類 | 内 容 |
|------------|---|
| 食 事 | 管理栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況及び嗜好に配慮した食事を提供します。 食事はできるだけ離床して共同生活室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 ～ |
| 排泄支援 | ご利用者の状況に応じて適切な排泄支援を行うと共に、排泄の自立に向けて適切な援助を行います。 |
| 入浴支援 | 年間を通じて週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ご利用者おひとりおひとりの身体状況にあった入浴を提供します。 |
| 口腔ケア支援 | 毎食後の口腔ケアができるよう援助します。 |
| 離床、着替え、整容等 | 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。 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。 清潔で快適な生活が送れるよう、リネン類の交換を適切に行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により、ご利用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退を防止するための計画を作成し、実施及び評価をします。 |
| 健康管理 | 嘱託医師により、週1回診療日を設けて健康管理に努めます。 緊急の場合に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。 |
| 相談及び援助 | 当施設は、ご利用者及びご家族等からの、いかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員 |
| 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、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ※経費のうち材料費等の費用は、自己負担となる場合があります。 |

○短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護

《サービス利用料金(1日あたり)》 ※補足給付の対象となる居住費及び食費を加えた金額を記載します。

| | 算定項目 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|--|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 介護サービス費基準額 | | 5,290円 | 6,560円 | 7,040円 | 7,720円 | 8,470円 | 9,180円 | 9,870円 |
| うち介護保険から給付額 | ユニット型個室 | 4,761円 | 5,904円 | 6,336円 | 6,948円 | 7,623円 | 8,262円 | 8,883円 |
| 1. 介護サービス費自己負担額(1割の場合) | | 529円 | 656円 | 704円 | 772円 | 847円 | 918円 | 987円 |
| 2. 滞在費に係る費用 (保険外) 基準額2,066円 | 利用者負担第1段階 | 880円 | | | | | | |
| | 利用者負担第2段階 | 880円 | | | | | | |
| | 利用者負担第3段階① | 1,370円 | | | | | | |
| | 利用者負担第3段階② | 1,370円 | | | | | | |
| | 利用者負担第4段階 | 2,400円 | | | | | | |
| 3. 食費に係る費用 (保険外) 基準額1,445円 (朝食260円、昼食600円、夕食585円) | 利用者負担第1段階 | 300円 | | | | | | |
| | 利用者負担第2段階 | 600円 | | | | | | |
| | 利用者負担第3段階① | 1,000円 | | | | | | |
| | 利用者負担第3段階② | 1,300円 | | | | | | |
| | 利用者負担第4段階 | 1,445円 | | | | | | |

| | 算定項目 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 4. 自己負担額合計 (1+2+3) 1日あたりの目安 *1割負担の場合 | 利用者負担 第1段階 | 1,709円 | 1,836円 | 1,884円 | 1,952円 | 2,027円 | 2,098円 | 2,167円 |
| | 利用者負担 第2段階 | 2,009円 | 2,136円 | 2,184円 | 2,252円 | 2,327円 | 2,398円 | 2,467円 |
| | 利用者負担 第3段階① | 2,899円 | 3,026円 | 3,074円 | 3,142円 | 3,217円 | 3,288円 | 3,357円 |
| | 利用者負担 第3段階② | 3,199円 | 3,326円 | 3,374円 | 3,442円 | 3,517円 | 3,588円 | 3,657円 |
| | 利用者負担 第4段階 | 4,374円 | 4,501円 | 4,549円 | 4,617円 | 4,692円 | 4,763円 | 4,832円 |

※食費・滞在費については、市町村より発行される負担限度額認定証により軽減が受けられます。

※食費については、提供した食事回数により上記金額以下になる場合があります。

《短期入所生活介護サービス利用料金に加算される金額》

※短期入所サービスの実施状況等に応じて、下記のとおり加算させていただきます。

| 区 分 | 1日あたりの自己 負担額の目安 (1割負担の場合) | 加算の要件 |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| 生活機能向上連携加算 (3月に一回、1月あたり) | 100円 | 外部のリハビリテーション専門職と連携して、機能訓練のマネジメントをする場合。 *個別機能訓練加算を算定している場合は算定しない |
| 生活機能向上連携加算 (1月あたり) | 200円 | 外部のリハビリテーション専門職と連携して、機能訓練のマネジメントをする場合。 *個別機能訓練加算を算定している場合は100円/月 |
| 機能訓練体制加算 | 12円 | 専従常勤の理学療法士等を1名以上配置している場合。 |
| 個別機能訓練加算 | 56円 | 利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成したうえで、専従の機能訓練指導員が機能訓練を提供している場合。 |
| 看護体制加算Ⅰ | 4円 | 常勤の看護師を1名以上配置していること。 |
| 看護体制加算Ⅱ | 8円 | 常勤の看護師を基準より1名以上配置していること。24時間連絡できる体制を確保している場合。 |
| 看護体制加算Ⅲ(イ) | 12円 | 看護体制加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと。利用者のうち要介護3以上の利用者を70%以上受け入れている場合。 |
| 看護体制加算Ⅳ(イ) | 23円 | 看護体制加算(Ⅱ)の算定要件を満たすこと。利用者のうち要介護3以上の利用者を70%以上受け入れている場合。 |
| 医療連携強化加算 | 58円 | 看護体制加算Ⅱを算定し、重度者への対応のための要件を満たしたうえで、重度な利用者の受入を行った場合。 |
| 看取り連携体制加算 (7日間限度) | 64円 | 看護体制加算を算定しており、利用者及び家族等の同意を得て看取り介護を行った場合。 |
| 夜勤職員配置加算Ⅱ | 18円 | 夜勤時間帯について、2ユニットごとに1名の夜勤職員に加え、1名以上の職員を配置している場合。 |
| 夜勤職員配置加算Ⅳ | 20円 | 夜勤時間帯を通じて、看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合。 |
| 認知症行動・心理症状 緊急対応加算 (入所日から7日間限度) | 200円 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難であると判断した利用者に対し、指定短期入所生活介護を行った場合。 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120円 | 若年性認知症利用者を受け入れた場合。 |
| 送迎加算(片道につき) | 184円 | 利用者に対して送迎を行う場合。 |
| 緊急短期入所受入加算 (入所日から7日間限度) | 90円 | 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生活介護を緊急に行った場合。 |
| 口腔連携強化加算 (1月あたり) | 50円 | 歯科医師等と連携し、利用者の同意を得て、口腔の健康状態の評価を実施し、結果を歯科医療機関等へ情報提供した場合。 |
| 療養食加算(1食あたり) | 8円 | 医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合。ただし、経口移行加算及び経口維持加算を算定する場合は除く。 |
| 在宅中重度者受入加算 | 413～425円 | 在宅で利用していた訪問看護サービスの提供を受けた場合。 |

| 区 分 | 1日あたりの自己負担額の目安(1割負担の場合) | 加算の要件 |
|---------------------|-------------------------|---|
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3円 | 認知症高齢者が50%以上で、認知症介護研修の修了者を一定数以上配置する場合。 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4円 | 認知症専門ケア加算Ⅰの要件に加え、認知症介護指導者研修の修了者を1名以上配置し、指導・研修を実施している場合。 |
| 生産性向上推進加算(Ⅰ)(1月あたり) | 100円 | 職員の業務効率化や質の確保、負担軽減について委員会で検討・実施をした実績があり、介護機器を複数活用し、その取り組みの実績の情報を厚生労働省へ報告した場合。 |
| 生産性向上推進加算(Ⅱ)(1月あたり) | 10円 | 職員の業務効率化や質の確保、負担軽減について委員会で検討・実施をし、介護機器を活用し、その取り組みの実績の情報を厚生労働省へ報告した場合。 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰイ | 22円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上の場合。(日常生活継続支援加算を算定するときを除く。) |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上の場合。(日常生活継続支援加算を算定するときを除く。) |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 6円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合。(日常生活継続支援加算を算定するときを除く。) |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数×14%に相当する単位数 | |

《介護予防短期入所生活介護サービス利用料金に加算される金額》

※介護予防短期入所サービスの実施状況等に応じて、下記のとおり加算させていただきます。

| 区 分 | 1日あたりの自己負担額の目安(1割負担の場合) | 加算の要件 |
|------------------------------|-------------------------|---|
| 生活機能向上連携加算(3月に一回、1月あたり) | 100円 | 外部のリハビリテーション専門職と連携して、機能訓練のマネジメントをする場合。 *個別機能訓練加算を算定している場合は算定しない |
| 生活機能向上連携加算(1月あたり) | 200円 | 外部のリハビリテーション専門職と連携して、機能訓練のマネジメントをする場合。 *個別機能訓練加算を算定している場合は100円/月 |
| 機能訓練体制加算 | 12円 | 専従常勤の理学療法士等を1名以上配置している場合。 |
| 個別機能訓練加算 | 56円 | 利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成したうえで、専従の機能訓練指導員が機能訓練を提供している場合。 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算(入所日から7日間限度) | 200円 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難であると判断した利用者に対し、指定短期入所生活介護を行った場合。 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120円 | 若年性認知症利用者を受け入れた場合。 |
| 送迎加算(片道につき) | 184円 | 利用者に対して送迎を行う場合。 |
| 口腔連携強化加算(1月あたり) | 50円 | 歯科医師等と連携し、利用者の同意を得て、口腔の健康状態の評価を実施し、結果を歯科医療機関等へ情報提供した場合。 |
| 療養食加算(1食あたり) | 8円 | 医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合。ただし、経口移行加算及び経口維持加算を算定する場合は除く。 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3円 | 認知症高齢者が50%以上で、認知症介護研修の修了者を一定数以上配置する場合。 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4円 | 認知症専門ケア加算Ⅰの要件に加え、認知症介護指導者研修の修了者を1名以上配置し、指導・研修を実施している場合。 |
| 生産性向上推進加算(Ⅰ)(1月あたり) | 100円 | 職員の業務効率化や質の確保、負担軽減について委員会で検討・実施をした実績があり、介護機器を複数活用し、その取り組みの実績の情報を厚生労働省へ報告した場合。 |
| 生産性向上推進加算(Ⅱ)(1月あたり) | 10円 | 職員の業務効率化や質の確保、負担軽減について委員会で検討・実施をし、介護機器を活用し、その取り組みの実績の情報を厚生労働省へ報告した場合。 |

| 区 分 | 1日あたりの自己負担額の目安 (1割負担の場合) | 加算の要件 |
|----------------|-----------------------------|---|
| サービス提供体制強化加算Ⅰイ | 22円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上の場合。(日常生活継続支援加算を算定するときを除く。) |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上の場合。(日常生活継続支援加算を算定するときを除く。) |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 6円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合。(日常生活継続支援加算を算定するときを除く。) |
| 介護職員等处遇改善加算Ⅰ | 所定単位数×14%に相当する単位数 | |

(2)その他のサービス ※以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

| サービスの種類 | 内 容 | 費 用 |
|-----------------------|--|---------|
| 特別な食事の提供 | 当施設で通常提供する食事に代わり、利用者等のご希望により実施します。利用者の体調等により、提供できないと判断する場合があります。 | 実 費 |
| お や つ の 提 供 | 当施設では、おやつ代を食費とは別にご負担いただきます。 | 提供日100円 |
| レクリエーション費用 クラブ活動費用 | ご希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加いただくことができます。 | 実 費 |
| 理美容サービス | ご希望による出張理美容に係る費用 | 実 費 |
| 日常生活上必要となる諸費用 | 日常生活品の購入費用のうち、利用者負担いただくことが適当であるものに係る費用 (おむつを使用する場合のおむつ代等は、介護保険給付対象となっていますので、ご負担いただくことはありません。) | 50円/日 |

(3)利用料金の支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、請求のあった月の25日までに以下のいずれかの方法によりお支払いください。

| 支払方法 | 支払いまでの流れ |
|-----------------|---|
| 施設窓口での現金支払い | ご本人又はご家族宛に請求書(利用明細書)を郵送いたします。 施設が指定する支払期日までに、施設事務室(窓口)にて現金でお支払いください。窓口にて利用料金領収書を発行いたします。 |
| 金融機関から指定口座への振込み | ご本人又はご家族宛に請求書(利用明細書)を郵送いたします。 施設が指定する支払期日までに、金融機関にて施設の指定口座に振込みによりお支払いください。 金融機関の発行する振込金の領収書が利用料金領収書になります。 振込み手数料については、ご負担をいただくようお願いいたします。 |
| 指定された預金口座からの引落し | ご本人又はご家族宛に請求書(利用明細書)を郵送いたします。 施設が指定する支払期日に、指定された預金口座から引落しによりお支払いいただきます。 利用料金領収書は、後日郵送いたします。(通常は、次月請求書発送時) 預金残高が不足する場合は連絡いたしますので、口座への入金をお願いします。 |

(4)利用の中止、変更、追加

利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービス実施日前日までに事業者へ申し出てください。

サービス利用の変更や追加の申し出に対し、事業所の稼働状況等により希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

サービス利用の期間中でも、申し出により利用を中止することができます。この場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

利用予定日の前日午後5時までに連絡がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として利用料金の10%をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な理由がある場合はこの限りではありません。

8. 苦情・相談の受付について 利用契約第26条関係

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。

(1)当施設内の苦情・相談窓口

| | |
|----------|---------------------------------|
| 苦情相談受付窓口 | 特別養護老人ホーム グランスマイル 事務室または苦情相談受付箱 |
| 担当者 | 生活相談員 瀬口 夕子 |
| 電話番号 | 0265-48-6668 |
| 受付時間 | 午前9時から午後5時まで |

(2)施設外の苦情相談窓口

| | |
|------------------------|-----------------------------|
| 高森町役場 介護保険相談窓口 | 高森町役場健康福祉課高齢者係 |
| | 下伊那郡高森町下市田2183-1 |
| | 電話番号 0265-35-9412 |
| 長野県国民健康保険 団体連合会相談窓口 | 長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係 |
| | 〒380-0871 長野市大字西長野字加茂北143-8 |
| | 電話番号 026-238-1580 |

9. 当施設ご利用にあたりご留意いただく事項

| | |
|------------------|---|
| 面会 | ご利用者に面会する来訪者は、面会簿に所定事項を記載し、施設の確認を得てから面会してください。面会時間:午前8:30～午後8:00 面会時に持参した、金品、食品、薬等がある場合には、必ず施設に連絡をお願いします。 |
| 施設嘱託医以外の医療機関への受診 | 看護師に申し出て許可を受けて受診してください。 |
| 居室、設備、器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法等に従ってご利用ください。これに反したご利用によって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、自炊、火気の使用 | 指定された場所と時間以外で、喫煙や飲酒はお断りいたします。 施設内でご利用者のみで、火気を使用したり自炊をすることはお断りします。 |
| 迷惑行為等 | 施設には、多くの方が共同で生活されます。他の利用者の迷惑になる行為は、ご遠慮いただきます。 むやみに他の利用者の居室に入る、所持品を使用する行為は、ご遠慮ください。 けんか、口論、泥酔等により他人に迷惑をかける行為はお断りします。 |
| 所持金品の管理 | ご利用者本人による貴重品等の保管は、事故防止のためお断りいたします。(ご利用者本人が保管中に起きた事故等については、責任を負いません。) 日常生活用品の管理は、ご利用者本人をお願いします。 |
| 動物の飼育等 | 施設内にペット等動物の持込みや飼育はお断りします。 |
| 物品等の持込みの制限 | 施設内に持ち込む物品等を制限させてもらう場合があります。あらかじめご相談ください。 |

10. 身体拘束の対応 利用契約第3条第5項関係

| 区分 | 内容 |
|--------|--|
| 身体拘束禁止 | 身体拘束は、原則として行いません。ただし、例外としてやむを得ず身体拘束を行う場合があります。 |
| 拘束の手続き | 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するために、緊急やむを得ず身体拘束が必要であると判断した場合に限りです。ただし、この場合でも、身元引受人、ご家族等にその理由を説明し、同意を得た上で例外的に極めて限定的に身体拘束を行うこととします。 |
| 拘束の記録 | やむを得ず身体拘束を行った場合は、次の項目について記録をします。 (拘束の態様、拘束時間、拘束の際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由) |