

社会福祉法人 すばる

特別養護老人ホーム醍醐 重要事項説明書

当施設は介護保険事業所の指定を受けています。
(事業所番号 第 0691200091 号)

当施設はご利用者に対してユニット型指定地域密着型介護福祉サービスを提供します。
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明
します。

※当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護3～5」と認定された方
が対象となります。

◇◇ 目次 ◇◇

1. 施設経営法人.....	2
2. 施設概要.....	2
3. 居室の概要.....	3
4. 職員の配置状況.....	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金.....	5
6. 差入れ贈物等.....	1 0
7. ご利用者の意思に基づく外出.....	1 1
8. 対応可能な医療行為.....	1 1
9. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）.....	1 1
10. 事故発生時の対応について.....	1 4
11. 非常災害時の対応について.....	1 4
12. 個人情報保護について.....	1 4
13. 苦情受付について.....	1 5

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人すばる |
| (2) 法人所在地 | 山形県寒河江市大字慈恩寺 235 番地 |
| (3) 電話番号 | 0237-84-0307 |
| ファクシミリ番号 | 0237-84-0308 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 多田 恵一 |
| (5) 設立年月日 | 平成 28 年 3 月 14 日 |

2. 施設概要

- | | |
|-----------|------------------------------------------------------------------|
| (1) 施設の種類 | ユニット型指定地域密着型介護福祉施設
平成 29 年 5 月 18 日 指定
事業所番号第 0691200091 号 |
|-----------|------------------------------------------------------------------|

(2) 施設の目的

- ・個別の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、入浴、排泄、着替え、整容、食事等の介助、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご利用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ようにするを目的とする。
- ・地域に開かれた老人施設を実践することを目的とする。

- | | |
|--------------|-------------------------|
| (3) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム醍醐 |
| (4) 施設の所在地 | 山形県寒河江市大字慈恩寺 235 番地 |
| (5) 電話番号 | 0237-84-0309 |
| (6) ファクシミリ番号 | 0237-84-0308 |
| (7) 施設長（管理者） | 大下 健作 |
| (8) 建物の構造 | 木造 2 階建て、一部平屋 |
| (9) 延べ床面積 | 1,837.38 m ² |
| (10) 併設事業 | 短期入所生活介護事業 |

(11) 当施設の運営方針

- ・施設は、ご利用者に対し健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員により、適切なサービスを提供するように努める。その上で、ご利用者の満足の為に、継続的に資質の向上と技術の改善に励む。
- ・施設は、ご利用者個々の地域密着型施設サービスに基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、ご利用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、入浴、排泄、食事等の介助、相談援助、社会生活上の便宜その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- ・施設は、ご利用者の意思及び人格を尊重し、入居者の立場に立って地域密着型施設サービスを提供する。
- ・施設は明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家族との結びつきを重視した運営を

行い、地域密着型施設サービスの実施に当たっては、寒河江市、居宅介護支援事業者、他の介護保健施設のほか、地域内の保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努める。

(1 2) 開設年月日 平成 29 年 5 月 19 日

(1 3) 入居定員 29 名

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、全て個室となっています。尚、トイレは共同になっています。

居室・設備の種類	室数	備考
居室	29 床	全室個室
共同生活室（食堂・リビング）	3 室	各ユニットに 1 室
浴室	3 室	一般浴室・特殊浴室
脱衣室	3 室	
医務室	1 室	

※上記は厚生労働省が定める基準により、ユニット型指定地域密着型介護福祉施設に設置が義務付けられている施設・設備です。

※居室の変更：ご利用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、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

(2) ユニットの数及びユニット毎の定員

ユニットの数は 3 ユニットとし、ユニット毎の定員は以下の通りです。

第 1 ユニット：大 黒 10 名

第 2 ユニット：弁 天 9 名

第 3 ユニット：布 袋 10 名

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対してユニット型指定地域密着型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。

<主な職員の配置状況>

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	員 数
1. 施設長（管理者）	1 名
2. 介護職員	13 名
3. 看護職員	2 名以上
4. 生活相談員	1 名

5. 機能訓練指導員	1名
6. 介護支援専門員	1名
7. 医師	1名
8. 管理栄養士	1名以上

<主な職種の勤務体制>

区分	勤務体制	備考
介護職員	① 6:45~15:45	変形労働時間制
	② 7:00~16:00	
	③ 7:15~16:15	
	④ 8:30~17:30	
	⑤ 10:45~19:45	
	⑥ 12:15~21:15	
	⑦ 12:30~21:30	
	⑧ 14:15~23:15	
	⑨ 21:00~ 7:00	
	⑩ 21:30~ 7:30	
	⑪ 23:00~ 8:00	
看護職員	① 7:30~16:30	変形労働時間制 ※上記時間帯以外 (夜間)は、オンコール体制で常時連絡可能な体制とする。
	② 8:00~17:00	
	③ 8:15~17:15	
	④ 8:30~17:30	
	⑤ 9:30~18:30	
	⑥ 10:00~19:00	
上記以外	① 6:00~15:00	変形労働時間制
	② 7:00~16:00	
	③ 8:00~17:00	
	④ 8:00~17:30	
	⑤ 8:30~17:30	
	⑥ 8:30~18:00	
	⑦ 9:00~18:00	
	⑧ 10:30~19:30	

<営業日>

営業日	年中無休
-----	------

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|-----------------------------------------------------|
| (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利用者に負担いただく場合 |
|-----------------------------------------------------|

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

下のサービスについては、居住費、食費を除き通常7割、8割又は9割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①居室の提供

②食事

- ・当施設では、施設内に厨房を設けているため、ご利用者の身体状況及び嗜好、食生活習慣を速やかに反映させた食事内容を提供できます。献立は、管理栄養士・栄養士が作成し、地元の特産品を使用して、季節感あふれる家庭的な食事を提供します。
- ・ご利用者にも手伝っていただき、簡単ですが、施設内で栽培された食材を使った食事も提供していきます。
- ・食を通じた楽しみを感じていただけるよう、行事食や、地域住民とも触れ合える食のイベント開催なども行っていきます。また、ご利用者にも調理や食材の買い物等を行っていただける機会を設けます。
- ・ご利用者の自立支援のため離床してリビングにて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食事の提供形態は、ご契約者の状況、意向に応じ、常菜、刻み、極刻み、ミキサー食等を提供します。
- ・各種治療食（糖尿食、腎臓食、減塩食等）を提供します。
- ・食事提供時間の次の通りです。

朝食：8:00～9:30 昼食：12:00～13:30 夕食 17:30～19:00

③入浴

- ・週2回以上実施します。ご利用者の身体状況に応じ一般浴、特殊浴槽入浴、清拭を行います。

④排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤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低下を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、出来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配慮します。

- ・清潔で快適な生活、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・ご利用者及びご家族からの相談には誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。
- ・ご家族が、面会しやすいような、施設づくりを目指していきます。
- ・ご利用者が、いつも家族に囲まれているような気持ちになっていただけるように、適切な情報交換、相談を行っていきます。

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。（サービス利用料金は、ご利用者の要介護度・介護保険負担割合証によって異なります。）

※サービス使用時には、介護保険負担割合証を必ずご提示ください。

	サービス利用料金（日額）			自己負担額（月額30日の場合）		
	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要介護1	682円	1,364円	2,046円	20,460円	40,920円	61,380円
要介護2	753円	1,506円	2,259円	22,590円	45,180円	67,770円
要介護3	828円	1,656円	2,484円	24,840円	49,680円	74,520円
要介護4	901円	1,802円	2,703円	27,030円	54,060円	81,090円
要介護5	971円	1,942円	2,913円	29,130円	58,260円	87,390円

①介護給付サービスによる料金

※介護報酬額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担を変更します。

②その他の介護給付サービス加算

負担割合	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110円/月	220円/月	330円/月
看護体制加算（Ⅰ）イ	12円/日	24円/日	36円/日
夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	46円/日	92円/日	138円/日
栄養マネジメント強化加算	11円/日	22円/日	33円/日
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50円/月	100円/月	150円/月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に83/1000を乗じた単位数/月	所定単位数に83/1000を乗じた単位数/月	所定単位数に83/1000を乗じた単位数/月
介護職員特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数に23/1000を乗じた単位数/月	所定単位数に23/1000を乗じた単位数/月	所定単位数に23/1000を乗じた単位数/月
介護職員等ベースアップ等支援加算	1か月あたりの基本報酬に1.6%を乗じた単位数/月	1か月あたりの基本報酬に1.6%を乗じた単位数/月	1か月あたりの基本報酬に1.6%を乗じた単位数/月

※新規ご利用者又は1ヶ月入院後の再利用の場合は、30日間の初期加算1日30円負担を頂きます。

※上記の各サービス料金とは別に療養食加算費（1日23円の自己負担額）があります。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用の負担額を変更します。

※施設での看取りを希望され対応した場合は、看取り介護加算（死亡日：1,280円、死亡前日及び前々日：680円、死亡前4日以上30日以下：144円）をご負担頂きます。

③食事の提供に要する費用

ご利用者に提供する食事の材料費及び調理にかかる費用です。

介護保険負担限度額の認定を受けている場合には、その認定証に記載された食費の金額を負担いただきます。

通常 (4段階以上)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額		
	第1段階	第2段階	第3段階
1545円/日	300円/日	390円/日	① 650円/日②1360/日

④居住に要する費用（室料）

施設及び設備を利用し居住されるに当たって、室料を負担していただきます。

但し、介護保険負担限度額の認定を受けている場合には、その認定証に記載された居住費の金額を負担していただきます。

通常 (4段階以上)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額		
	第1段階	第2段階	第3段階
2006円/日	820円/日	820円/日	① ②1,310円/日

R5.12.1より、電気代、その他の物価高騰に対する費用として、食費の通常料金の値上げ、及び、おやつ代費用100円/日をご請求させていただきます。

食費1445円/日→1545円へ変更させていただきます。

※ご利用者が、短期入院又は外泊をされた場合にお支払いただく1日当たりの利用料金は記の通りです。

1. サービス利用料金（外泊時加算） 1ヶ月に6日間が限度 1回の入院が月をまたがる場合は、最大で12日分が限度となります。	246円/日
----------------------------------------------------------------------	--------

但し、外泊（入院）期間中、事業者が当該居室を短期入所生活介護に活用することに同意する場合は、上記サービス利用料金を支払う必要はありません。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

〈サービスの概要と利用料金〉

①特別な食事

ご利用者のご希望に応じて特別な食事（出前等）を提供します。

健康管理上必要となる補助食品を提供します。

・利用料金：要した費用の実費

②理髪・美容

理容師の出張による理髪サービス（調髪・散髪）をご利用いただけます。

・利用料金：1回あたり 2,500 円

③貴重品の管理

貴重品や金銭を施設内に持ち込まれる場合は、事前に職員にご相談ください。あまりに高額であり、紛失の危険性が高いような場合には、お断りすることもあります。また、それらの管理はご利用者又はご家族の責任にて行っていただきますようお願い申し上げます。居室は基本的に内側から施錠せずカメラを設置していない為、紛失や盗難のリスクがあります。

④行事・活動

ご利用者の希望により、様々な行事や生きがい活動に参加して頂く事があります。

・利用料金：材料費・写真代等の実費をいただく場合があります。

ア) 主な季節の行事予定

月	行事とその内容（例）	備 考
1月	家族交流会	
2月	季節行事	
3月	季節行事	
4月	花見（さくら）	
5月	季節行事	
6月	季節行事	
7月	季節行事	
8月	夏祭り（地域交流会）	
9月	敬老会（家族交流会）	
10月	季節行事	
11月	季節行事	
12月	季節行事	
その他	誕生会、望みをかなえる事業	

イ) 生きがい活動（例）

i 習字・生け花・園芸・手芸・カラオケ（材料費等の実費をいただきます）

ii 散策（寒河江市周辺地域）

iii その他、お寺参り等

⑤クリーニングサービス

・・・◎実費相当額

⑥入院時日常生活用品購入代行サービス

・・・◎無料代行

⑦インフルエンザ予防接種

・・・◎実費相当額

⑧持ち込み電化製品の使用料（1品目につき）

家電持込利用代（大）1 つにつき 100 円／日：テレビ、電気毛布、電気あんか、
冷蔵庫、扇風機等

家電持込利用代（小）1 つにつき 50 円／日：電気スタンド、電気ポット、加湿器
ラジカセ、電話等

複写物の交付 サービスの提供記録を閲覧：複写物 1 枚につき 20 円

⑨ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から居室が引き渡された日までの期間に係る料金は、次によりいただく事になります。

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
個室	6,500 円	7,170 円	7,850 円	8,520 円	9,170 円

※その他、地域密着型介護老人福祉施設において提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者様に負担されることが適当と認められる費用については別途徴収させていただきます。

(3) 利用料金のお支払方法

前記（1）、（2）の料金、費用は月末締めとし、1 ヶ月ごとに計算して、翌月 10 日までに請求書を送付いたします。支払い方法は、原則自動引き落としとさせていただきます。特段の事情がない限り翌月の 20 日までにご入金ください。

お支払い方法

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし 集金代行業者（リコーリース）に委託し行います。 通帳には <u>RL) ダイゴ リョウリョウ</u> と記載されます。
イ. 下記指定口座への振り込み 荘内銀行 寒河江支店 （普）1064839 口座名義：社会福祉法人すばる 理事長 多田 恵一
ウ. 窓口での現金支払い

※口座からの自動引き落としでのお支払いにあたり、集金代行サービス会社の様式により依頼書・申込書の記入をお願いします。（初回のみ）

※なお、初回利用時は自動引落とし手続きに 2 か月程度かかりますので手続き完了後まとめて請求させていただきます。

※振込手数料に付きましてはご利用者の負担とさせていただきます。

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、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。但し、協力医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、協力医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。通常は渡辺医師が嘱託医として往診に来られます。

なお、施設での定期的診療以外の医療にかかわる費用は別途必要です。支払は施設で代行いたします。

① 協力医療機関

医療機関の名称	山形県立河北病院
所在地	山形県西村山郡河北町谷地字月山堂 111
電話番号	0237-73-3131

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	佐藤歯科医院
所在地	山形県寒河江市島字島東 75
電話番号	0237-86-7201

6. 差入れ・贈物等

ご利用者への食べ物や飲み物、お薬や医療品等を差入れされる際は、必ず事前に職員へお知らせ頂きますようお願いいたします（衣類その他の物品については申請は不要です）。

7. ご利用者の意思に基づく外出

ご利用者ご自身が日常生活の中で単独での外出を希望される時は、その身体能力や判断能力の程度、環境要因等により慎重な判断が必要となる場合があります。当建物では原則として建物玄関を施錠しないため、出ようと思えばいつでも外出できてしまう環境ですが、ご利用者の外出時はなるべく職員が一人付き添うようにします。もっとも、危険を回避できない場合は事業者の判断で外出を停止させて頂くことがあります。ご利用者のご要望が強い場合は、身元保証人やご家族等と都度協議し、ご本人にとって最善の方法を模索していきます。

8. 対応可能な医療行為

事業者は、常にご利用者の健康に注意すると共に、ご利用者の体調・健康状態から見て必要な場合には、医師と連携し、ご利用者や身元引受人、ご家族等からの聴取・確認を行ったうえで、必要なサービスを実施するものとします。もっとも、本来本サービスは居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、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したものです。従って、当建物では以下の医療行為は提供可能ですが、それ以上の措置が必要となった場合には対応しかねる場合もございます。

- ・排尿カテーテル
- ・インスリン注射（看護師勤務時間内に限る）
- ・胃ろう
- ・喀痰吸引（看護師勤務時間内に限る）
- ・ストーマ
- ・褥瘡の処置

9. 施設を退居していただく場合（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は特に定めておりません。したがって、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できますが、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、ご利用者に退居していただくことになります。

（契約書第 15 条参照）

- 1 ご利用者が死亡した場合
- 2 要介護認定によりご利用者が要介護 1・2 に判定され、特定入所要件に該当しない場合。
- 3 要介護認定によりご利用者が自立又は要支援と判定された場合
- 4 施設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当施設を閉鎖した場合
- 5 当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
- 6 当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
- 7 第 16 条から第 18 条に基づき本契約が解約または解除された場合
- 8 ご利用者から退居の申し出があった場合

（1）ご利用者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。ただし以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

（契約書第 17 条参照）

- 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 施設の運営規定の変更に同意できない場合
- 3 ご利用者が入院された場合
- 4 施設若しくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める地域密着型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業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業者が故意又は過失によりご利用者の身体・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事情が認められる場合
- 7 他のご利用者が、ご利用者の身体・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、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 施設からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合は、当施設から退居していただく事があります。

(契約書第 18 条参照)

- 1 ご利用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、また不実の告知を行い、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 ご利用者による、第 6 条第 1 項から第 3 項に定めるサービス利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- 3 ご利用者が、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契約者等の生命・身体・財物・信用を傷つけ、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 ご利用者が病院又は診療所に入院し、3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合もしくは、入院期間が 3 ヶ月を越えた場合
但し、1 ヶ月経過時点で、ご利用者の状況確認をさせていただきます
- 5 ご利用者が介護保険施設に入所、入院した場合
 - ・短期入院で 3 ヶ月以内に退院された場合は、再び施設に入所できます。入院時の退院予定日より早い退院の場合は、併設された短期入所生活介護の居室を利用していただく場合があります。
 - ・3 ヶ月以内の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。
この場合は、再び当施設に優先的に入所することは出来ません。
- 6 ご利用者が精神的疾患により他の利用者様に対し暴言・暴行などを働かれ、周囲の方々の精神状況・生活状況に悪影響を及ぼすと考えられる場合には、退所していただく場合があります。
- 7 契約者またはそのご家族様等からの以下の具体例にあるような著しい迷惑行為が行われた場合、退所して頂く場合があります。
〈契約を解除する場合の具体例〉
 - 暴力又は乱暴な言動
 - 例) 物を投げつける、刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける、怒鳴る、奇声を発する、大声を発するなど
 - セクシュアルハラスメント
 - 例) 従業員や他入居者の体を触る、手を握る、突然抱きしめる、女性のヌード写真を見せるなど
 - その他
 - 例) 従業員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く、ストーカー行為など

(3) 円滑な退居のための援助

ご利用者が当施設を退居する場合には、ご利用者の希望により、施設はご利用者の心身状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助を行います。

- ・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

10. 事故の発生防止及び事故発生時の対応

- (1) 介護事故防止のための指針を定め、基本的考え方や職員教育に関する基本方針の設定、委員会の設置などを行い、安全確保を目的とした改善のための方策を講じます。
- (2) ご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族、寒河江市等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 介護事故発生時には、その状況、背景等を所定の事故報告書により報告するものとし、委員会は事故報告書及びヒヤリ・ハットの集約結果から防止策を検討します。
- (4) 委員会は定期的を開催するものとし、特に重大事故が発生した場合等に於いては、緊急に会議を開催し、再発防止策を検討します。
- (5) ご利用者に対する施設サービスの提供により、自己の責めに帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。
- (6) 事業所は、民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しています。賠償に相当する可能性がある場合は、ご利用者又はご家族の方に当該保険の調査等の手続きにご協力頂く場合があります。

11. 非常災害対策について

施設は、非常災害時に適切に対応するため、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

消防計画	別途定める消防計画に則り対応を行います。 消防計画：平成 29 年 4 月 4 日 消防署へ提出 防火管理者：大下 健作
避難訓練	年 2 回（5 月、11 月）火災、地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	・自動火災報知器 ・スプリンクラー

	<ul style="list-style-type: none"> ・煙感知装置 ・消火栓ボックス ・消化ポンプ槽 ・避難滑り台 ・防火扉 ・誘導灯、非常照明灯等
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1 2. 個人情報保護について

(1) 個人情報保護に伴うガイドライン及び「社会福祉法人すばる個人情報保護規定」に基づき適切に個人情報を保護します。

(2) ご利用者及びご家族等の個人情報の利用目的は、下記の通りです。

- ①介護保険における要介護認定の申請及び更新、変更、調整のため
- ②ご利用者に係る介護計画を立案し、円滑にサービスが提供するため
- ③医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④ご利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- ⑤介護支援専門員への情報提供及び施設内のカンファレンス（症例検討）のため
- ⑥介護給付費の請求及び利用料徴収のため
- ⑦関係行政機関等の要請による照会・届出・調査・実地指導等のため
- ⑧事故報告及び保険会社からの紹介に応じるため
- ⑨地域への施設活動の広報のため
- ⑩その他のサービス提供で必要な場合
- ⑪上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(3) 使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に係る目的以外には決して利用しません。また、ご利用者とのサービス利用に係る契約の終結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。
- ②個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

1 3. 苦情受け付けについて

(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下記の専用窓口で受け付けます。

苦情受け付け窓口担当者	生活相談員：成沢 裕佳理
苦情解決責任者	施設長：大下 健作
受付時間	8:30～17:30

※事務所前にご意見箱を設置していますのでご利用ください。

(2) その他の苦情受付機関

名称	所在地	電話番号
寒河江市高齢者支援課	寒河江市中央 2 丁目 2-1	0237-85-0777
山形県福祉サービス運営 適正化委員会	山形市小白川町 2 丁目 3-31	023-626-1755
山形県国民健康保険団体 連合会	寒河江市大字寒河江字久保 6 番地	0120-070-608

(3) 苦情解決の方法

①意見・苦情受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付ける。

担当者が不在等に対応できない場合、他の職員が対応しその旨を担当者に報告する。

② 苦情受付の確認事項

苦情を受け付けた場合、苦情を申し出た相手の氏名、具体的な苦情の内容、その他参考事項を確認する。苦情の相手方に対し、対応した職員の氏名を名乗り、その場で解決可能なものであれば速やかに解決を図り同意を得る。その場で解決困難な内容については、回答する期限を説明する。

③苦情解決のための手順

ア) 施設内において、施設長が中心として苦情処理のための会議を開催する。

イ) サービスを提供した者から、概況説明を行う。

ウ) 問題点の整理、及び今後の改善策について検討する。

エ) 文書により回答を作成し、苦情の相手方に対して施設長が直接事情説明を行う。

オ) 苦情対応マニュアルの改善点を明記し、再発防止を図る。

カ) 苦情処理の場合、国民健康保険連合会に対して報告し、更なる改善点について助言を受ける。

④苦情解決の記録、報告

苦情解決や改善を重ねることにより、サービスの質が高まり、運営の適正化が確保される。これらを実効あるものとするために、記録と報告を積み重ねるようにする。

その他の留意事項

来訪・面会	来訪者は、面会の都度、必ず職員に届け出てください。また面会時間を遵守して下さい。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行先と帰宅時間を職員に申し出て、届け出を行ってください。原則として家族及び身元保証人の同伴をお願いします。
住居・居室の利用 迷惑行為	この施設の設備、備品等は本来の用途に従って大切にご利用下さい。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。騒音の発生等他の利用者の迷惑になる行為をご遠慮願います。
喫煙	喫煙は、決められた場所をお願い致します。
飲酒	飲酒は、ご相談に応じます。
その他	所持品は、ほかの利用者様にご迷惑のかからない程度にお持ち込みください。また、施設内での宗教活動、政治活動、営利活動は出来ません。

令和 年 月 日

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

<事業者>

住 所 山形県寒河江市大字慈恩寺 235 番地
事業者名 社会福祉法人すばる
代表者名 理事長 多田 恵一 (印)

<説明者>

所 属 特別養護老人ホーム醍醐
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、同意しました。

<契約者>

住 所
氏 名 (印)

<身元引受人>

住 所
氏 名 (印)

契約者との続柄

※ 重要事項説明書は、厚生省令第 37 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 125 条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。