

指定介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム飯島に係る重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名	特別養護老人ホーム飯島
開設年月日	平成27年4月1日
所在地	〒011-0917 秋田県秋田市飯島道東1丁目5番1号
TEL・FAX	TEL 018-853-8930 FAX 018-845-6778
管理者名	施設長 佐藤 雅子
介護保険指定番号	0570151688

(2) 事業の目的と運営方針

事業の目的	心身機能が不自由で家庭等での介護が困難な利用者を受入れて、適切な介護を提供することを目的とします。
施設運営の方針	利用者一人一人の意志及び人格を尊重し、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おいて、入居前の居宅における生活と入居中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利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援する。

(3) 職員の体制（主たる職員）

職種	常勤		非常勤		勤務体制	業務内容
	専任	兼任	専任	兼任		
施設長	1				C	施設職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。
医師			2		嘱託医	診療を行う。
看護職員	3	1	3		ABE	看護、24時間連絡対応を行う。
介護職員	26		10		ABD	介護を行う。
生活相談員		1			C	利用者又はそのご家族の相談に応じ、助言その他援助を行う。
機能訓練指導員		1			C	機能訓練の実施、またその指導等を行う。
介護支援専門員		1			C	施設サービス計画の作成を行う。

[A] 日勤（8:00～16:30） [B] 日勤（9:30～18:00） [C] 日勤（8:30～17:00）

[D] 夜勤（16:30～9:30） [E] 夜間待機（17:00～8:30） 休暇：常勤職員＝隔週休（勤務表による）

非常勤職員：個々の契約による

(4) 入居定員等

入居定員	80名
ユニット数・定員	8ユニット 1ユニット10名

2. サービスの内容

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| ① 施設サービス計画の立案 | ② 介護 |
| ③ 食事の提供 | ④ 相談及び援助 |
| ⑤ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理 | ⑥ 利用者が選定する特別な食事の提供 |
| ⑦ 理美容サービス | ⑧ 社会生活上の便宜 |
| ⑨ 機能訓練 | ⑩ 健康管理 |
| ⑪ その他 | |

※ これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 利用料金

利用料金については【重要事項説明書・別紙1】料金表をご覧ください。

4. 緊急時における対応方法等

サービス提供中に、利用者の病状などの急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡するなどの措置を講じます。天災その他の災害が発生した場合には、必要によりサービス利用者の避難等の措置を講じます。（主治医・家族等の連絡先は利用申込書にご記入ください。）

5. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、施設長を責任者とし市町村及び家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、その事故が賠償すべきものである場合には、速やかに損害賠償を行います。

6. 秘密保持

当施設の職員は、職務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持するよう、また職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。なお、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、予め文書によりお受けすることとします。なお、これに係る個人情報の利用目的は【重要事項説明書・別紙2】のとおりです。

7. 肖像権及び施設内におけるボランティア・実習生との交流

- (1) 施設においてはその性格上、他ご利用者のご家族、見学者、施設管理に関する業者等の施設への出入りがあります。
- (2) 当施設では、ご利用者の皆様の行事等のご様子を施設内に掲示することがあります。その場合、ご利用者の皆様のお写真を撮影させていただく場合があります。
- (3) 当法人では、公的機関等のインターン実習および体験実習を行う場として施設を提供しております。この実習生への情報提供及び実習生による介助を提供する場合があります。また、ご利用者の皆様のお写真を撮影させていただく場合もあります。

8. 資質向上のための研修の機会確保

職員の資質向上のため、採用後1か月以内、またその後随時研修の機会を確保いたしております。

9. 協力医療機関等

協力医療機関	医療法人久幸会 今村病院、今村記念クリニック
協力歯科医療機関	医療法人久幸会 今村記念クリニック

10. 施設利用にあたっての留意事項

食事	施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
面会	面会時間は8時から20時までとなっております。
外出・外泊	外出、外泊については個々の要望に対応しています。ご相談ください。なお、外出・外泊中（入院含む）でも室料負担が発生します。また、食事を不要とする場合は3日前までにお申し出ください。
喫煙	施設内外は全面禁煙となっておりますので、ご了承ください。
貴重品等	金品並びに貴重品の持ち込みは利用者またはご家族の責任の範囲でお願いします。紛失等については施設では責任を負いかねます。
施設設備	故意または重大な過失を伴う施設設備の汚損・毀損があった場合、原状回復のための費用をご負担いただきます。
謝礼等	当施設では、ご利用いただく皆様方に余分な負担をおかけしたくないとの趣旨から、謝礼、贈り物につきましては固くお断りしております。

11. 非常災害対策

防災設備	避難階段、避難口、防火戸、スプリンクラー設備、自動火災報知設備、非常通報装置、漏電火災警報器、非常警報設備、非常電源設備、誘導灯及び誘導標識灯
防災訓練	年2回以上（避難誘導（夜間想定含む）、消火及び通報訓練）

12. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

13. その他

当施設に関する相談、要望、苦情等は何なりと担当者までお申し出ください。責任をもって対応させていただきます。

（【重要事項説明書・別紙3】「ご相談・苦情について」を参照ください。）

料 金 表

○ 1日あたりの基本料金（その他加算を含め介護報酬告示上の額による）

【1日あたり】

区分	介護報酬告示額					円換算 1単位 =10円	利用者負担 ①（1割）	利用者負担 ②（2割）	利用者負担 ③（3割）	
	サービ ス費	看護体制 I 2	精神科 医師定 期的 療養指 導	左記合計	科学的介 護推進体 制 加算 I					
ユニット型個室	要介護1	(単位)	(単位)	(単位)	(単位)	(単位)	(円)	(円)	(円)	(円)
		670	4	5	679	40	7,190	719	1,438	2,157
	要介護2	740	4	5	749	40	7,890	789	1,578	2,367
	要介護3	815	4	5	824	40	8,640	864	1,728	2,592
	要介護4	886	4	5	895	40	9,350	935	1,870	2,805
	要介護5	955	4	5	964	40	1,004	1,004	2,008	3,012

※1 上表は一般的料金であり、個別に、入退居、外泊時等において加算等の増減があります。

※2 負担割合は介護保険負担割合証をご確認ください。

※3 当施設は介護職員処遇改善加算（Ⅲ）に該当する施設であり、上表及び※1による加算額を合計した単位数に1000分の113を乗じた単位数（利用者負担額）を加算いたします。

※4 市町村から交付される負担割合証に基づき①が、法定代理受領サービスの場合の利用者負担額（1割）となります。

※5 市町村から交付される負担割合証に基づき②が、法定代理受領サービスの場合の利用者負担額（2割）となります。

ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合にあっては、いったん介護報酬告示額にある料金をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日市町村の窓口へ提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

○ その他の料金

区分	内容等
食費	1,565円/日 ※献立外の特別食については実費相当額をいただきます。 (食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証記載の食費負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。)
居住費	ユニット型個室 2,066円/日 (居住費について負担限度額認定を受けている場合には、介護保険サービス提供対象の期間について、認定証記載の居住費の上限となります。)
理美容代	実費
その他の日常生活費	健康管理費 実費（予防接種等） 電気代 1日50円（テレビ、冷蔵庫、空気清浄機、電気毛布を持ちこんだ場合）
その他の費用	※その他、実費によりお支払いいただきます。

○ 料金の支払い方法

毎月10日までに、前月分の請求書を発行いたしますので、その月の末日までにお支払いください。

また施設は、料金の支払いを受けたときは領収書を発行します。再発行できませんので大切に保管してください。

・銀行振込	利用料請求明細書に記載の口座へお振込みください。
・現金	施設窓口へ現金をお持ちください。なお、現金の取扱は、平日9時から16時までです。これ以外の時間では、銀行振込にてお願いします。

【 重要事項説明書・別紙2 】

個人情報の利用目的

(令和6年4月1日現在)

特別養護老人ホーム飯島では、入居者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【入居者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[当施設内部での利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務の内
 - ◇ 入退居の管理
 - ◇ 会計・経理
 - ◇ 事故等の報告

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する介護サービスの内
 - ◇ 入居者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ◇ 入居者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ◇ 検体検査業務の委託その他の業務委託
 - ◇ 家族等への心身の状況説明
- 介護保険事務の内
 - ◇ 保険事務の委託
 - ◇ 審査支払機関へのレセプト提出
 - ◇ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ◇ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【入居者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[当施設内部での利用に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務の内
 - ◇ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ◇ 当施設において行われる学生の実習への協力
 - ◇ 当施設において行われる事例研究

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務の内
 - ◇ 外部監査機関への情報提供

【情報の開示】

- 個人情報等は、ご入居者の請求があれば開示する。
- ご家族は、ご入居者の同意を得て（遺族の場合は身分を示して）開示を求めることができる。ただし、この場合施設長は、利用目的等からご入居者の尊厳又は利益を損なうと認められるときは、不開示にすることができる。
- 開示の請求があった時、ご入居者、ご家族の心身の状況及び環境状況等により、直ちに開示した場合ご入居者又は第三者の利益を損なうと認められるときは、施設長は開示を保留することができる。
- 不開示又は開示を保留したときは、その理由を明確にする。
- 開示の方法は、閲覧又は複写の交付とする。
- 開示した結果、個人情報等の訂正、追加、削除又は利用停止の求めがあったときは、介護サービスを適切、効果的に提供するうえで理由

があると認める場合施設長は、迅速に処理するものとする。

【 重要事項説明書・別紙3 】

ご相談・苦情について

社会福祉法人友遊会では、より質の高い開かれたサービスの提供を目指すため、皆様のご相談・苦情に、迅速かつ適切に対応できる体制を、下記のとおり整えております。下記の窓口ご利用いただき、何なりとお申し付けください。

【 担当窓口 】

施設	担当者	連絡先
特別養護老人ホーム飯島	生活相談員 佐藤 美枝	018-853-8930
ご利用時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00	
ご利用方法	電話、面接	

【 苦情解決責任者 】

職氏名	連絡先
施設長 佐藤 雅子	018-853-8930

【 第三者委員 】

委 員	
澤田石 正直	茂木 昱子

なお、下記公共機関窓口でも相談・苦情を受け付けています。

- ・ 秋田市役所介護保険課 介護保険苦情相談窓口 018-888-5674
- ・ 福祉サービス相談支援センター 018-883-1550
- ・ 秋田県健康福祉部長寿社会課 018-860-1361
- ・ 秋田県国民健康保険団体連合会 018-883-1550

特別養護老人ホーム飯島において、指定介護老人福祉施設サービスの提供を受けるに当たり、重要事項説明書を受領し、これの内容に関して担当者による説明を受けた。

令和 年 月 日

【入居者】

住所 〒

氏名 _____ 印

入居者は、署名が出来ないため、入居者本人の意思を確認のうえ、私が入居者に代わって、その署名を代行いたします。

【署名代行者】

住所 〒

氏名 _____ 印 (利用者との関係)

【身元引受人】

住所 〒

氏名 _____ 印 (利用者との関係)

電話 _____

(説明日)

令和 年 月 日

(説明者職名)

特別養護老人ホーム飯島 _____

(氏名)

_____ 印