

特別養護老人ホーム番城 重要事項説明書

施設は介護保険の指定を受けています。
(指定 第 3890300233 号)

施設は入所者に対して、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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。

1. 事業者の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 寿楽会
- (2) 法人所在地 愛媛県松山市来住町36番地
- (3) 電話番号 089-975-1335 (代)
- (4) 代表者氏名 理事長 末廣 英誉
- (5) 設立年月 昭和 53年 9月 7日

2. 施設の概要

- (1) 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
- (2) 事業の目的 介護保険法令の趣旨に従い、入所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、入所者に日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき施設介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム番城
- (4) 施設の所在地 愛媛県宇和島市宮下字御藪甲143番地5
- (5) 電話番号 0895-65-9111
- (6) 事業の運営方針

要介護者の心身の特性を踏まえて、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出来るように支援することを目的として、施設介護サービスを提供します。

- (7) 開設年月日 令和2年4月1日
- (8) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	24時間

- (9) 入所条件 原則として要介護3以上の方が入所できます。
(要介護1・2は、特例入所の対象と認められる場合)

(10) 入所定員29名

- ・ユニット数 3ユニット
- ・ユニットごとの入所定員 1F:3ユニット(9名、10名、10名)

(11) 本体施設との連携

施設は、小規模特養いづみ(愛媛県宇和島市泉町1丁目1番40号)を本体施設とするサテライト型施設として、本体施設との密接な連携を確保します。

(12) 居室等の概要

施設では以下の居室、設備をご用意しております。入所される居室は原則として1人部屋となっております。

居室・設備の種類	室数	備 考
個室（1人部屋）	29室	全室個室 居室の設備 ベッド(寝具一式)、チェスト、トイレ、洗面台、 ナースコール
共同生活室	3室	食堂兼機能訓練室
浴 室	2室	一般浴・機械浴（特殊浴槽）
医 務 室	1室	診療所

☆居室の変更…入所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、入所者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。その際には、入所者やご家族等との協議の上決定するものとします。

3. 職員の配置状況

施設では、入所者に対して地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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。（介護予防）短期入所生活介護事業所を併設しているため、兼務職員を含みます。

施設は、サテライト型施設であり、生活相談員、介護支援専門員、機能訓練指導員、栄養士については、本体施設に配置する職員により、サービス提供を行う場合があります。その場合であっても、サテライト型施設の入所者の処遇を適切に行います。

＜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	配置状況	職務内容
1. 管理者	1人	職員の管理及び利用調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う
2. 生活相談員	1人以上	相談業務
3. 介護支援専門員	1人以上	地域密着型施設サービス計画の策定
4. 介護職員・看護職員	11人以上（常勤換算方法。うち看護職員が常勤換算で1人以上）	健康保持のための措置 介護サービスの提供
5. 機能訓練指導員	1人以上	機能訓練
6. 医師	1人以上	療養上の指導
7. 栄養士	1人以上	食事の管理、栄養指導

・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置するとともに、昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を、夜間及び深夜については、2ユニットごとに常時1名以上の介護職員又は看護職員に従事させる。

4. 施設が提供するサービス利用料金

施設では、入所者に対して以下のサービスを提供します。

施設が提供するサービスは、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額を入所者にご負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事の提供及び栄養管理（栄養ケアマネジメント）（但し、食材料費及び調理にかかる費用は別途いただきます。）

- ・施設では、管理栄養士（外部の管理栄養士の協力による）が入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行い、栄養並びに入所者の身体の状態、嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・入所者の自立支援のため、離床して食堂で食事をとっていただくことを原則としています。

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

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

④機能訓練

- ・機能訓練は専門職の指導の下、職員により、入所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訓練を実施します。

⑤口腔衛生管理

- ・入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。
- ・入所者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価を実施します。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈 介護保険サービス費（1日あたり） 〉

利用料金は厚生労働大臣が定める告知上の額であり、下記の料金表によって、利用者の負担割合に応じた自己負担額をお支払い下さい。サービスの利用料金の内、加算分については、加算対象となっている入所者に、個別に請求いたします。

【基 本】						
入所者の要介護度と サービス利用料金（/日）	自己負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	1割	682 円	753 円	828 円	901 円	971 円
	2割	1,364 円	1,506 円	1,656 円	1,802 円	1,942 円
	3割	2,046 円	2,259 円	2,484 円	2,703 円	2,913 円

【加 算】	加算料金 1 割/ 2 割/ 3 割 (内 容)
看護体制加算 (Ⅰ) イ (/日)	12 円 / 24 円 / 36 円 (常勤の看護師を 1 名以上配置)
看護体制加算 (Ⅱ) イ (/日)	23 円 / 46 円 / 69 円 (看護職員を常勤換算方法で 2 名以上配置・施設の看護職員又は病院等の看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保)
外泊時費用 (/日)	246 円 / 492 円 / 738 円 (月 6 日限度 病院・診療所への入院又は居宅等への外泊)
初期加算 (/日)	30 円 / 60 円 / 90 円 (入所日から 30 日以内の期間)
サービス提供体制加算 (Ⅰ) (/日)	22 円 / 44 円 / 66 円 (①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 ②介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 35%以上 のいずれかに適し、介護の質の向上に資する取り組みを実施している)
サービス提供体制加算 (Ⅱ) (/日)	18 円 / 36 円 / 54 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)
サービス提供体制加算 (Ⅲ) (/日)	6 円 / 12 円 / 18 円 (①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 ②看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上 ③直接提供職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30%以上 のいずれかに適し)
若年性認知症入所者受入加算 (/日)	120 円 / 240 円 / 360 円 (若年性認知症入所者に対し指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行った場合)
看取り介護加算 (Ⅰ) (/日)	[死亡日当日] 1,280 円 / 2,560 円 / 3,840 円 [死亡日前日及び前々日] 680 円 / 1,360 円 / 2,040 円 [死亡日以前 4 日～30 日] 144 円 / 288 円 / 432 円 [死亡日 45 日前～31 日前] 72 円 / 144 円 / 216 円 (・常勤の看護師を 1 名以上配置し、施設の看護職員又は病院等の看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保 ・看取りに関する指針を定め、入所時に入所者又は家族等に指針の内容を説明し、同意を得ている ・看取りの実績等踏まえ、指針の見直しを行う ・看取りに関する職員研修を行う ・看取りを行う際は個室にて行う)
退所前訪問相談援助加算 (/1 回)	460 円 / 920 円 / 1,380 円 (入所期間 1 月超が見込まれる入所者の退所に先立ち介護支援専門員等が退所後生活する居宅を訪問し、入所者及び家族等に対して退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合に、入所中 1 回(入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる入所者にあつては、2 回)を限度として算定) (退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合も同様)
退所後訪問相談援助加算 (/1 回)	460 円 / 920 円 / 1,380 円 (入所者の退所後 30 日以内に入所者の居宅を訪問し、入所者及び家族等に対し相談援助を行った場合に、退所後 1 回を限度として算定) (退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合も同様)
退所時相談援助加算 (/1 回)	400 円 / 800 円 / 1,200 円 (入所期間 1 月超の入所者が退所し、その居宅において居宅サービス等を利用する場合において、退所時に入所者及び家族等に対して退所後の居宅サービス等について相談援助を行い、かつ、入所者の同意を得て、退所の日から 2 週間以内に入所者の退所後の居宅地を管轄する市町村及び老人介護支援センターに対して、入所者の介護状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービス等に必要な情報提供した場合に、入所者 1 人につき 1 回を限度として算定) (退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して入所者の介護状況を示す文書を添えて入所者の処遇に必要な情報提供等を行った場合も同様)

退所前連携加算（/1回）	500 円 / 1,000 円 / 1,500 円 （入所期間1月超の入所者が退所し、その居宅において居宅サービス等を利用する場合において、当該入所者の退所に先立って入所者が利用希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、入所者の介護状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービス等に必要な情報提供をし、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として算定）
退所時情報提供加算（/1回）	250 円 / 500 円 / 750 円 （入所者が退所し、医療機関に入院する場合に、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として算定）
特別通院送迎加算（/月）	594 円 / 1,188 円 / 1,782 円 （透析を要する入所者で、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、1月に12回以上、通院のため送迎を行った場合）
在宅・入所相互利用加算（/日）	40 円 / 80 円 / 120 円 （複数の者であらかじめ在宅期間及び入所期間（入所期間が3月を超えるとときは、3月を限度）を定めて、施設の居室を計画的に利用している者。在宅での生活期間中の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方合意の上介護に関する目標及び方針を定め、その内容を説明し、同意を得ている）
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	要介護度別のサービス利用料金とサービス加算料金の合計に113/1000を乗じたもので算定。 （介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして指定権者に届け出ている）

（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、利用料金の全額が入所者の負担になります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- ① 居住費 料金：個室 2,066 円／日
- ② 食費 料金：1日あたり 1,540 円（朝 420 円、昼 590 円、夕 530 円）

但し、入退所日及び外出等により1日3食を摂られない場合は、1食毎に設定した料金の合計額をお支払いいただきます。

①及び②について、特定入所者介護サービス費の対象者（利用者負担第1段階から第3段階(2)の方）は、下記の料金表のとおり、利用者負担段階に応じて負担限度額をお支払いいただきます。基準費用額との差額は、介護保険より補足給付されます。

第4段階の方は、基準費用額相当の全額をお支払いいただきます。介護保険からの補足給付はありません。

利用者負担段階	食 費（日 額）		居住費（日 額）	
	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額
第1段階	1,445 円 (朝 390 円、昼 555 円、夕 500 円)	300 円	個室 2,066 円	880 円
第2段階		390 円		880 円
第3段階(1)		650 円		1,370 円
第3段階(2)		1,360 円		1,370 円
第4段階	1,540 円		2,066 円	

食事の提供は、入所者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ共同生活室で食事が摂れるように支援し、共同生活室で食事を摂ることができない入所者にとっては、居室に配膳し必要な食事補助を行うものとします。

○食事は生活のリズムを配慮し、概ね下記の時間を食事時間とします。

朝食 8:00～8:45 昼食 11:45～12:30 夕食 16:45～17:30

○食事は栄養士が作成したメニューに基づき、入所者お一人お一人の身体状態等に合わせ提供します。

○アレルギーその他食べられないものがある場合は、他のものに代えて提供します。

○アレルギー等の嗜好に応じた特別食は別途料金が必要です。

◎外出・外泊・入院等の際の居住に要する費用について

外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合は、第1～3段階の方は、6日まで負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目以降は、1日当たり2,066円のご負担をいただきます。なお、空床期間に、入所者同意の上で他の入所者が空床を使用する場合は、自己負担は発生しません。

③ レクリエーション活動

入所者の希望により、レクリエーション活動に参加していただくことができます。費用は実費となります。

④ 複写物の交付

入所者は、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いただきます。

一枚につき 20円

⑤ 預り金等管理料

入所者の希望により、貴重品（現金・通帳等）の預かり管理を行います。なお、その際に管理料をご負担いただきます。1日50円（月額1,500円）。

⑥ 理美容代 実費

⑦ 電気料金・・・個人所有の電気製品を持ち込んだ場合

・テレビの場合 1か月500円、1日20円

（25日を超える場合は上限を500円とします。）

・他の製品については、その都度相談により決めます。

⑧ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等、入所者の日常生活に要する費用のうち、入所者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

◎おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

（3）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、毎月末締め翌月15日口座引き落としで、ご利用期間分の合計金額をお支払いください。施設での現金支払、指定の口座への振込をご希望の場合は、翌月10日までにお支払下さい。

5. 事故発生時の対応

施設のサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町、家族等への連絡等必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

併せて事故発生の原因・再発防止の検討を行います。サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。施設は損害賠償責任保険に加入しています。

6. 非常災害対策

- (1) 施設は、非常災害が発生した場合における入所者の安全の確保のための体制、避難の方法等を定めた計画を策定し、施設の見やすい場所に掲示します。
- (2) 施設は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行うものとします。
- (3) 施設は、上記の訓練結果に基づき、施設防災計画の検証を行うとともに、必要に応じて施設防災計画の見直しを行います。
- (4) 施設は、非常災害が発生した場合に職員及び入所者が施設内において当面の避難生活を行うことができるよう、必要な食糧、飲料水、医薬品その他の生活物資の備蓄に努めます。

7. 衛生管理等

- (1) 入所者の使用する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、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療危機の管理を適正に行うこととします。
- (2) 事業者は、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、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
 - 一 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、職員に周知徹底を図ります。
 - 二 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
 - 三 職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに訓練を定期的に年2回以上実施します。

8. 苦情の受付

(1) 施設における苦情の受け

施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口：特別養護老人ホーム番城
- 電話番号：0895-65-9111
- 受付時間：9:00～17:00
- 苦情解決担当者及び責任者：管理者

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

市町の窓口	窓口名：宇和島市高齢者福祉課 所在地：宇和島市曙町1 電話番号：0895-24-1111
公的団体の窓口	窓口名：愛媛県国民健康保険団体連合会 所在地：松山市高岡町101番地1 電話番号：089-968-8700
愛媛県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地：松山市持田町三丁目8番15号 電話番号：089-998-3477 受付時間：9:00～12:00、13:00～16:30 (月～金曜日(祝日除く))

9. 緊急時等における対応

- (1) 施設は、入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、配置医師及び協力医療機関の協力との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めます。
- (2) 施設は、配置医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1回以上、緊急時における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行います。
- (3) 施設は、入所者の病状の急変が生じた場合その他緊急事態が生じたときは、昼夜を問わず24時間いつでもナースコール等で職員の対応を求めることができます。また、速やかに主治医、配置医師又は協力医療機関への連絡を行う等の措置を講じ必要に応じて臨時応急の手当を行います。
- (4) 職員は、前項について緊急事態が発生した場合及びしかるべき処置をした場合は、速やかに主治医及び家族等関係者に連絡、報告をするものとします。

10. 身体的拘束等の適正化について

事業者は、サービスの提供にあたっては、利用者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、身体的拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行わないこととし、身体的拘束等の適正化のため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (4) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的 to 実施します。

11. 虐待の防止のための措置

施設は、入所者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的 to 開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的 to 実施します。
- (4) (1)～(3)の措置を適切 to 実施するための担当者を設置します。

12. 第三者評価の実施状況

- ・実施の有無：なし
- ・実施した直近の年月日：なし
- ・実施した評価機関の名称：なし
- ・実施結果の開示状況：なし

13. サービスの利用に関する留意事項

施設のご利用にあたって、サービスを利用されている快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持ち込みの制限

以下のものは原則として持ち込むことができません。

刃物などの危険物、ペット、騒音・異臭など共同生活上問題となる物

又、大きな家具及び所持品の数量にも制限があります。

(2) 面会

面会時間 9:00～17:30（但し、事情・状況に応じて対応します。相談下さい。）

☆ 来訪者は、必ずその都度面会簿に記入し、職員の確認を得て下さい。

(3) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又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、入所者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○入所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、入所者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但しその場合、ご本人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入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(4) 喫煙 施設内は全フロア禁煙となっております。

(5) サービス利用中の医療の提供及び協力医療機関との連携体制について

・医療を必要とする場合は、下記の協力医療機関と連携体制をとり、診療や入院治療を受けることができます。

ただし、専門的な医療等が必要な場合や、入所者・入所者の家族の希望により、別の医療機関での診療となる場合があります。

協力医療機関（嘱託医）	名称	上甲外科クリニック
	診療科目	外科・胃腸科
協力医療機関（入院・治療）	所在地	宇和島市寄松甲 230-1
	電話番号	0895-25-5811
協力医療機関（入院・治療）	名称	医療法人徳洲会 宇和島徳洲会病院
	診療科目	内科等
協力医療機関（入院・治療）	所在地	宇和島市住吉町 2-6-24
	電話番号	0895-22-2811
協力歯科医療機関	名称	医療法人吉田歯科
	診療科目	歯科
協力歯科医療機関	所在地	宇和島市夏目町 2 丁目 7-9
	電話番号	0895-22-3418
協力歯科医療機関	名称	医療法人真穂会 ますだ歯科医院
	診療科目	歯科
協力歯科医療機関	所在地	宇和島市栄町港 2-2-25
	電話番号	0895-23-2255

・1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認します。

・入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合は、速やかに再入所できるように努めます。

・入所者における新興感染症発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、感染症の診療等を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時における対応を取り決めるように努めます。

1 4. 損害賠償

施設において、事業者の責任により入所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いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、入所者に故意又は過失が認められる場合には、入所者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 5. 個人情報の保護・秘密保持について

(1) 事業者は、入所者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」を遵守し適切に取扱います。

(2) 事業者が得た入所者及びその家族の個人情報については、施設のサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて入所者及びその家族及び代理人の同意を得ます。

(3) 職員は業務上知り得た入所者及びその家族の秘密を保持します。

職員であった者に、業務上知り得た入所者及びその家族の秘密を保持させるため、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を、職員との雇用契約の内容とします。

1 6. 入所者の安全・介護サービスの質の確保・職員の負担軽減に資する方策検討委員会について

事業者は、施設の生産性向上の取組を推進する観点から、施設における課題を抽出及び分析した上で、施設の状況に応じた必要な対応を検討し、入所者の尊厳や安全性を確保しながら施設全体で継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、入所者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設置する。

(※令和9年3月31日までの経過措置)

1 7. その他運営についての重要事項について

(1) 事業者は、職員の質的向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務体制を整備します。

①採用時研修 現場において研修を受け、継続研修により実施

②継続研修 年間計画により実施

(2) 事業者は、職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備し、保管するものとします。

(3) 事業者は、地域密着型施設サービス計画、提供した具体的なサービス内容等の記録、身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録、入所者に関する市町への通知に係る記録、苦情の内容の記録、運営推進会議における報告、要望、助言等の記録、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録等を整備し、サービスの完結の日から5年間保管します。

(4) 重要事項説明書に記載している事項の外、運営に関する重要事項は、事業者と施設の管理者との協議に基づき定めることとします。

●説明確認

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

説明年月日	令和 年 月 日
法人名	社会福祉法人 寿 楽 会
代表者	理事長 末廣 英誉
事業所	特別養護老人ホーム番城
説明者	

私（利用者）は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意し、本書の交付を受けました。

入所者

住 所	
氏 名	(印)

身元引受人等（入所者との関係： ）

住 所	
氏 名	(印)

署名代理人（入所者との関係： ） ※上記と同じ場合は同上可

住 所	
氏 名	(印)