**介護老人福祉施設**

**特別養護老人ホーム　サンタウン松園**

**重要事項説明書**

**１．事業所の名称等**

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　所　名 | 特別養護老人ホーム　サンタウン松園 |
| 　所　在　地 | 岩手県盛岡市北松園4丁目36番55号 |
| 電　話　番　号 | 019-681-7533 |
| 法　人　名 | 社会福祉法人 緑愛会 |
| 法　人　代　表　者 | 理事長 湖山 泰成 |
| 介護保険事業所番号 | 0370105892 |
| 併　設　事　業　所 | ショートステイサンタウン松園 |

**2.　事業目的**

社会福祉法人緑愛会が開設する特別養護老人ホーム　サンタウン松園（以下「事業所」　という。）は、事業所の職員が要介護状態にある入居者に対して、その有する能力に応じて、それぞれが役割を持ち自立した日常生活を家庭的な雰囲気を有した環境の下で営むことができるように配慮して支援することを目的とします。

**3.　運営方針**

（1）事業所の職員は、入居者の心身の状況に応じ、入居者の自立支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術を持って行います。また、入居者の人格を充分に配慮して実施します。

（2）事業所は、施設サービス計画書（以下、「介護計画」という）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、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便且の供与その他の日常生活上の援助、機能訓練、健康管理並びに療養上の援助を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように努めます。

（3）事業所は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービスまたは福祉サービスを提供する者、保険者等との密接な連携に努めます。

　**4.　事業所の概要**（１ユニット定員11名×13ユニット）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　種　類 | 　室　数 | 　面　積 | 　　　　　　　備　考 |  |
| 　　敷　地 |  | 9,918.22㎡ |  |  |
| 　建物の構造 |  | 9,281.23㎡ | 鉄骨造陸屋根4階建 |  |
| 　　定　員 | 143名 |  |  |  |
| 　　居　室 | 　　143室 | 14.50㎡ | 1室あたり |  |
| 共同生活室・食堂 | 　　13室 | 61.93㎡ | １室あたり |  |
| 個浴室 | 　　13室 | 7.00㎡ | １室あたり |  |
| 特浴室 | 　　3室 | 19.00㎡ | １室あたり |  |

**5.　職員の職種、員数及び職務内容**

○職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　職種 | 人数及び職務内容 |
| 施設長 | 1名（常勤兼務）　事業所の職員の管理及び業務の管理を一元化する。 |
| 医師 | 1名以上（嘱託医） |
| 生活相談員 | 2名以上入居者及びその身元引受人に対し相談援助業務を行います |
| 介護支援専門員 | 2名以上　介護計画書を作成し、介護支援に関する業務に従事します |
| 介護職員 | 48名以上日常生活上の介護業務に従事します（昼間は1ユニット毎に1名以上、夜間は2ユニット毎に1名以上配置）。 |
| 看護職員 | 4名以上（ショートステイ看護職と兼務）　看護、保健衛生の業務に従事します。 |
| 管理栄養士 | 1名以上栄養マネジメント、給食管理、入居者の栄養指導に従事します。 |
| 調理員 | ３名以上 (常勤兼務)入居者に食事を提供する調理業務に従事します。 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上　入居者の機能回復、機能維持に必要な訓練及び指導に従事します。 |
| 事務員その他の職員 | 1名以上（常勤兼務）事業所の庶務及び会計事務等に従事します。 |

○勤務体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務体制　　　　 | 　　　時間 | 　　　勤務体制 | 　　　　時間 |
| 早番1 | 6：45～15：45 | 準遅番 | 10：00～19：00 |
| 早番2 | 7：00～16：00 | 　遅番1 | 13：00～22：00 |
| 日勤1 | 8：30～17：30 | 　遅番2 | 13：15～22：15 |
| 日勤2 | 9：00～18：00 | 夜勤 | 22：00～7：00 |

**6.　サービスの内容**

○基本サービス

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　種　類 | 　　　　　　　　　　　　内　容 |
| 　　　居　室 | ・お一人おひとりのプライバシーに配慮した、完全個室です。・設備として、ベッド、チェストがございます。・これまでの生活で使用していた馴染みの品々をお持ち下さい。（但し、スペースの事もありますのでご相談させて下さい）・事業所で必要と判断した場合には、居室の変更を行います（但し、事前にご相談いたします） |
| 　　　食　事 | 【食事の時間】朝食　　7：30～9：00　　　昼食　12：00～13：00おやつ　15：00　　　　　　夕食　17：30～19：00・食事の基本的な時間は上記の通りですが、可能な範囲で入居者の状態に合わせた時間で提供いたします。・季節の行事に合せた食事等、楽しめるように食事を提供いたします。・管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好に配慮した食事を提供いたします。・入居者の心身の状況等に応じ、必要な援助を行います。・入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意志を尊重しつつ、共同生活室及び希望なさる場所で食事を摂ることを支援いたします。 |
| 　　　入　浴 | ・週2回を基本とし入浴支援を行います。・状態に応じ、一般個浴、特別浴、清拭等となります。 |  |
| 　　　日常生活 | 介護計画に沿って、下記の介護を行います。・着替え、排泄、食事などの介助、シーツの交換（週1回）、事業所内外における移動の介助などを行います。・今までの人生を大切に、お一人おひとりに合せた生活を楽しむ　援助を行います。・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行えるよう援助します。・入居者の日常生活における家事等を、入居者の心身の状態等に応じて、それぞれの役割をもって行えるように適切に支援します。　 |
| 　　　機能訓練 | ・身体機能の低下防止に努めるよう、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行います。 |
| 　　　健康管理 | ・当事業所では看護職による健康チェック、年1回の健康診断を　行います。また、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上行います。・緊急時は速やかに主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 |
| 　　相談及び援助 | ・当事業所は、入居者及び身元引受人からの相談にも誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行えるよう努めます。（相談窓口）生活相談員 |
| 社会生活上の便宜 | ・当事業所では、事業所での生活をより豊かにする為に、行事を企画し実施いたします。・行政機関等に手続きが必要な場合には、入居者の状況に応じて事業所で可能な範囲で代行いたします。・事業所では、入居者の外出の機会を確保するよう努めます。 |

○終末期におけるケアの在り方

（1）終末のケアに際して、入居者及び身元引受人の意思を尊重しながら、出来る限りの受容、援助に努めます。

（2）医師による説明、介護についての説明を十分に行います。

（3）看取り指針に沿って対応させていただきます。

**7.　利用料金**

（1）介護保険対象となる基本料金

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護状態　区分 | 一日あたりの　　単位数 | 自己負担金 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要介護　1 | 670単位 | 670円 | 1,340円 | 2010円 |
| 要介護　2 | 740単位 | 740円 | 1480円 | 2220円 |
| 要介護　3 | 815単位 | 815円 | 1630円 | 2445円 |
| 要介護　4 | 886単位 | 886円 | 1772円 | 2658円 |
| 要介護　5 | 955単位 | 955円 | 1910円 | 2865円 |

（2）基本料金以外に必要となるサービスの利用加算料金

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　加算科目 | ｻｰﾋﾞｽ単位 | 自己負担金 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 初期加算（1日につき） | 30単位 | 30円 | 60円 | 90円 |
| 入居した日から30日以内の期間、また30日以上入院後に再入所した場合。 |
| 入院・外泊時加算（1日につき） | 246単位 | 246円 | 492円 | 738円 |
| 病院または診療所への入院を要した場合及び居宅における外泊を認めた場合。（1月に6日を限度） |
| 退所前訪問相談援助加算（1回につき） | 460単位 | 460円 | 920円 | 1,380円 |
| 退所に先立って居宅を訪問し、入居者及び身元引受人に退所後のサービス利用について相談援助を行った場合。（入所中1回を限度） |
| 退所後訪問相談援助加算（1回につき） | 460単位 | 460円 | 920円 | 1,380円 |
| 退所後30日以内に居宅を訪問し、入居者及び身元引受人に相談援助を行った場合。（退所後1回を限度） |
| 退所時相談援助加算（1回につき） | 400単位 | 400円 | 800円 | 1,200円 |
| 退所時に入居者及び身元引受人に対し、退所後のサービス利用についての相談援助を行った場合。退所日から2週間以内に市町村・老人介護支援センター等に対し介護状況を文書により提供した場合。（1人につき1回を限度） |
| 退所前連携加算（1回につき） | 500単位 | 500円 | 1,000円 | 1,500円 |
| 退所に先立って、入居者が希望する居宅介護支援事業者へ退所後のサービス利用について文書による情報を提供し、連携して調整を行った場合。（1人につき1回を限定） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）（1日につき） | 12単位 | 12円 | 24円 | 36円 |
| 基準に該当する機能訓練指導員を配置し、看護・介護職員等と共同して個別の機能訓練計画を3月に1回以上作成・実施している場合。 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）（1月につき） | 20単位 | 20円 | 40円 | 60円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している入居者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たり必要な情報を活用している。 |
| 看護体制加算（Ⅰ）ロ（1日につき） | 4単位 | 4円 | 8円 | 12円 |
| 常勤の看護師を配置した場合。 |
| 看護体制加算（Ⅱ）ロ（1日につき） | 8単位 | 8円 | 16円 | 24円 |
| 入居者25人に対して1人以上、かつ、基準＋1人以上の看護職員を配置し、24時間連絡体制を確保した場合。 |
| 夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ（1日につき） | 21単位 | 21円 | 42円 | 63円 |
| 夜勤帯を通じて、看護師又は社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士を配置している場合 |
| 栄養マネジメント強化加算（1日につき） | 11単位 | 11円 | 22円 | 33円 |
| 入居者の数を50で除した数以上管理栄養士を配置。低栄養状態のリスクが高い入居者に対して、多職種が共同して作成した栄養ケア計画に従い食事の観察を週3回以上実施。また、低栄養状態のリスクが低い入居者の変化にも対応を行い、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合。 |
| 療養食加算（1回につき） | 6単位 | 6円 | 12円 | 18円 |
| 医師の指示に基づき、治療食の提供が行われた場合。（該当者のみ、1日3回を限度） |
| 看取り介護加算（Ⅱ）1. 死亡日以前31～45日
2. 死亡日以前4～30日
3. 死亡日前日及び前々日
4. 死亡日

（1日につき） | 72単位144単位780単位1,580単位 | 72円144円780円1,580円 | 144円288円1,560円3,160円 | 216円432円2,340円4,740円 |
| 基準に該当する職員配置及び身元引受人等の合意、書類の整備等の条件を整備し看取り介護を行った場合。尚、施設外で死亡された場合は算定不可。 |
| 下記、科学的介護推進体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ）は、いずれか1つのみの算定。 |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（1月につき） | 40単位 | 40円 | 80円 | 120円 |
| 入居者の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合。 |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）（1月につき） | 50単位 | 50円 | 100円 | 150円 |
| 入居者の心身状況等に係る基本的な情報に加え疾病等や服薬等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合。 |
| 安全対策体制加算（入居時） | 20単位 | 20円 | 40円 | 60円 |
| 外部研修を受けた担当者を配置し、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている。 |
| 下記、日常生活継続支援加算（Ⅱ）・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）～（Ⅲ）は、いずれか1つのみの算定。 |
| 日常生活継続支援加算（Ⅱ）（1日につき） | 46単位 | 46円 | 92円 | 138円 |
| 前6か月または前12か月の新規入所者総数に占める要介護4以上の割合が7割以上または、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の割合が6割以上。介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が、入所者の数が6またはその端数を増すごとに1以上である。 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（1日につき） | 22単位 | 22円 | 44円 | 66円 |
| 以下のいずれかに該当していること。1. 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80％以上の場合。
2. 介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士が35％以上の場合。

上記に加え、サービスの質の向上に資する取り組みを実施。 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（1日につき） | 18単位 | 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％以上である場合。 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（1日につき） | 6単位 | 6円 | 12円 | 18円 |
| 以下のいずれかに該当していること。1. 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が、50％以上の場合。
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％以上の場合。
3. 利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年以上継続勤務する職員の割合が30％以上の場合。
 |
| 配置医師緊急時対応加算➀配置医師の通常の勤務時間外の場合（早朝・夜間及び深夜を除く）1. 早朝・夜間の場合

（早朝AM6:00～8:00夜間PM18:00～22:00）1. 深夜の場合

（深夜PM22:00～AM6:00） | 325単位/回650単位/回1300単位/回 | 325円650円1300円 | 650円1300円2600円 | 975円1950円3900円 |
| 配置医師が施設の求めに応じ施設を訪問して入所者に対し診療を行い、診療を行った理由を記録した場合。 |
| 栄養ケア・マネジメントの未実施（1日につき） | －14単位 | －14円 | －28円 | －42円 |
| 栄養管理の基準を満たさない場合。 |
|  |
| 協力医療機関連携加算協力医療機関が連携する要件を満たさない場合（1月につき） | 100単位5単位 | 100円5円 | 200円10円 | 300円15円 |
| 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合。 |
| 安全管理体制未実施減算（1日につき） | －5単位 | －5円 | －10円 | －15円 |
| 運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合。 |
| 介護職員等処遇改善加算（I） | 加算率14.0％ | 所定単位×負担割合×14.0％ |
| 介護職員等の賃金改善等を実施し、都道府県知事に対し届け出を行った場合。 |

入居者及び身元引受人は連帯して、関係法令に基づいて定められた利用者負担金、並びに所定の料金体系に基づいたサービス利用料金を事業所に支払うものとします。

サービスに対する利用者負担金は、重要事項説明書及び別紙に記載する通りとします。尚、利用者負担金は関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用するものとします。

（3）介護保険給付対象外サービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 　　費　用 | 　　　　　　　　　　備　考 |
| 食材料費 | 1日　1,600円 |  |
| 居住費 | 1日　2,350円 |  |
| 個人電気製品の　使用料 | 1日　　50円 | ＴＶや電気剃刀等の電化製品を持ち込んでご使用になる場合。 |
| 複写物の交付　　サービス | 1枚　　10円 | サービスに必要な場合に限る。なお、従業者、他のご利用者等の個人を特定する記録は開示できません。 |
| 理美容代 | 実費 | 出張理容料　実費　　　 |
| 趣味活動 | 実費 | ご希望に応じた外出・飲食等にかかった費用 |
| レクリエーション | 　　　実費 | ご希望に応じた費用 |
| 個人に関わる経費　 | 　　　実費 | 病院等の診察代等、その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって入居者に負担していただくことが適当と認められるもの |

利用料の支払いは、毎月ごとのご請求となります。利用料の支払い方法は、月末締めで翌月の15日にゆうちょ銀行または指定口座から引き落としとなります。残高不足等の　理由により引き落としとならなかった場合には、25日に再引落しとなります。また、引き落とし日が休日・祝日の場合は翌営業日に引き落としとなります。

**8.　契約の終了**

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

1. 入居者及び家族（代理人）から更新拒絶の意志表示がなされ、有効期間が満了したとき。
2. 次の事由に該当した場合、事業所は入居者及び身元引受人等に対して30日間の予告期間をおいて文章で通知することにより、この契約を解約することができます。
	1. 利用料金を2ヶ月分滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合。
	2. 入居者が病院または診療所に入院する必要が生じた場合であって、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合。（入院後概ね、3ヶ月以内に退院する事が明らかに見込まれる場合は、入居者及び身元引受人等の希望を考慮します）
	3. 入居者または身元引受人等や、関係する暴力団関係者、新興宗教団体、政治団体、その他の事業所等が、職員、事業者または他の利用者等に対して、脅威を与える恐れのある場合、または脅威を与えた場合。現に活動した場合。脅威とは、暴力、暴言、怒声、罵声、誹謗、中傷、その他類似する行為等。
	4. 感染症疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、入居者の退居が必要であるとき。
	5. 著しい精神疾患の悪化により、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、入居者の退居が必要であるとき。
	6. 入居者または身元引受人等が職員、事業所または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。または、「入居の際に留意いただく事項」に著しく反した場合。
	7. 事業者、事業所の方針や取組、様々な場面での説明に対し理解いただけない場合。
3. 契約の自動終了

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

* 1. 入居者が他の介護保険施設等への入所等により退居した場合。
	2. 入居者が在宅へ退居した場合。
	3. 入居者が要介護認定の更新で、介護保険法令の定める介護老人福祉施設での介護給付が受けられない要介護状態区分と認定された場合。
	4. 入居者が死亡した場合。

**9.　入院、外泊に係る取扱い**

（1） 入居者が病院または診療所に入院した場合、3ヶ月以内に退院すれば、退院後も

再び施設利用できるものとします。但し、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時に事業所の受け入れ準備が整っていない時は、併設されている短期入所生活介護事業所の居室等をご利用いただく場合があります。

（2）　入居者が入院、外泊をした時は、初日及び最終日を除き、1ヶ月につき6日を限

度（月をまたがる場合は各月6日を限度）として料金表体系に基づいた利用料金を支払うものとする。但し、この限度日数を超える場合には、居住費（介護給付対象外）を支払うものとする。

（3）　入院、外泊期間中における入居者のベッド及び居室は、この契約締結をもって予め同意を得たものとし、併設されている短期入所生活介護事業に空床利用として充てる場合があります。この場合、外泊時加算は算定されません。また、居住費の負担もありません。

**10.　秘密保持及び個人情報の保護**

（1）　事業所の職員は、業務上知り得た入居者または身元引受人等の秘密を保持します。

（2）　事業所は事業所の職員であった者に、業務上知り得た入居者または身元引受人等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漏らすことの無いよう必要な措置を講じます。

**11.　緊急時の対応**

サービス提供中に入居者の体調が悪くなった場合、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに身元引受人もしくは身元引受人が指定する緊急連絡先に連絡を行い、主治医または協力医療機関等に連絡・搬送するなど必要な措置を講じます。

嘱託医（医療機関） 氏　名　髙松　正之 （髙松病院勤務医）

　　　　　　　　　　　　氏　名　髙松　三郎　（髙松病院勤務医）

　　　　　　　　　　　 連絡先　019-624-2250（髙松病院）

氏　名　髙橋　進 （中津川病院勤務医）

 　氏　名　足澤　美樹 （中津川病院勤務医）

　　　　　　　　　　　　氏　名　鈴木　啓二郎 （中津川病院勤務医）

 　氏　名　小笠原　理恵 （中津川病院勤務医）

 　連絡先　019-662-3252 （中津川病院）

協力医療機関　　　　　名称　　社団医療法人　赤坂病院

　　　　　　　　　　　　　所在地　岩手県盛岡市名須川町29-2

　　　　　　　　　　　　　連絡先　019-624-1225

協力医療機関　　　　　名称　　医療法人　共生会　松園第二病院

　　　　　　　　　　　　　所在地　岩手県盛岡市西松園三丁目22-3

　　　　　　　　　　　　　連絡先 019-662-0100

協力医療機関　　　　　名称　　医療法人社団　髙松病院

　　　　　　　　　　　　　所在地　岩手県盛岡市館向町4-8

　　　　　　　　　　　　　連絡先　019-624-2250

協力医療機関　　　　　名称　　一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院

 　所在地　岩手県盛岡市下米内2丁目4-12

 　連絡先　019-662-3252

協力歯科医療機関　　　名称　　なごみ歯科仙台

　　　　　　　　　　　　　所在地　宮城県仙台市青葉区中央2-7-30　角川106

　　　　　　　　　　　　　連絡先　022-302-4188

**12.　事故発生の取扱い**

（1）　事業所は、発生した事故の状況等を速やかに身元引受人もしくは身元引受人が指定する者、保険者等に報告するとともに、適切及び必要な措置を講じるものとし、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行なうものとします。但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

（2）　報告を行う対象となる事故は、事業所がサービス提供中の事故と致します。

（3）　事業所は、事故処理の進捗状況に応じ、以下に掲げる報告を行うものとします。

1. 事故発生直後の場合は、事故発生状況。
2. 事故処理が長期化する場合は、随時に行う途中経過等。
3. 問題が解決し、事態が終結した場合は、その顛末及び結果等。

**13.　サービス内容に関する相談または苦情、虐待等の相談体制**

特別養護老人ホームサンタウン松園

受付窓口　生活相談員　丹野　浩平

　電話番号　019-681-7533

　受付時間　8時30分～17時30分 月曜日～金曜日

　上記以外に下記の相談窓口があります。

　盛岡市保健福祉部介護保険課　　　　　　　　電話番号　　019-626-7562

　岩手県国民健康保険団体連合会保健介護課　　電話番号　　019-604-6700

　当事業所の第三者委員　　鈴木　公至　　　　電話番号　　080-9015-1019

　　　　　　　　　　　　　神野　知恵美　　　電話番号　　0238-20-4017

**14.　非常災害対策**

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害・地震等の災害に対処するための計画に基づき非常災害に備えるため、事業所または併設の事業所に防火管理者または火気、消防等についての責任者を定め、年2回以上避難、救出等必要な訓練を行います。

**15.　身体拘束の手続き**

（1） 事業所は入居者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限しません。但し、緊急やむを得ない場合は、身体拘束の介護方法・時間帯・期間等について介護計画をもとに入居者、身元引受人に説明し確認の上、入居者及び身元引受人の同意後、介護計画を添付し、事業所管理者決裁後に身体拘束を行うこととします。

（2） 身体拘束を行う際は、以下の3つの条件を満たした場合のみとします。

　　① 入居者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

1. 身体拘束を行う以外に代替する介護方法がないこと。
2. 身体拘束が一時的なものであること。

（3）身体拘束の必要な状態が解消した場合は、速やかに解除します。

**16.　虐待防止に関する事項**

（1）事業所は、入居者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

1. 虐待を防止するための職員に対する研修の実施、委員会の開催、指針の整備、担当者を定める。
2. 入居者及び身元引受人等からの相談苦情処理体制の整備。
3. その他虐待防止のために必要な措置。

（2）事業所は、サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（身元引受人等入居者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

**17.　入居の際に留意いただく事項**

（1） 面会時間は、9：00～17：30。お越しの際には、職員に一言お声掛けくださり

　 「面会記録簿」へのご記入をお願いします。

（2） 入居者が外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより事務所へ届けること。

（3） 入居者及び身元引受人は、共同生活室の清掃、整頓その他環境衛生のために協力すること。

（4） 共同生活の秩序若しくは風紀を乱し、または安全衛生を害しないこと。

（5） 火元になるマッチやライター等の火気類は所持しないこと。

（6） 故意に共同生活若しくは物品に損害を与え、または物品を持ち出さないこと。入居中に設備や器具に破損等が生じた場合、相談の上賠償していただく事があります。

（7） 特段の事由がない限り施設の提供する食事を摂っていただきます。同時に入居者

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為、面会時

に飲食物を持参される場合は、その場で食べられる程度の量でお願いします。

但し、生もの（刺身等）、既製品以外は持ち込み禁止とします。

（8） ペットの持ち込み及び飼育はできません。

（9） 金銭・貴重品の管理は、自己管理または身元引受人の管理とします。

（10）洗濯については、当事業所にて行いますが、共同生活の為、衣類には全てにご記名ください。

（11）他の利用者や職員に対するハラスメント行為はしないこと。

**18.　第三者評価の実施状況**

　提供するサービスの第三者評価は行っておりません。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要図

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 特別養護老人ホームサンタウン松園 |
| サービスの種類 | 介護老人福祉施設 |
| 措　置　の　概　要 |
| 1　利用者から相談または苦情、虐待等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者・責任者の設置連　絡　先　　　：　特別養護老人ホーム サンタウン松園TEL　019-681-7533　　受　付　窓　口　：　生活相談員　丹野　浩平苦情解決責任者　：　特別養護老人ホームサンタウン松園　施設長　岡崎　雄一郎2　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順（相談・苦情）利用者苦情訪問・情報収集改善対策利用者検討会議受付担当者相談・連絡・助言・指導盛岡市保健福祉部介護保険課　　　　　　　　電話番号　　019-626-7562岩手県国民健康保険団体連合会保健介護課　　電話番号　　019-604-6700第三者委員 鈴木　公至　　電話番号　　080-9015-1019第三者委員　　　　　　　　　神野　知恵美　電話番号　　0238-20-4017神野　知恵美　電話番号　3　苦情原因の把握と対応　 必要時訪問等行い、情報収集する。検討会議を開催し、利用者、身元引受人に対し対応策を説明し、理解と同意を得る。　 事業所内で改善を速やかに実施し、改善状況を確認する。同様の苦情等が起こらないように苦情処理の内容を記録し、職員へ周知するとともに再発防止に努める。4　困難事例の対応解決困難な場合、保険者等に相談・連絡し、助言・指導を得て改善を行う。 |

**個人情報の利用目的**

当法人での入居者、身元引受人の個人情報の利用目的

1．法人内での利用

（1）入居者に提供する医療・介護サービス

（2）医療保険・介護保険事務

（3）入院・入所・退院・退所の管理

（4）会計・経理

（5）医療・介護事故等の報告

（6）当該、入居者への医療・介護サービスの向上（アンケート送付等）

（7）医療・介護実習（研修会含む）への協力

（8）医療・介護の質の向上を目的とした法人内症例研究

（9）その他、入居者に係る管理運営業務

2．法人外への情報提供としての利用

（1）他の病院、診療所、行政機関、薬局、介護サービス事業者等との連携

（2）他の医療機関等からの照会への回答

（3）入居者の診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合

（4）検体検査業務等の業務委託

（5）身元引受人等への病状説明

（6）審査支払機関へのレセプト（保険請求書）の提供

（7）審査支払機関または保険者等からの照会への回答

（8）事業者等から委託を受けた健康診断に係る、事業者等へのその結果通知

（9）医師賠償責任保険、損害賠償保険等に係る、医療・介護に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等

（10）その他、入居者への医療・介護保険事務に関する利用

3．その他の利用

（1）医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

（2）外部監査機関への情報提供

※上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を受付窓口までお申し出ください。

※お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。

※これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等をすることができます。

介護老人福祉施設サービスの利用にあたり、入居者及び身元引受人に対し契約書及び本書に基づいて重要事項を説明し、入居者及び身元引受人と事業所は署名、押印の上、本書を2通作成し各1通保管します。

所 在 地：岩手県盛岡市北松園4丁目36番55号

事業者名：社会福祉法人　緑愛会

事業所名：特別養護老人ホーム サンタウン松園

理 事 長：湖山　泰成　　　印

連 絡 先：019-681-7533

説 明 者：　職 種　 生 活 相 談 員　　　　　氏 名　　　　　　　　　　　　印

上記内容の説明を受け、同意しました。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　入居者

住 所

　　　　　　　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

入居者の身元引受人兼連帯保証人

本人自署

　　　　　　　住　所

　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 印　（続柄　　　　　）

生年月日　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

連絡先

緊急時の連絡先