

特別養護老人ホーム ウィング 重要事項説明書

特別養護老人ホーム ウィング（以下「当施設」という）は入所者様に対する指定介護老人福祉施設サービス（以下サービスといふ）の提供開始に当たり、当施設の概要や提供するサービスの内容の説明すべき事項は次のとおりです。

1. 当事業所の概要

（1）法人名

法 人 名	社会福祉法人 善俊会
代表者氏名	理事長 杉山 俊輔
所 在 地	宮城県黒川郡大郷町羽生字金井川 94 番 1
電 話 等	TEL 022-359-8182 FAX 022-359-3982

（2）事業所名称

事 業 所 名	特別養護老人ホーム ウィング
事 業 の 種 類	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
管 理 者 氏 名	施設長 藤本 学
所 在 地	宮城県黒川郡大郷町羽生字金井川 94 番 1
介護保険事業所番号	0472700988
電 話 等	TEL 022-359-8182 FAX 022-359-3982

2. 事業の目的及び施設運営の方針

（1）事業の目的

当施設は、介護保険法の趣旨に従い、利用される方がその有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、入所者様に日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、サービスを提供いたします。

当施設は、身体上または精神上著しい障害があるために、常時介護を必要とし、且つ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

（2）施設運営の方針

当施設は、施設サービス計画に基づき、適切なサービスを提供します。

当施設は、ユニットケアの特性を十分に活かして入所者様の意思及び人格を尊重し、常に入所者様の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。また、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

3. 利用定員及びユニット数

施設の利用定員 100 名（長期入所 90 名・短期入所生活介護 10 名）

ユニット数 10 ユニット（長期入所 9 ユニット・短期入所生活介護 1 ユニット）、各定員 10 名

4. 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	職員数	配置基準	勤務時間	職務内容
施設長（管理者）	1	1	9:00～18:00	施設業務の統括・職員の指揮監督
医師（嘱託医）	1	1	内科医 概ね週1回 14:00～17:00	入所者の診察・健康管理
看護職員	3以上		9:00～18:00	入所者への看護サービス
介護職員	31以上	看護/介護 総じて 34	7:00～16:00 9:00～18:00 11:00～20:00 16:00～9:00	入所者への日常的な介護サービス
介護支援専門員	1以上	1	9:00～18:00	施設サービス計画の作成・評価
生活相談員	1以上	1	8:30～17:30	入所者の相談業務・入退所業務
管理栄養士	1	1	9:00～18:00	入所者の栄養指導
機能訓練指導員（看護師と兼務）	1	1	9:00～13:00	入所者の機能回復・維持に必要な訓練や指導
事務職員	必要数		9:00～18:00	施設の庶務及び会計事務

5. 当施設が提供するサービス内容

当施設では、入所者様に対して以下のサービスを提供します。

《サービスの概要》

① 施設サービス計画の立案

計画担当介護支援専門員が、入所者様に対して提供するサービスの内容等を記載した施設サービス計画の原案を作成し、入所者様や代理人様に対し説明をし、同意を得たうえで、サービス提供します。

② 食事

入所者様の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

入所者様の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入所者様がその心身の状況に応じて、できる限り自立して食事を摂ることができるように、必要な時間を確保します。

③ 入浴

入所者様の意向や状態に合わせた入浴または清拭を行います。

寝たきりの方でも機械浴槽等を使用して入浴することができます。

ただし、入所者様に傷病や感染症疾患の疑いがあるなど、医師により入浴が適当でないと判断された場合には、控えさせていただくこともあります。

④ 排泄

入所者様の心身の状況やプライバシーを尊重の上、適切な方法により、排泄の自立を促すため、入所者様の身体機能を最大限に活用した個別の援助を行います。

⑤ 健康管理

医師または看護職員・管理栄養士が、健康管理と栄養上の指導を行います。

⑥ 機能訓練

日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事の実施等を通し、入所者様の心身の状況に応じて、日常生活に必要な機能を回復し、またその機能の減退を防止するための援助を行います。

⑦ レクリエーション

さまざまなイベントを企画し、入所者様の皆様に楽しく過ごしていただけるよう活動を行います。

⑧ 生活相談

当施設では、常に入所者様の心身の状況、その置かれている環境などの的確な把握に努め、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言をいたします。

⑨ 社会生活上の便宜

行政機関等に対する手続きにおいて、入所者様及びその代理人様から申し出があった場合には、所定の手続きにより施設が代行いたします。

6. 利用料金

当施設で行うサービスに対し、入所者様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の額を除いた金額（自己負担額）と介護保険給付の対象外となるサービス費をお支払いいただきます。

※食費・居住費の利用者負担は、所得等の状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者様には、負担軽減策が設けられています。

入所者様が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。認定を受けるには、入所者様あるいはその代理人様が、入所者様の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。

その他詳細については、市町村窓口でお尋ねください。

【特別養護老人ホーム ウィング 料金表】

保険給付対象項目	利用料金/日	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
ユニット型 介護福祉施設 サービス費	要介護1	6,700円	670円	1,340円
	要介護2	7,400円	740円	1,480円
	要介護3	8,150円	815円	1,630円
	要介護4	8,860円	886円	1,772円
	要介護5	9,550円	955円	1,910円
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	460円	46円	92円	138円
看護体制加算Ⅰ(口)	40円	4円	8円	12円
看護体制加算Ⅱ(口)	80円	8円	16円	24円
夜勤職員配置加算Ⅱ(口)	180円	18円	36円	54円
ADL維持等加算	1)300円/月	30円/月	60円/月	90円/月
	2)600円/月	60円/月	120円/月	180円/月
若年性認知症入所者受入加算	1,200円	120円	240円	360円
外泊時費用(1ヶ月6日まで)	2,460円	246円	492円	738円
外泊時在家サービス利用費用 (1ヶ月6日まで)※外泊時費用を算定している際は、併算定できない	5,600円	560円	1,120円	1,680円
初期加算(入所後30日間に限る)	300円	30円	60円	90円
退所時栄養情報連携加算	700円/回	70円/回	140円/回	210円/回
再入所時栄養連携加算	2,000円/回	200円/回	400円/回	600円/回
退所前訪問相談援助加算	4,600円/回	460円/回	920円/回	1,380円/回
退所後訪問相談援助加算	4,600円/回	460円/回	920円/回	1,380円/回
退所時相談援助加算	4,000円/回	400円/回	800円/回	1,200円/回
退所前連携加算	5,000円/回	500円/回	1,000円/回	1,500円/回

退所時情報提供加算	2,500円/回	250円/回	500円/回	750円/回
協力医療機関連携加算(令和7年3月31日まで)	1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
協力医療機関連携加算(令和7年4月1日から)	500円/月	50円/月	100円/月	150円/月
経口移行加算	280円	28円	56円	84円
経口維持加算	I)4,000円/月	400円/月	800円/月	1,200円/月
	II)1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	1,100円/月	110円/月	220円/月	330円/月
療養食加算	60円/1食	6円/1食	12円/1食	18円/1食
在宅復帰支援機能加算	100円	10円	20円	30円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	2,000円	200円	400円	600円
褥瘡マネジメント加算	I)30円/月	3円/月	6円/月	9円/月
	II)130円/月	13円/月	26円/月	39円/月
排せつ支援加算	I)100円/月	10円/月	20円/月	30円/月
	II)150円/月	15円/月	30円/月	45円/月
	III)200円/月	20円/月	40円/月	60円/月
自立支援促進加算	2,800円/月	280円/月	560円/月	840円/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	500円/月	50円/月	100円/月	150円/月
安全対策体制加算(入所初日のみ)	200円/回	20円/回	40円/回	60円/回
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	50円/月	5円/月	10円/月	15円/月
新興感染症等施設療養費(連続する5日まで)	2,400円	240円	480円	720円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	100円/月	10円/月	20円/月	30円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※日常生活継続支援加算を算定している時は算定せず	180円	18円	36円	54円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護保険給付対象項目で算定した加算の合計金額の14%			

[加算項目一覧]

加算項目	概要
ユニット型介護福祉施設 サービス費	基本サービス費
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	新規入所者の内、要介護4・5が70%以上又は、認知症が65%以上
看護体制加算Ⅰ(口)	常勤の看護師が1名以上配置
看護体制加算Ⅱ(口)	看護職員が基準を上回って配置
夜勤職員配置加算Ⅱ(口)	夜勤を行う介護又は看護職員が、最低基準を上回って配置
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	介護職員の内介護福祉士が60%以上 (日常生活継続支援加算を算定している場合は不可)
ADL等維持加算 ※『LIFE』 ※Ⅰ・Ⅱいずれかの算定	(Ⅰ)入所者全員について、利用開始月とその翌月から6ヶ月目においてADL値を測定し、厚労省に提出している事。また上記ADL値を用いて国が示す計算式で得た数値によって、日常生活動作が維持されていると評価される場合 (Ⅱ)(Ⅰ)と同様の計算式で得た数値によって、日常生活動作が維持向上されていると評価される場合。
若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症の方
外泊時費用	外泊時は所定サービス費に代えて(1ヶ月6日まで)
外泊時在家サービス利用費用	外泊中に在宅サービスを利用した場合(1ヶ月6日まで) (外泊時費用を算定している場合は不可)
初期加算	入所後30日に限り加算
退所時栄養情報連携加算	医師が判断した入所者で、管理栄養士が退所先の医療機関等へ栄養管理に関する情報提供した場合
再入所時栄養連携加算	医療機関から再入所する際特別食等提供が必要な場合
退所前訪問相談援助加算	退所前に居宅を訪問し相談援助を行った場合
退所後訪問相談援助加算	退所後の居宅を訪問し相談援助を行った場合
退所時相談援助加算	退所にあたり居宅サービスの相談援助を行った場合
退所前連携加算	退所後の居宅介護支援事業者に情報提供した場合
退所時情報提供加算	退所後の医療機関に情報提供した場合
協力医療機関連携加算	協力医療機関と情報共有の会議を定期的に開催した場合
経口移行加算	経口摂取移行に向け栄養管理
経口維持加算	経口摂取を維持するための栄養管理
口腔衛生管理加算(Ⅱ) ※『LIFE』	歯科医師の指導を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを月2回以上行っている入所者について、介護職員に口腔衛生に関わる指導などを実施し、計画の内容等を厚労省に提出していること
療養食加算	療養食を提供した場合
在宅復帰支援機能加算	在宅復帰時の相談・連絡調整などを行った場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師から認知症の症状等が認められ緊急入所した場合

褥瘡マネジメント加算 ※『LIFE』	(I) 入所時に褥瘡リスクについて評価し、3か月に一回評価、その結果を厚労省に提出している事。また褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施し記録している事
	(II) 褥瘡がある入所者の褥瘡が治癒またはリスク有りとされた入所者に褥瘡が発生していない事
排せつ支援加算 ※『LIFE』	(I) 入所時に排泄に介護を要する方の、要介護状態の軽減の見込みについて評価し、評価結果などを厚労省に提出している事。また支援計画を作成し支援を継続している事
	(II)(I) の要件を満たし、要介護状態の軽減が見込まれ、入所時と比較して排泄動作について改善・悪化していない事、又はおむつ使用から使用無しに改善、又は尿道カテーテルが抜去されたこと
	(III)(I) の要件を満たし、入所時と比較して排泄動作について改善・悪化していない又は尿道カテーテルが抜去されたこと事、且つおむつ使用から使用無しに改善している事
自立支援促進加算 ※『LIFE』	医師が入所者毎に自立支援に必要な医学的評価を行い、定期的に見直しを行い、支援計画等の策定に参加していること。また複数職種が共同し自立支援に係る支援計画を策定しケアを実施している事
科学的介護推進加算(Ⅱ) ※『LIFE』	入所者の心身や疾病の情報などの情報を厚労省に提出している
安全対策体制加算	安全対策部門を設置し、外部の研修を受けた担当者が配置され、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている事
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	医療機関から3年に1回以上感染制御等に係る実地指導を受けている場合
新興感染症等施設療養費	厚労省が定める当該感染症に感染した入所者に対し該当する介護サービスを行った場合 (1ヶ月に1回、連続する5日を限度)
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている、見守り機器等の導入、業務改善の効果のデータ提出
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員の内介護福祉士が 60%以上 (日常生活継続支援加算を算定している場合は不可)

※『LIFE』…厚生労働省が運営する科学的介護情報(高齢者の状態やケアの内容、リハビリ等のデータ収集する)システム。

保険給付対象外項目		金額 (1日)	備考
居住費	Aタイプ	2,066円	室料・光熱費 A)居室面積:平均 11 m ² 設備:ベッド、チェスト
	Bタイプ	2,166円	B)居室面積:平均 14 m ² 設備:電動ベッド、チェスト、床頭台
食 費		1,980円	三食・おやつ
嗜好飲料代 ※(希望者による選択制)		66円	お茶、水、水分補給ゼリー以外のコーヒー、ココア、紅茶、ジュース等の嗜好飲料を提供した場合
日用品費(1品分) ※(希望者による選択制)		必要に応じて	タオル、歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、Box ティッシュ等を利用者が選択
出納管理手数料(非課税)		1ヶ月につき 2,000円	預り金等の保管依頼を受けた場合
行事費		実費	小旅行や観劇等、講師を招いての教室等に参加された場合の費用
電気使用料		必要に応じて	テレビ・冷蔵庫50円、電気毛布40円、電気ポット・扇風機30円、ラジオ20円等(1日)
理美容代	カット・顔剃り・シャンプー	2,150円	外部業者に委託(顔剃りのみは920円)
	パーマ	4,350円	
	白髪染め	3,500円	
診断書類	簡易な証明書	1,000円	嘱託医が作成した場合
	入所証明書	3,000円	
	簡易な診断書	3,000円	
	複雑な診断書	検査項目に応じて	
	死亡診断書(1枚目)	5,000円	
	死亡診断書(2枚目)	3,000円	
遺体処置		5,000円	

「国が定める利用者負担限度額段階(第1～3段階)」 に該当する利用者等の負担額

- 利用者負担は、所得などの状況から第1～4段階に分けられ、国が定める第1～3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人福祉施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります。）
- 利用者負担第1・第2・第3段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第1・第2・第3段階にある次のような方です。

【利用者負担第1段階】

生活保護又は所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられ、且つ預貯金等合計額が、単身者は1,000万円以下、配偶者がいる場合は両者で2,000万円以下である方

【利用者負担第2段階】

所属する世帯全員が市町村民税非課税で、且つ公的年金等収入額（非課税年金含む）とその他の合計所得年金額が80万円以下、且つ預貯金等合計額が、単身者は650万円以下、配偶者がいる場合は両者で1,650万円以下である方

【利用者負担第3段階】

①所属する世帯全員が市町村民税非課税で、且つ公的年金等収入額（非課税年金含む）とその他の合計所得年金額が80万円超120万円以下、且つ預貯金等合計額が、単身者は550万円以下、配偶者がいる場合は両者で1,550万円以下である方

②所属する世帯全員が市町村民税非課税で、且つ公的年金等収入額（非課税年金含む）とその他の合計所得年金額が120万円超の方、且つ預貯金等合計額が、単身者は500万円以下、配偶者がいる場合は両者で1,500万円以下である方

- 利用者負担第4段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。

- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

施設入所者負担額一覧表(1日当たりの利用料)

食 費	利用する療養室のタイプ				
	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室(特養等)	従来型個室(老健・療養等)	多床室
負担第1段階	300	880	550	380	550
負担第2段階	390	880	550	480	550
負担第3段階	① 650	1,370	1,370	880	1,370
	② 1,360				

料金の支払い方法

当施設は入所者様又はその代理人様が指定する送付先に、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月 10 日頃までに送付いたしますので、20 日頃までに下記の指定口座へお支払い下さい。

振込口座：①岩手銀行

口座名義人	社会福祉法人善俊会
	理事長 杉山 俊輔
塩釜支店	店番号 073
普通預金	口座番号 普通 2018476

②七十七銀行

口座名義人	社会福祉法人善俊会
	理事 杉山 俊輔
東勝山支店	店番号 285
普通預金	口座番号 普通 5276080

③ゆうちょ銀行

- 1) ゆうちょ銀行からのお振込みの場合
記号 18190 番号 22578251
口座名義人 シャカイフクシホウジンゼンシュンカイ
- 2) ゆうちょ銀行以外からのお振込みの場合
口座名義人 社会福祉法人善俊会
店名 八一八 店番号 818
普通預金 口座番号 普通 2257825

なお、施設での支払いは事務室にて平日 9:00 から 17:00 までとさせていただきます。

7. 預り金の取り扱い

入所者様が所持する現金や通帳の管理につきましては、自己管理をしていただくことが原則ですが、自己管理が困難であるなどやむを得ない場合、入所者様又はその代理人様の依頼により、通帳と印鑑をお預かりします。

この場合は、別に定める「入所者預り金管理規程」により支払い等の代行を行います。その際、出納管理（預り金支払い代行）手数料としての料金が発生いたします。

8. 緊急時の対応

入所者様がサービス利用中に、体調不良・ケガ等でサービスの利用の継続が困難となつた場合は、速やかに代理人様や医療機関等に連絡するなど必要な処置をいたします。

緊急時の連絡先として、別紙の「連絡先に関わるお願い」にご記入をお願いします。

9. 事故発生の防止及び発生時の対応

事故発生防止の為の指針を整備し、委員会の設置、職員に対しての研修を定期的に行うものとします。

入所者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに入所者様の代理人様、保険者に連絡を行うとともに必要な措置を講じるものとします。

10. 入所中の医療提供について

医療を必要とする場合は、入所者様の希望により、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。

(ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院を保障するものではなく、義務づけるものではありません。)

11. 嘱託医

杉山医院 勤務医

12. 協力医療機関

杉山医院	黒川郡大郷町羽生字中ノ町 11-1 TEL 022-359-4123
※24時間の連携体制あり	
利府掖済会病院	宮城郡利府町森郷字新太子堂 51 番地 TEL 022-767-2151
公立黒川病院	黒川郡大和町吉岡字西桧木 60 番地 TEL 022-345-3101
医療法人社団 青葉会（歯科）	仙台市宮城野区新田 1-19-54 TEL 022-236-8241

13. 苦情相談

当施設は、提供したサービスに関する入所者様及び代理人様等からの苦情に対して、迅速かつ適正に対応するための窓口を設置しております。また、施設内に「ご意見箱」を設置いたしております。その他、文書での苦情も受付けております。

いただいた苦情は、苦情解決責任者である施設長をはじめ関係職員で内容を十分に検討し、申出者様と話し合い等を設け、適切に解決できるよう努めます。

《当施設の苦情相談窓口》

苦情相談窓口	窓口担当者 介護支援専門員 熊谷 優行、生活相談員 武山 浩子 受付時間 9:00~18:00 電話 022-359-8182
--------	---

《行政機関その他苦情受付機関》

宮城県 大郷町役場	[保健福祉課] 所在地 黒川郡大郷町柏川字西長崎 5 番地の 8 電話 022-359-5500
宮城県 社会福祉協議会	[福祉サービス利用に関する運営適正化委員会] 所在地 仙台市青葉区上杉一丁目 2 番 3 号 自治会館・社会福祉会館 電話 022-716-9674
宮城県国民健康 保険団体連合会	[苦情相談窓口] 所在地 仙台市青葉区上杉一丁目 2 番 3 号 電話 022-222-7700

《第三者委員》

当施設は、苦情解決における中立性、公平性、社会性を確保するとともに、苦情申出人に対する適切な支援を行うため、善俊会に第三者の立場に立つ第三者委員を設置しております。

高橋 鉄雄	大郷町民生委員協議会 会長
大塚 潮	大郷町地域包括支援センター 所長

14. 第三者評価

第三者による評価の実施状況：無

15. 看取り介護について

当施設での看取り介護は、長年過ごした場所で親しい人々に見守られ自然な死を迎えられるよう、当施設は入所者様及びその代理人様に対し以下の確認を行い、理解を得るよう努めます。

(1) 看取り介護

- ①各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認などにより特変の早期発見と対応に努めます。
- ②医師により病状の説明を行い今後の治療方針と、希望する終末期をイメージする支援を行います。
- ③各職種（施設長、看護職員、介護支援専門員、介護士、管理栄養士）などの参加によるサービス担当者会議を開催して施設介護サービス計画書の修正あるいは変更を行います。
- ④入所者様及びその代理人様の意向を踏まえ、看取り介護に向けて計画書を作成します。

(2) 施設における連絡体制

- ①看護職員の24時間オンコール体制を整えます。
- ②嘱託医が緊急時及び夜間帯の対応を行います。
- ③定期的に入所者様の代理人様へ状態の報告を行います。

16. 秘密の保持

当施設及び施設の職員は、業務上知り得た入所者様及びその代理人様等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

当施設の職員が職員でなくなった後も、業務上知り得た入所者様及びその代理人様等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

当施設は、入所者様及びその代理人様からの同意を得ない限り、サービス担当者会議などにおいて、入所者様及びその代理人様等の個人情報を提供いたしません。

17. 個人情報の使用について

当施設は、入所者様に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関などに入所者様に関する心身などの情報を提供すること、また、主治医や歯科医の意見を求めることが、また、介護保険機関や医療機関などとの連絡調整において入所者様に関する個人情報を用いることについて、あらかじめ入所者様及びその代理人様に文書での同意を得るものとします。

18. 施設サービス計画書について

当施設は、施設のご利用に際して、入所者様及びその代理人様のご意見・ご希望を把握して、施設サービス計画を計画担当介護支援専門員が立案・作成・説明・交付いたします。その施設サービス計画書についての説明を受けた後、施設サービス計画書に署名・捺印をいただきます。また、施設サービス計画書は必要に応じて見直し・変更をいたします。

19. 非常災害時の対策について

災害時の対策については、別途定める「特別養護老人ホーム ウィング消防計画」に沿って対応を行います。職員及び入所者様が参加する訓練を定期的に実施します。

- (1) 防災設備 火災報知器、消火器、自火報盤（主・副）、屋内消火栓、誘導灯の設置
- (2) 防災訓練 避難訓練 昼間想定 1回/年 夜間想定 1回/年
防災訓練 消火訓練 2回/年 パネル盤の操作訓練 1回/年

20. 損害賠償

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います。

21. 医療機関入院における契約終了について

入所者様が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後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は、契約を終了させていただく場合があります。退院後に再度入所を希望される場合は、改めて入所申し込みが必要となります。

22. 施設利用にあたっての留意事項

(1) 居室移動について

入所者様の体調や症状、その他当施設の管理上の都合により、居室の移動をお願いすることがあります。その際には、入所者様及びその代理人様等と協議の上決定するものとします。

(2) 面会について

様態急変などの緊急時を除いて、面会は下記の時間でお願いします。

なお、面会来所の折には事務室カウンターに備え付けの「面会受付票」の記入をお願いします。

●面会時間 9：00から19：30まで

(3) 外出・外泊について

ユニット内職員に申し出て、許可を受けてください。

(4) 家族様等の宿泊について

事務室内職員に届け出て許可を受けてください。その際、食事・寝具類の提供を行った場合は、その分の料金が発生しますので、ご了承ください。

- (5) 設備・備品の利用について
本来の用途に従って利用してください。
- (6) 所持品等の持ち込みについて
他の入所者様に迷惑となる物については、持ち込みできない場合があります。

令和6年8月1日現在

令和 年 月 日

当施設は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を行いました。

当施設 住所 黒川郡大郷町羽生字金井川 94 番 1
施設名 特別養護老人ホーム ウィング
(介護保険事業所番号) 第 0472700988 号
代表者 施設長 藤本 学 印

説明者 氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

入所者 住所 _____
氏名 _____ 印

代理人 住所 _____
氏名 _____ 印
続柄 ()

特別養護老人ホーム ウィング

施設長 藤本 学 殿

【請求書・明細書の送付先】

氏名	(続柄)
住所	
電話番号	

【緊急時の連絡先】

氏名	(続柄)
住所	
電話番号	

個人情報の利用目的

特別養護老人ホーム ウィングでは、入所者様の尊厳を守り安全に配慮する施設理念のもと、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。

【入所者様への介護サービスの提供に必要な利用目的】

[介護老人福祉施設内部での利用目的]

- 当施設が入所者様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等に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該入所者様の介護・医療サービスの向上

[他の事業者などへの情報提供を伴う利用目的]

- 当施設が入所者様に提供する介護サービスのうち
 - －入所者様の診療に当たり、外部の医師などの意見・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
 - －家族様等への心身状況説明
- 介護保険業務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
 - －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等への実習の協力
 - －当施設において行われる事例研究

[他の事業者への情報提供に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

個人情報使用同意書

社会福祉法人 善俊会
特別養護老人ホーム ウィング
施設長 藤本 學 殿

貴事業所利用に際して、サービス担当者会議及び、他の福祉機関・介護保険機関・医療機関等との連絡調整において、個人情報を用いることに対して、了承・同意をいたします。

入所者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に入所者に関する心身などの情報を提供することと、また主治医、歯科医などの意見を求めることに同意いたします。

令和 年 月 日

入所者氏名 _____ (印)

代理人氏名 _____ (印)
(続柄)