

介護老人福祉施設重要事項説明書

(ユニット型個室指定介護老人福祉施設)

1 事業者

事業所の名称	社会福祉法人下総会
所在地	千葉県成田市名木 192 番地
代表者氏名	理事長 富澤 誠
電話番号	0476-96-4165

2 施設概要

施設名	ユニット型特別養護老人ホーム横芝光
所在地	千葉県山武郡横芝光町横芝 422-41
管理者名	石田 拓
電話番号	0479-75-4165
F A X 番号	0479-75-4170
メールアドレス	yokotokuyou@naginosato.or.jp
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 (1279100307 号)

種別	ユニット型特別養護老人ホーム横芝光 (ユニット型個室)	
定員	40 名	
ユニット	1 ユニット 10 名 4 ユニット	
居室	ユニット型個室	40 名
医務室	1 か所	
共同生活室	4 か所	
キッチン	4 か所	
浴室	リフト浴槽	6 か所
	特殊浴槽	1 か所

3 職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	合 計
管 理 者	1 名		常勤 1 名
医 師		1 名	非常勤 1 名
生活相談員	1 名		従来型兼務 1 名
介護支援専門員	1 名		常勤 1 名
機能訓練指導員	1 名		従来型兼務 1 名
管理栄養士	1 名		従来型兼務 1 名
事務職員	2 名		従来型兼務 2 名
看護職員	2 名以上		常勤 2 名以上

介護職員	12名以上	常勤 12名以上
	日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員を、夜間及び深夜については2ユニットごとに常時1人以上の介護職員等を介護に従事させるものとします。また、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置することとします。	

安全対策担当者	高橋 美佐子
虐待防止担当者	高橋 美佐子
感染対策担当者	菅野 美代子
褥瘡予防担当者	菅野 美代子

4 契約締結時からサービス提供までの流れ

入居者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針及び栄養管理については、入居後作成する「施設サービス計画書」(ケアプラン)・「栄養ケア計画書」(栄養ケアマネジメント)に定めます。

施設サービス計画は担当介護支援専門員が、栄養ケア計画は管理栄養士が、それぞれ入居者及び身元保証人に対して説明を行い、同意を得た上で決定します。

その際、入居者または身元保証人に対し書面を交付する若しくは電磁的記録によりその内容を確認するものとします。

5 施設サービスの概要と利用料金

(1) 介護保険の給付対象サービス

種類	内容
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立へ向け身体能力を最大限活用した援助を行います
食事	栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮したものを提供します。 (食事時間) 朝食 7:45～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
入浴	年間を通じて週2回以上の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は特殊浴槽を用いての入浴も可能です。
機能訓練	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体残存機能の低下防止に努めます。
健康管理	医師や看護職員が、健康管理を行います。
レクリエーション	入居者交流会、クラブ活動等の行事を週、月、年単位で随時行います。
通院外来	協力病医院等への通院外来の介助と入退院時の手配を行います。
生活環境整備	居室内の清掃整備等を状態、状況に応じて行います。 リネンの交換を定期あるいは必要に応じて行います。
栄養管理	利用者の栄養状態や摂取状況に応じた個別の対応を重視し、栄養ケアマネジメントによって低栄養状態の予防、改善に努めます。

※ 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため、緊急時やむを得ない場合を除き、車椅子やベッドに胴や四肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、介護衣(つなぎ)を着せる、居室の外から鍵を掛ける、向精神薬を過度に使用する等の身体拘束を行いません。尚、緊急時やむを得ない場合は、その内容、目的、理

由、拘束の時間、時間帯、時間等の説明を行い、同意を得ます。

(2) 介護保険の給付対象外サービス

サービスの種別	内 容	料 金
居 住 費	安心して暮らすことのできる居住空間を確保できるようにつとめます。	利用者負担 限度毎の負 担限度額内
食 事 費	栄養と利用者の身体状況及び嗜好を配慮した食事を提供します。	
行 事 食	生活の質 (QOL) の向上を目指し、季節や旬を感じられる行事食を月 1 回程度提供します。通常食材料費よりもかかった食材料費の実費相当額をご負担いただきます。	実 費 相 当 額
理 美 容	理美容店の出張による訪問理美容サービスをご利用いただけます。	実 費
事 務 代 行	事務所経費、記録の複写物にかかる実費相当の費用、行政手続きに要す実費相当費用、立替金業務に要する費用。 但し、施設に新たに入居された日又は委任を受けた日において当該月の管理に要する対価は 1 日 = 100 円とする。	3,000 円 (月 額)
洗 濯	衣類等の洗濯を行います。繊維等の問題により色落ちや衣類が縮む恐れのあるものの洗濯はお断りしております。	無 料
医療費・日常生活品等の代金立替	<ul style="list-style-type: none"> ・個人購入希望の福祉用具費・個人購読希望の新聞代金 ・個人希望の嗜好品購入費・行事参加に要した費用 ・嘱託医師、協力病院等受診時の医療費 ・投薬費・個人希望による趣味的活動に要した実費費用 その他入居者の希望等により購入した代金の費用を一時的に立替えます。	実 費
電 気 料 金	個人希望によりテレビ、ラジオ等の電化製品を持込した場合に係る電気料金。季節限定で使用する電気毛布、電気あんか等の冷暖房器具。但し外泊・入院時等居室を空けておく場合はその期間の負担はいたしません。	1 品目につき 1 日 10 円
買い物代行費	個人希望の嗜好品等の購入を毎週月曜日に代行します。	500 円/1 回
外出同行費用	個人希望による外出に対応した際の同行費用。	1,000 円/時間
隔離対応費用	退院時、外泊からの帰設時、新規入居時に感染症対応として 4 日間隔離対応とさせていただきます。隔離にかかる消耗品費をご負担いただきます。	500 円/日
個人選択により利用される個人用の日用品	ティッシュペーパー 1 箱 80 円 歯磨き粉 1 個 200 円 歯ブラシ 1 本 80 円 入れ歯洗浄剤 1 箱 804 円 乾電池 (単 1) 1 本 200 円 乾電池 (単 2) 1 本 150 円 乾電池 (単 3) 1 本 60 円 乾電池 (単 4) 1 本 60 円 当てガーゼ 150 枚 2,230 円 ポータブル消臭剤 1 本 900 円 ハミングッド 1 箱 2,000 円 ワンタフト歯ブラシ 1 本 200 円 口腔ケアウェットシート 1 袋 750 円 おしりふき 1 個 700 円 プロペト 1 個 450 円	

物価の情勢により実勢金額については変動が生じることもあります。その折は請求書等でご連絡

致します。

6 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 基本料金 (日額)

区 分	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	670単位	670円	1,340円	2,010円
要介護2	740単位	740円	1,480円	2,220円
要介護3	815単位	815円	1,630円	2,445円
要介護4	886単位	886円	1,772円	2,658円
要介護5	955単位	955円	1,910円	2,865円

(2) 施設の体制によって加算される料金

①日常生活継続支援加算(Ⅱ)

次のいずれかを満たす場合、且つ、入居者数に対して介護福祉士が一定割合以上(入所者6人に1人以上の介護福祉士配置)配置されている場合に加算されます。

- 1) 算定日の属する月の前6か月間又は前12か月間における新規入居者の総数のうち、要介護4又は5の占める割合が70%以上である。
- 2) 算定日の属する月の前6か月間又は12か月間における新規入居者の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65%以上である。

日常生活継続 支援加算(Ⅱ)	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)
	46単位	460円	46円/日	92円/日	138円/日

②サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ

介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に算定されます。

サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)
	12単位	120円	12円/日	24円/日	36円/日

③夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ

夜勤を行う介護・看護職員の数が国の最低基準を1人以上上回っている場合に加算されます。

夜勤職員配置加算 (Ⅱ)イ	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)
	27単位	270円	27円/日	54円/日	81円/日

④夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ

夜勤を行う介護・看護職員の数が国の最低基準を1人以上上回っていて且つ夜勤時間帯を通じて喀痰吸引等業務の登録を受けている職員を配置した場合に加算されます。

夜勤職員配置加算	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)

(Ⅳ) イ	33 単位	330 円	33 円/日	66 円/日	99 円/日
-------	-------	-------	--------	--------	--------

⑤看護体制加算（Ⅰ）イ

常勤の看護師を1人以上配置している場合に加算されます。

看護体制加算 （Ⅰ）イ	単位数 （1日）	1日の介護報酬 総額（10割）	ご利用者様負 担分（1割）	ご利用者様負 担分（2割）	ご利用者様負 担分（3割）
	6 単位	60 円	6 円/日	12 円/日	18 円/日

⑥看護体制加算（Ⅱ）イ

看護職員を常勤換算方式で入居者25名又はその端数を増すごとに1名以上配置し、国の最低基準を1人以上上回っており、看護職員との24時間の連絡体制を確保されている場合に加算されます。

看護体制加算 （Ⅱ）イ	単位数 （1日）	1日の介護報酬 総額（10割）	ご利用者様負 担分（1割）	ご利用者様負 担分（2割）	ご利用者様負 担分（3割）
	13 単位	130 円	13 円/日	26 円/日	39 円/日

⑦認知症チームケア推進加算（Ⅱ）

認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員で認知症のケアについて、カンファレンスの開催計画の作成、定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

認知症チームケア 推進加算（Ⅱ）	単位数 （1月）	1月の介護報酬 総額（10割）	ご利用者様負 担分（1割）	ご利用者様負 担分（2割）	ご利用者様負 担分（3割）
	120 単位	1,200 円	120 円/月	240 円/月	360 円/月

⑧生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

加算Ⅱ（⑨）の要件を満たし業務改善の取り組みの成果が確認された場合に加算されます。

生産性向上推進体制 加算（Ⅰ）	単位数 （1月）	1月の介護報酬 総額（10割）	ご利用者様負 担分（1割）	ご利用者様負 担分（2割）	ご利用者様負 担分（3割）
	100 単位	1,000 円	100 円/月	200 円/月	300 円/月

⑨生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

入居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の開催や必要な安全対策を講じた上で、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こと。

生産性向上推進体制 加算（Ⅱ）	単位数 （1月）	1月の介護報酬 総額（10割）	ご利用者様負 担分（1割）	ご利用者様負 担分（2割）	ご利用者様負 担分（3割）
	10 単位	100 円	10 円/月	20 円/月	30 円/月

⑩介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員の処遇全般を改善している事業者へ加算されます。

所定単位数に14%を乗じた単位数を加算します。

（所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分

支給限度額の算定対象から除外されます。)

(3) 個別に加算される料金

①初期加算

施設に入居、又は30日を超える入院後に、再び施設に入居された場合、入居日から起算して30日の期間、初期加算料金が加算されます。(入院していた期間は除きます)

初期加算	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)
	30単位	300円	30円/日	60円/日	90円/日

②入院・外泊時加算

病院へ入院した場合及び居宅等における外泊をした場合は、上記の料金に代えて、下記の料金となります。但し、1か月に6日(入院又は外泊の初日及び最終日は含みません)が限度となります。なお、月をまたぐ場合は最高12日となります。

外泊時費用	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)
	246単位	2,460円	246円/日	492円/日	738円/日

③外泊時在宅サービス費用

居宅等における外泊を認め、施設が居宅サービスを提供する場合は上記①・②の料金に代えて、下記の料金となります。但し、1か月に6日(入院又は外泊の初日及び最終日は含みません)が限度となります。なお、月をまたぐ場合は最高12日となります。

外泊時在宅サービス 費用	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)
	560単位	5,600円	560円/日	1,120円/日	1,680円/日

④個別機能訓練加算(Ⅰ)

機能訓練指導員が個別機能訓練計画に基づき、計画的に個別機能訓練を行った場合は加算されます。

個別機能訓練加算 (Ⅰ)	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)
	12単位	120円	12円/日	24円/日	36円/日

⑤個別機能訓練加算(Ⅱ)

個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定していて、その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、機能訓練の実施にあたって当該情報その他機能訓練の適正かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定されます。

個別機能訓練加算 (Ⅱ)	単位数 (1月)	1日の介護報酬 総額(10割)	ご利用者様負 担分(1割)	ご利用者様負 担分(2割)	ご利用者様負 担分(3割)
	20単位	200円	20円/月	40円/月	60円/月

⑥栄養マネジメント強化加算

継続的な栄養管理を強化して実施し且つ個々の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって当該情報その他栄養管理の適正かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定されます

栄養マネジメント 強化加算	単位数 (1日)	1日の介護報酬 総額 (10割)	ご利用者様負 担分 (1割)	ご利用者様負 担分 (2割)	ご利用者様負 担分 (3割)
	11 単位	110 円	11 円/日	22 円/日	33 円/日

⑦自立支援促進加算

特に自立支援が必要とされる入居者に対し多職種が共同して自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施し、医師の評価の結果を厚生労働省に提出し当該情報その他自立支援促進の適正かつ有効な実施のために必要な情報を活用していることで加算されます。

自立支援促進加算	単位数 (1月)	1月の介護報酬 総額 (10割)	ご利用者様負 担分 (1割)	ご利用者様負 担分 (2割)	ご利用者様負 担分 (3割)
	280 単位	2,800 円	280 円/月	560 円/月	840 円/月

⑧療養食加算

医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合は1日につき3回を限度として加算されます。

療養食加算	単位数 (1回)	1回の介護報酬 総額 (10割)	ご利用者様負 担分 (1割)	ご利用者様負 担分 (2割)	ご利用者様負 担分 (3割)
	6 単位	60 円	6 円/食	12 円/食	18 円/食

⑨排泄支援加算

排泄に介護を要する入居者であって、適切な対応を行うことで要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した場合であって、排泄支援計画を医師、看護師、介護支援専門員その他の職種で共同して作成し、実行した場合に6月を限度として1月につき加算されます。

排泄支援加算	単位数 (1月)	1月の介護報酬 総額 (10割)	ご利用者様負 担分 (1割)	ご利用者様負 担分 (2割)	ご利用者様負 担分 (3割)
	100 単位	1,000 円	100 円/月	200 円/月	300 円/月

⑩科学的介護推進体制加算 (I)

入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の情報等を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している際に加算されます。

科学的介護推 進体制加算 (I)	単位数 (1月)	1月の介護報酬 総額 (10割)	ご利用者様負 担分 (1割)	ご利用者様負 担分 (2割)	ご利用者様負 担分 (3割)
	40 単位	400 円	40 円/月	80 円/月	120 円/月

⑪科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）の内容に加えて疾病や服薬情報等を厚生労働省に提供し、必要な情報を活用することで加算されます。

科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	単位数 （1月）	1月の介護報酬 総額（10割）	ご利用者様負担分（1割）	ご利用者様負担分（2割）	ご利用者様負担分（3割）
	50 単位	500 円	50 円/月	100 円/月	150 円/月

⑫安全対策体制加算

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策分門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に入居日に加算されます。

安全対策体制加算	単位数 （入居日）	1月の介護報酬 総額（10割）	ご利用者様負担分（1割）	ご利用者様負担分（2割）	ご利用者様負担分（3割）
	20 単位	200 円	20 円/月	40 円/月	60 円/月

⑬退所時栄養情報連携加算

入院時や退所時に管理栄養士が入院先、退所先の医療機関等に対して栄養管理に関する情報を提供した際に加算されます。

退所時栄養情報連携加算	単位数 （入居日）	1月の介護報酬 総額（10割）	ご利用者様負担分（1割）	ご利用者様負担分（2割）	ご利用者様負担分（3割）
	70 単位	700 円	70 円/月	140 円/月	210 円/月

⑭看取り介護加算

医師が終末期にあると判断した利用者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合は、死亡前 45 日を限度として、死亡月に加算されます。

看取り介護加算（Ⅰ）	区分	単位数 （1日）	ご利用者様負担分（1割）	ご利用者様負担分（2割）	ご利用者様負担分（3割）
	死亡日	1,280 単位	1,280 円/日	2,560 円/日	3,840 円/日
	死亡日前日 死亡日前々日	680 単位	680 円/日	1,360 円/日	4,080 円/日
	死亡日以前 4日～30日	144 単位	144 円/日	288 円/日	432 円/日
	死亡日以前 31日～45日	72 単位	72 円/日	144 円/日	216 円/日

(4) 介護保険給付対象外料金

① 食事提供に関する費用（食材料費及び調理費）

入居者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担となります。

② 居住に要する費用 室料及び水道光熱費（建物設備等の減価償却費等）

この施設及び設備をご利用され、居住するにあたり、室料及び水道光熱費（建物設備等の減価償却費等）を負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された居住費の金額（1日あたり）のご負担となります。

区分	居住費（1日）	食費（1日）
利用者負担 第1段階	880円	300円
利用者負担 第2段階	880円	390円
利用者負担 第3段階①	1,370円	650円
利用者負担 第3段階②	1,370円	1,360円
利用者負担 第4段階	2,660円	1,650円

注）外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合は、利用者負担段階第1～3段階の方は6日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目からは別途料金（通常料金・1日2,660円）が発生します。また第4段階の方はそのまま通常料金が発生します。

注）欠食等があった場合も1日分を徴収致します。

7 利用料金の支払い方法（契約書第11条参照）

- ① 利用された月の翌月20日頃までに請求書を郵送します。施設利用料は毎月26日に預金口座振替です。指定された預金口座に入金をしておいて下さい。
- ② お支払いいただきますと、領収書を発行します。領収書は翌月の請求書とともに郵送しますので、大切に保管して下さい。

（高額医療費や高額介護サービス費の還付を申請するなどの際に使用することがあります。）

8 当施設のサービスの特徴

① 運営の指針

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おいて、入浴・排泄・食事などのケア、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活のケアを行うことにより、ご利用者様がその有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにすることを目指します。

② ユニットケア

いままでの生活に合わせた介護の提供と、ご利用者様それぞれの個性・意思を尊重するためユニットケアを行います。少人数の家族的な雰囲気の中ご利用者と職員が共により密接な信頼関係を築くよう支援いたします。

③ 当施設をご利用するにあたっての留意事項

- (1) 面会時間・・・午前 9:00 ～ 午後 5:30
- (2) 外出・外泊・・・生きがいつくりのために、外出や外泊の機会をできるだけ多く持てるようにご協力ください。(尚、外出・外泊をされる場合は事前にご連絡ください。)
- (3) 食品の持ち込み・・・持ち込みを希望される場合は必ず事前に相談員もしくは管理栄養士へ相談をしてください。
- (4) 金銭・貴重品の管理・・・自己責任を原則とします。
多額な現金及び貴重品の持ち込みは禁止します。
- (5) 宗教活動・・・原則として禁止します。
- (6) 緊急連絡先の変更・・・速やかに届出をお願いいたします。

9 非常災害対策

災害時は当施設の災害対策規定に基づいた対応をします。

防災設備	スプリンクラー設備 非常通報設備（消防署直通）
防災訓練	夜間訓練をはじめ、年 3 回以上実施します。
防火管理者	石田 拓

10 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

入居者の人権の擁護、虐待の防止のために研修等を通して職員の人権意識や知識の向上に努め、入居者の権利擁護に取り込める環境の整備に努めます。

入居者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のためマニュアルを整備し職員教育を行います。

11 サービス内容に関する相談・苦情窓口

① 当施設における苦情の受付

苦情受付担当・・・阿部 綾子

電話 0479-75-4165

苦情解決責任者・・・施設長 石田 拓

寄せられたご意見や苦情に対して、施設長が責任者となって関係機関と相談しながら、申出人と誠意をもって話し合い、合意が得られるように努めます。苦情については問題点を把握し、対応策を検討して必要な改善を行います。

ご意見箱を 1 階地域交流スペースに常時設置してあります。

② 行政機関その他苦情受付機関

横芝光町福祉課介護班	〒289-1793 千葉県山武郡横芝光町宮川 11902 電話 0479-84-1257
千葉県国民健康保険連合会介護保険課	〒286-8585 千葉県千葉市稲毛区天台 6丁目 4-3 電話 043-254-7426 (代表)
千葉県社会福祉協議会運営適正化委員会	〒260-0026 千葉県千葉市中央区千葉港 4-3 電話 043-246-0294 (代表)

12 協力医療機関・緊急時における対処方法

利用者の病状に急変が生じた場合は速やかに嘱託医師に連絡をとり、指示を得て対処します。その際、下記の協力医療機関へ外来受診する場合があります。

夜間・早朝・祝日等は症状に応じて近隣の第3次・第2次緊急指定病院に通院又は緊急搬送されることがあります。

医療機関名	住所
まさごクリニック	〒289-1732 千葉県山武郡横芝光町横芝 425-1 電話 0479-80-0122
横芝町立東陽病院	〒289-1727 千葉県山武郡横芝光町宮川 12100 電話 0479-84-1335
片貝デンタルクリニック	〒283-0104 千葉県山武郡九十九里町片貝 2380 電話 0475-76-8201

13 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに嘱託医に連絡し、当該利用者の身元保証人に連絡を行うとともに、必要な措置（県高齢者福祉課及び横芝光町福祉課への連絡等）を講じます。
- ② 利用者に対する介護福祉施設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、誠意をもって対応し、必要に応じて損害賠償を行います。

14 個人情報の取り扱い

- ① 利用期間
介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。
- ② 利用目的
(1) 介護保険における介護認定の更新、変更のため

- (2) 利用者にかかる施設サービス計画、栄養ケア計画、その他計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (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) 利用者が、医療サービスを希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。
- (5) 利用者の入所する施設内のカンファレンスのため。
- (6) 行政からの要請などに応える場合。
- (7) その他サービス提供で必要な場合。
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合

③ 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には決して使用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス利用終了後においても第三者には漏らしません。
- (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。

④ 入居者に関するお問い合わせへの対応

当施設では、入居者に関する来訪や電話でのお問い合わせに対し、慎重に対応しており、入居者のプライバシーに関わる個人情報につきましては、上記の条件に適用する場合を除き、外部に対し情報提供はいたしません。入居者が施設を利用されているかどうかについても情報提供は行いません。面会の制限などについてのご希望がある場合はお申し出下さい。

私は、本書面に基づいて事業者から上記重要事項の説明を受けました。また、入居者本人及び身元保証人、家族等に関する個人情報を、本書に定める個人情報の取扱いの範囲内において利用、提供、又は収集することについて同意しました。

年 月 日

利 用 者	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話			
	私（身元保証人）は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私（身元保証人）は、本人の意思を確認しました。			
	続 柄		署名を代行した理由	
	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話			

介護老人福祉施設の施設サービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事 業 者	当事業者は、指定介護老人施設として利用者の申込を受諾し、 この重要事項説明書に定める各種サービスについて誠実に責任を持って行います。			
	法 人 所 在 地	〒289-0111 千葉県成田市名木 192 番地		
	名 称	社会福祉法人下総会		
	代 表 者 名	理事長 富澤 誠		
	電 話	0476-96-4165	F A X	0476-96-4166

第 1 緊 急 連 絡 先

氏 名		続 柄	
住 所	〒		
☎			
携帯電話			

第 2 緊 急 連 絡 先

氏 名		続 柄	
住 所	〒		
☎			
携帯電話			

第 3 緊 急 連 絡 先

氏 名		続 柄	
住 所	〒		
☎			
携帯電話			

