

介護保険施設サービス 重要事項説明書

山口県岩国市錦町広瀬 705 番地

社会福祉法人 錦福社会

TEL 0827-71-1111



# 重要事項説明書

(介護老人保健施設 あさぎりの郷)

あなたに対する介護保険施設サービスにあたり、介護保険法に関する厚生省令第40号第5条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 事業者

事業者の名称	錦福社会
法人所在地	山口県岩国市錦町広瀬 758 番地
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 石井 忍
電話番号	0827-72-3523

## 2. ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設あさぎりの郷
施設の所在地	山口県岩国市錦町広瀬 705 番地
施設長名	松本 駿 三
電話番号	0827-71-1111
FAX番号	0827-71-1112

## 3. 事業の目的と運営の方針

### (1) 事業の目的

当施設は、市町村(含、庁・区)の要介護の認定を受けられた方であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことが出来るようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とします。

### (2) 施設運営の方針

一 当施設は、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものとします。

二 当施設は、錦福社会の理念に基づき、入所者の人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保険施設サービスを提供するように努めます。

三 当施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス又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。

#### 4. 施設の概要

(1) 入所定員等 定員 60名

療養室 個室 18室、2人室 5室、4人室 8室

(2) 主な設備

設備の種類	室数
食堂・レクリエーションルーム	2室
機能訓練室	1室
普通浴室	1室
特別浴室	1室
医務室	1室
サービスステーション	1室
談話室	2室

#### 5. 職員体制（主たる職員）

- |                |          |
|----------------|----------|
| 1. 管理者（施設長）    | ・・・1人    |
| 2. 医師          | ・・・1人以上  |
| 3. 薬剤師         | ・・・1人以上  |
| 4. 看護職員        | ・・・6人以上  |
| 5. 介護職員        | ・・・14人以上 |
| 6. 支援相談員       | ・・・1人以上  |
| 7. 理学療法士       | ・・・1人以上  |
| 8. 管理栄養士       | ・・・1人以上  |
| 9. 計画担当介護支援専門員 | ・・・1人以上  |

（注）看護職員及び介護職員の総数は、常勤換算で、入所者の数に対し3人に1人以上を配置しています。

前提に定めるもののほか必要に応じて、その他の職員を配置します。

## 6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	通常の勤務時間帯(8:30~17:30)・常勤勤務	4週8休
支援相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)・常勤勤務	4週8休
計画担当介護 支援専門員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)・常勤勤務	4週8休
介護職員	早番(6:45~15:45) 早番(7:00~16:00) 日勤(9:00~18:00) 日勤(9:30~18:30) 遅番(10:00~19:00) 遅番(12:30~21:30) 夜勤(21:15~翌7:15)	原則として 4週8休
看護職員	早番(7:30~16:30) 日勤(8:30~17:30) 日勤(9:00~18:00) 遅番(9:30~18:30)	原則として 4週8休
理学療法士	A勤務時間帯(8:00~17:00)・常勤勤務 B勤務時間帯(8:15~17:15)・常勤勤務	4週8休
医師	通常の勤務時間帯(8:30~17:30)(施設長兼務)	
管理栄養士	通常の勤務時間帯(9:00~18:00で勤務)	4週8休

### ※職種別職務内容

医師・・・入所者の医学的管理を行います。

看護師・・・医師と協力して医学的管理を行い適切なケアのあり方を検討します。

介護員・・・日常的ケアと他職種と協働して行う専門的なケアを行います。

管理栄養士・・・入所者の栄養管理を行います。

理学療法士・・・リハビリ計画書を作成し入所者の状況に応じリハビリを行います。

支援相談員・・・入退所支援、入所者の日常的相談等を行います。

介護支援専門員・・・入所者の希望を踏まえケアプランを作成します。

事務職・・・施設の窓口機能、施設運営の基礎となる事務部門を扱います。

厨房職員・・・入所者に提供する食事を作ります。

## 7. 協力医療機関

医療機関の名称	岩国市立 錦中央医院	TEL 0827-72-2321
所在地	山口県岩国市錦町広瀬 1072-1	
診療科	内科・外科・耳鼻科・眼科・整形外科・脳外科	

医療機関の名称	つつい外科クリニック	TEL 0827-72-3020
所在地	山口県岩国市錦町広瀬 1074-5	
診療科	外科・形成外科・内科・皮膚科	

医療機関の名称	岩国市立 美和病院	TEL 0827-96-1155
所在地	山口県岩国市美和町渋前 1776	
診療科	内科・外科・小児科・整形外科・眼科・神経科	

医療機関の名称	医療法人カタクリ会よしか病院	TEL 0856-73-7575
所在地	島根県鹿足郡吉賀町六日市 3 6 8 番地 4	
診療科	総合診療科・歯科口腔外科・整形外科・眼科・皮膚科・小児科 精神科・心療内科	

医療機関の名称	岩国市医療センター医師会病院	TEL 0827-21-3211
所在地	山口県岩国市室の木町 3 丁目 6-1 2	
診療科	内科・外科・小児科・整形外科・呼吸器科・循環器科・ 消化器科・放射線科・麻酔科	

医療機関の名称	医療法人新生会 いしい記念病院	TEL 0827-41-0114
所在地	山口県岩国市多田 3 丁目 102-1	
診療科	内科・呼吸器科・放射線科・精神科・循環器科・神経科	

\*医療を必要とする場合は、上記協力医療機関において診療や治療を受けることとします。  
\*ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院を義務づけるものでもありません。

## 8. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	たにもと 歯科医院	TEL 0827-72-2090
院長名	谷本 登	
所在地	山口県岩国市錦町広瀬 6707-7	

## 9. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「介護老人保健施設あさぎりの郷 消防計画及び、地震防災応急計画」に従い対応を行います。
近隣との協力関係	岩国地区消防組合並びに岩国市消防団錦方面隊と密接な関係にあり非常時の支援を約束しております。
平常時の訓練	別途定める「介護老人保健施設あさぎりの郷 消防計画」に従い、毎月1回避難訓練を実施、また、年1回夜間を想定した避難訓練に入所者の方も参加して実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スプリンクラー設備</li> <li>・消火器</li> <li>・自動火災報知設備</li> <li>・消防機関へ通報する火災報知設備</li> <li>・誘導灯及び誘導標識</li> <li>・非常電源（自家発電設備）</li> <li>・非常電源（蓄電池設備）</li> <li>・ガス漏れ報知器</li> <li>・カーテン、布団などは、防災性能のあるものを使用しております。</li> </ul>
防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

## 10. 施設サービスの概要（契約書第4条・第5条参照）

種類	内容							
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご自身での摂食が困難なご利用者に対する食事介助等の援助を行います。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で食べて頂けるよう配慮します。</li> <li>・栄養士の作成する献立表により、栄養と身体状況に配慮した食事の提供に努めます。また食生活を楽しんで頂けるよう努力します。</li> </ul> <p>(食事時間の目安)</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>朝食</td> <td>7:30～8:15</td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td>12:00～12:45</td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td>17:30～18:15</td> </tr> </table>		朝食	7:30～8:15	昼食	12:00～12:45	夕食	17:30～18:15
朝食	7:30～8:15							
昼食	12:00～12:45							
夕食	17:30～18:15							
医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者の症状にあわせた医療・看護を提供します。</li> <li>・医師による定期診察を行い、それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護師等にお申し付けください</li> <li>・但し、当施設では行えない処置（透析等）や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります</li> </ul>	施設サービス費および各加算に係る費用の1割、又は2割、3割をお支払頂きます。 高額介護サービス費の制度について… 1ヶ月の負担額が、一定の合計を超えた部分は高額介護サービス費として払い戻し手続きがありますので各市町村窓口までお尋ねください。						
栄養管理	栄養ケア・マネジメント等によるご利用者の状況にあわせた栄養状態の管理を行います。							
リハビリ	リハビリテーション実施計画に基づき、理学療法士による機能訓練をご利用者の状況にあわせて行います。							

排 泄	自立排泄か、時間排泄か、おむつ使用についてご利用者の状況にあわせて具体的に対応します。
入浴・清拭	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴日 2回程度/週 (入浴時間) 13:30~16:00</li> <li>・入浴日でも入浴できない方はタオルで体をお拭きします。</li> </ul>
離 床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	随時、朝夕の着替えのお手伝いをします。
整 容	身の回りの着替えのお手伝いをします。
娯楽等	当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。
支援相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。

#### 11. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面会時間 8:30~17:30</li> <li>・来訪時はその都度、事務所に届け出てください。</li> <li>・館内に入られる前に必ず手洗い、うがいをお願いします。</li> <li>・風邪、インフルエンザ、新型コロナウイルス等、流行する時期は入所者の感染予防の為、面会室にて面会をお願いすることがあります。</li> <li>・食中毒等の予防のため面会時の差し入れで、生ものはご遠慮いただいております。その他の食べ物についても面会時に一緒に召し上がっていただき、残りは持ち帰っていただくようお願い致します。又、入所者様の健康管理のため面会時の差し入れは職員へ申し出てくださいようお願い致します。</li> <li>・来訪される場合、ペットなど動物の持ち込みはご遠慮下さい。</li> </ul>
外出・外泊	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出、外泊される場合は、必ず事前にお申し出下さい。</li> <li>・施設での療養生活を通して、生活のリズムをつくり明るく家庭的な雰囲気の中で在宅復帰を目的とし、外出、外泊支援を行っております。また、ご利用者様が外出、外泊をご希望された場合も御家族様へ連絡し、外出、外泊支援のご協力を依頼する場合があります。</li> </ul>

金銭管理について	・当施設につきましては、入所者の皆様の金銭管理（現金、通帳、印鑑等）は行っておりません。身元引受人様にて管理をお願い致します。
居室・設備・器具の利用	・施設内の居室や設備器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	・喫煙、飲酒は出来ません。
迷惑行為等	・当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような行為（身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント等）はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

## 12. サービス利用料金（1日あたり）

### （1）保険給付の自己負担額

- ① 施設サービス費（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料金が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。

### 1割負担の場合

#### 《従来型個室》

要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
717円	763円	828円	883円	932円

#### 《多床室》

要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
793円	843円	908円	961円	1012円

### ② 加算

夜勤職員配置加算	24円/日
初期加算（Ⅱ）	30円/日
短期集中リハビリテーション実施加算	258円/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	51円/日
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	450円/日
退所時等支援等加算	
退所時情報提供加算（Ⅰ）	500円/回
退所時情報提供加算（Ⅱ）	250円/回
入退所前連携加算（Ⅰ）	600円/回
入退所前連携加算（Ⅱ）	400円/回
協力医療機関連携加算（2）	5円/月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円/月
リハビリテーションマネジメント計画情報加算	33円/月

科学的介護推進体制加算	60円/月
経口維持加算(Ⅰ)	400円/月
療養食加算	6円/回
褥瘡マネジメント加算	3円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/日
安全対策体制加算	20円/回
外泊(外泊された場合には、外泊初日と最終日以外は上記料金に代えて以下の金額となります。)	
外泊時費用	362円/日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	
基本サービス費に各加算を加えた単位に7.5%を乗じた加算の1割負担	

## 2割負担の場合

《従来型個室》

要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1434円	1526円	1656円	1766円	1864円

《多床室》

要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1586円	1686円	1816円	1922円	2024円

## ② 加算

夜勤職員配置加算	48円/日
初期加算(Ⅱ)	60円/日
短期集中リハビリテーション実施加算	516円/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	102円/日
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	900円/日
退所時等支援等加算	
退所時情報提供加算(Ⅰ)	1000円/回
退所時情報提供加算(Ⅱ)	500円/回
入退所前連携加算(Ⅰ)	1200円/回
入退所前連携加算(Ⅱ)	800円/回
協力医療機関連携加算(2)	10円/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	20円/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	20円/月
リハビリテーションマネジメント計画情報加算	66円/月
科学的介護推進体制加算	120円/月
経口維持加算(Ⅰ)	800円/月
療養食加算	12円/回
褥瘡マネジメント加算	6円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	44円/日

安全対策体制加算 40円/回  
 外泊（外泊された場合には、外泊初日と最終日以外は上記料金に代えて以下の金額と  
 なります。）

外泊時費用 724円/日

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

基本サービス費に各加算を加えた単位に7.5%を乗じた加算の2割負担

### 3割負担の場合

《従来型個室》

要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
2151円	2289円	2484円	2649円	2796円

《多床室》

要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
2379円	2529円	2724円	2883円	3036円

### ② 加算

夜勤職員配置加算 72円/日

初期加算(Ⅱ) 90円/日

短期集中リハビリテーション実施加算 774円/日

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) 153円/日

入所前後訪問指導加算(Ⅰ) 1350円/日

退所時等支援等加算

退所時情報提供加算(Ⅰ) 1500円/回

退所時情報提供加算(Ⅱ) 750円/回

入退所前連携加算(Ⅰ) 1800円/回

入退所前連携加算(Ⅱ) 1200円/回

協力医療機関連携加算(2) 15円/月

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 30円/月

生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 30円/月

リハビリテーションマネジメント計画情報加算 99円/月

科学的介護推進体制加算 180円/月

経口維持加算(Ⅰ) 1200円/月

療養食加算 18円/回

褥瘡マネジメント加算 9円/月

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 66円/日

安全対策体制加算 60円/回

外泊（外泊された場合には、外泊初日と最終日以外は上記料金に代えて以下の金額と  
 なります。）

外泊時費用 1086円/日

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

基本サービス費に各加算を加えた単位に7.5%を乗じた加算の3割負担

## (2) その他の料金

- ① 食費 (1日あたり) 1,600円

※ (ただし、食費については負担軽減額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限になります。)

- ② 居住費 (療養室の利用費) (1日あたり) ※

I 従来型個室 1,728円

II 多床室 437円

(ただし、居住費について負担軽減額認定をうけている場合には、認定書に記載されている居住費の負担額が1日にお支払いいただく居住費の上限になります。)

- ③ 特別室料金 (1日あたり)

個室 600円+税

2人室 500円+税

- ④ 電気器具使用料 (1製品につき) 70円+税/日

- ⑤ 私物の洗濯代 700円+税/回

- ⑥ 教養娯楽費 実費

(レクリエーションやクラブ活動、行事等用意しております。参加は任意です。)

- ⑦ 理美容代 (男性2,000円 女性2,500円 請求書は各理美容店が発行します。施設でのお支払いはできません。)

※上記①「食費」及び②「居住費」においては、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。内容は別紙利用料のご案内に記載されています。※R3年8月1日から、第3段階は所得により2区分に分かれます。

## 13. お客様負担金のお支払い方法 (契約書第8条・参照)

\*お客様が負担される費用は1か月ごとに計算し、ご請求させていただきます。お支払方法は、翌月の26日に指定の金融機関から自動引き落としさせていただきます。

\*1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算いたします。

- (1) 金融機関口座からの自動引き落とし

※ご利用できる金融機関 山口銀行 各支店  
ゆうちょ銀行

## 14. 施設を退所していただく場合 (契約書第10条・参照)

\*当施設との契約が終了する期限は特に定めていません。従って、以下のような理由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、お客様に退所していただくこととなります。

①要介護認定によりお客様の心身の状況が自立又は要支援と判定され、所定の要介護認定の有効期間が満了した場合

②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合

③施設の滅失や重大な毀損により、お客様に対するサービスの提供が不可能になっ

た場合

- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤お客様から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑦お客様が医療機関に入院される場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) お客様からの契約解除申出（契約書第11条・参照）

契約期間中であっても、ご契約から当施設に退所を申し出ることができます。

その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約し施設を退所する事ができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③お客様が入院された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりお客様の身体・財物・信用などを傷付け、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がお客様の身体・財物・信用などを傷付けた場合もしくは傷付ける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第12条 事業者の解約権）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ①お客様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重要な事情を生じさせた場合
- ②お客様によるサービス利用料金の支払が3カ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③お客様が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者らの財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④お客様の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、お客様が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合
- ⑤お客様が他の介護保険施設へ入所した場合

※上記④により契約を解除する場合、事業者は居宅介護支援事業所、または保険者である区市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業所の紹介その他の必要な措置を講じる。

(3) 医療機関に入院する場合

- ・利用者が病院または診療所に入院する必要が生じ、その病院または診療所において利用者を受け入れる体制が整った場合は、原則的に自動的に終了します。

15. 苦情の受付について（契約書第18条・参照）

(1) 施設における苦情の受付

苦情解決責任者 副施設長 大田 明美  
苦情受付担当者 支援相談員 岡本真奈美  
支援相談員 堀 康二 TEL 0827-71-1111  
受付時間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

(2) 錦福社会における苦情の受付

相談員 木原 敬子 TEL 0827-72-3643  
大黒屋 ゆり子 TEL 0827-21-2772

(3) 行政機関その他苦情受付機関

※山口県健康福祉部長寿社会課  
山口県山口市滝町1番1号 TEL 083-933-2774  
※山口県国民健康保険団体連合会  
山口県山口市朝田町1980番地7 TEL 083-995-1010  
※岩国市福祉政策課  
山口県岩国市今津町1丁目14-51 TEL 0827-29-5072  
※島根県国民健康保険団体連合会  
島根県松江市学園1-7-14 TEL 0852-21-2113

16. サービス提供における事業者の義務

当施設は、お客様に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります

- ①お客様の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②お客様の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、お客様から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、お客様に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④お客様に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、お客様の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。  
但し、複写費用については、重要事項説明書記載のコピー代をいただきます。
- ⑤お客様に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
但し、お客様または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に掲載するなどして、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り

得たお客様に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)  
但し、お客様に医療上の必要がある場合には、医療機関等にお客様の心身等の情報を提供します。また、お客様の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合に、お客様の同意を得て行います。

## 17. 個人情報保護に対する基本方針

- ・社会福祉法人 錦福社会(以下「法人」という)は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。
- ・当法人が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ることをここに宣言します。

### 記

#### (1)個人情報の適切な取得、利用、開示、委託

- ①個人情報の取得にあたり、利用目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し、利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用します。
- ②個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、本人の同意を得ることとします。
- ③当法人が委託をする医療・介護関係事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法とガイダンスの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、かつ秘密保持契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をします。

#### (2)個人情報の安全性確保の措置

- ①当法人は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させるために、個人情報保護に関する規程類を整備し、必要な教育を継続的に行います。
- ②個人情報への不正アクセス、個人情報の漏洩、滅失、または毀損の予防及び是正のため、当法人内において規程を整備し安全対策に努めます。

#### (3)個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除等への対応

- ①当法人は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除等の申し出がある場合には、速やかに対応します。これらを希望される場合には、こちら(個人情報相談窓口 0827-71-1111)までお問い合わせください。

#### (4)苦情の処理

当法人は、個人情報取り扱いに関する苦情に対し、適切かつ迅速な処理に努めます。

## 18. 当施設における個人情報の利用目的

- ・介護に関する事
  - ①当施設での介護サービスの提供
  - ②他の施設、病院、行政機関等との連携
  - ③他の介護サービス事業者、医療機関等からの照会への回答
  - ④利用者の看護、介護のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - ⑤ご家族等への状態説明

⑥その他、利用者への介護提供に関する利用

・介護報酬費等請求のための事務

- ①当施設での介護保険、公費負担介護、委託事業に関する事務
- ②審査支払機関へのレセプトの提出
- ③審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ④公費負担介護に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ⑤その他、介護保険及び公費負担介護に関する介護報酬・事業費請求のための利用

・当施設の管理運營業務

- ①会計、経理
- ②監査機関等に対する事故等の報告
- ③当該利用者様の介護サービスの向上
- ④入退所等の施設管理
- ⑤オンブズマン等の第三者評価に係る照会への回答
- ⑥その他、当施設の管理運營業務に関する利用

・その他

- ①賠償責任保険などに係る、保険会社等への相談又は届出等
- ②当施設内において行われる介護実習への協力
- ③介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ④介護の質の向上を目的とした当施設内でのケアカンファレンス
- ⑤サービス担当者会議や事例検討会など地域ケア会議での情報提供
- ⑥市町村による文書提出等の要求への対応
- ⑦事故発生時の市町村への連絡
- ⑧市町村が行う利用者からの苦情に関する調査への協力
- ⑨利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑩施設内での写真等の画像の掲示及び作品の展示
- ⑪法人が発行する広報誌等への画像の掲載

付記

<1>上記のうち、他の機関等への情報提供その他について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。

<2>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。

<3>これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等をする事が可能です。

## 19. 事故発生時の対応について

1. 事故発生（発見）直後は、救急搬送の要請など、ご利用者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
2. ご利用者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかにご家族に連絡をとり、その時点で明らかになっている範囲で事故の状況をご説明し当面の対応を協議致します。なお、事故の内容によっては、事故現場等を保存し、さらに、市町村等関係機関への連絡を行います。
3. 事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
4. 事故に至る経緯、事故の対応、事故後の経過、事故の原因等を整理・分析致します。その際には、アセスメントの実施から施設サービスの一連の過程や、それに基づくサービス提供に関する記録等に基づいて行います。
5. 利用者やご家族に対し、「3.」の結果に基づいて、事故に至る経緯その他の事情をご説明致します。
6. 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

## 20. 感染症対策について

1. 入所者でインフルエンザや新型コロナウイルス等感染・発症が疑われた場合は個室への隔離を検討します。
2. インフルエンザや新型コロナウイルス等感染症の発症が診断された入所者が確認された時は、その状況を判断し全入所者に対して予防投与を行う場合があります。
3. インフルエンザ等感染症の発症が診断された入所者が確認された時は、感染を防ぐために居室で過ごして頂くことがあります。

## 21. 高齢者虐待防止について

- (1) 当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講じます。
  - ・職員に対して虐待防止のための定期的な研修を実施して人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努めます。
  - ・利用者及び家族からの苦情処理体制を整備しています。
  - ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知します。
  - ・前項に対する担当者を設置します。 担当者 業務管理部長 岡本真奈美
- (2) 当施設は、サービス提供中に当該施設職員または擁護者（利用者の家族等、高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用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します。

介護老人保健施設あさぎりの郷での入所サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

あさぎりの郷  
説明者 職名 氏名

令和 年 月 日

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設サービスの提供開始に同意しました。また、記載内容の範囲内で個人情報を使用することに同意します。

契約者兼利用者  
住 所  
氏 名 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

利用者身元引受人

氏 名

(契約者との関係 )