

# 「指定介護老人福祉施設」 重要事項説明書

社会福祉法人 北海道厚真福祉会  
特別養護老人ホーム 豊 厚 園

# 指定介護老人福祉施設重要事項説明書

## 1 事業者（法人）の概要

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人北海道厚真福祉会       |
| 代表者名    | 理事長 近藤 泰行            |
| 所在地・連絡先 | 北海道勇払郡厚真町新町 116 番地の3 |
| 法人設立年月日 | 昭和52年8月1日            |

## 2 事業所（ご利用施設）

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 施設の名称    | 特別養護老人ホーム 豊厚園        |
| 所在地・連絡先  | 北海道勇払郡厚真町新町 116 番地の3 |
| 事業所番号    | 0173600172           |
| 施設長（管理者） | 中島 巧                 |
| 開設年月日    | 昭和53年11月27日          |
| 定員数      | 80名                  |

## 3 施設の目的

### （1）施設の目的

指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い利用者が、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、利用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介護福祉施設サービスを提供します。

この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅において介護福祉施設サービスを受けることが困難な方がご利用いただけます。

### （2）その他

| 事 項               | 内 容                                                                                                                    |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設サービス計画の作成及び事後評価 | 担当の介護支援専門員が、利用者が直面する課題等を分析・評価し、利用者の希望を踏まえ施設サービス計画を作成します。<br>また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載し利用者に説明のうえ交付します。 |
| 介護支援専門員           | 草薨 喜代枝                                                                                                                 |

#### 4 施設の概要

##### (1) 構造等

| 敷 地 |               | m <sup>2</sup>         |
|-----|---------------|------------------------|
| 建 物 | 構造            | 鉄筋コンクリート造              |
|     | 延べ面積（特養、短期入所） | 3222.23 m <sup>2</sup> |

##### (2) 居室

| 居室の種類 | 室 数 | 面積（一人あたりの面積）                                | 備 考   |
|-------|-----|---------------------------------------------|-------|
| 2 人部屋 | 2   | 14.63 m <sup>2</sup> , 17.00 m <sup>2</sup> | コール設置 |
| 4 人部屋 | 19  | 12.62 m <sup>2</sup> , 12.76 m <sup>2</sup> | コール設置 |

##### (3) 主な設備

| 設 備     | 室 数                                     | 面積                    | 備 考      |
|---------|-----------------------------------------|-----------------------|----------|
| 食堂      | 2                                       | 210.38 m <sup>2</sup> |          |
| 機能訓練室   | 1                                       | 214.09 m <sup>2</sup> |          |
| 作業訓練室   | 1                                       | 31.4 m <sup>2</sup>   |          |
| 浴室      | 2                                       | 126.37 m <sup>2</sup> | 特別浴槽2台設置 |
| 静養室     | 1                                       | 9.63 m <sup>2</sup>   |          |
| 医務室     | 1                                       | 26.22 m <sup>2</sup>  |          |
| 非常用災害設備 | スプリンクラー、消火器、誘導灯、自動火災報知機、避難用滑り台<br>1カ所、他 |                       |          |

※短期入所生活介護施設「短期入所生活介護 豊厚園」と同一の設備とします。

#### 5 施設の職員体制

| 従業員の職種  | 人数<br>(人) | 区 分    |    |         |    | 常勤換算後の<br>人数 (人) |
|---------|-----------|--------|----|---------|----|------------------|
|         |           | 常勤 (人) |    | 非常勤 (人) |    |                  |
|         |           | 専従     | 兼務 | 専従      | 兼務 |                  |
| 施 設 長   | 1         | 1      |    |         |    | 1                |
| 生活相談員   | 1         | 1      |    |         |    | 1                |
| 介護職員    | 27        | 25     |    | 2       |    | 26.5             |
| 看護職員    | 5         |        | 4  |         | 1  | 4.9              |
| 医 師     | 1         |        |    |         | 1  | 0.2              |
| 管理栄養士   | 1         | 1      |    |         |    | 1                |
| 機能訓練指導員 | 1         | 1      |    |         |    | 1                |
| 介護支援専門員 | 1         | 1      |    |         |    | 1                |

※短期入所生活介護施設「短期入所生活介護 豊厚園」と同一の職員体制とします。

## 6 職員の勤務体制

| 従業員の職種                             | 勤 務 体 制                                                                                                                                   |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施 設 長<br>生活相談員<br>管理栄養士<br>機能訓練指導員 | 日勤（平日） 8：30 ～ 17：30                                                                                                                       |
| 介護職員<br>介護支援専門員                    | 早出A 5：30 ～ 13：50<br>早出B 6：30 ～ 14：50<br>日勤A 8：00 ～ 16：20<br>日勤B 9：00 ～ 17：20<br>遅出A 10：10 ～ 18：30<br>遅出B 11：00 ～ 19：20<br>夜勤 16：45 ～ 9：25 |
| 看護職員                               | 早出C 7：30 ～ 15：50<br>日勤B 9：00 ～ 17：20<br>遅出C 9：40 ～ 18：00                                                                                  |
| 医 師                                | 14：00 ～ 16：00 月2回                                                                                                                         |

## 7 施設サービスの内容と費用

### （1）介護給付費対象サービス

#### ア サービス内容

| 種 類        | 内 容                                                                                          |      |     |           |                                                         |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----------|---------------------------------------------------------|
| 食 事        | 管理栄養士（栄養士）が作成する献立により栄養及び利用者の身体の状態並びに嗜好に配慮した食事を提供します。                                         |      |     |           |                                                         |
|            | 朝 食                                                                                          |      |     |           | 8：00                                                    |
|            | 昼 食                                                                                          |      |     |           | 12：00                                                   |
|            | 夕 食                                                                                          |      |     |           | 17：30                                                   |
| 入 浴        | 回数（週）                                                                                        | 入浴形態 | 曜 日 |           | ※感染症に罹患され、他者との接触を控えていただく必要がある方については清拭などの方法により保清保持に努めます。 |
|            | 2回                                                                                           | 特別浴  | 1 階 | 月/木       |                                                         |
|            |                                                                                              |      | 2 階 | 月/火/木/金   |                                                         |
|            |                                                                                              | 車椅子浴 | 1 階 | 月/木       |                                                         |
|            |                                                                                              |      | 2 階 | 月/火/木/金   |                                                         |
|            |                                                                                              | 一般浴  | 1 階 | 月/火/水/木/金 |                                                         |
|            |                                                                                              |      | 2 階 | 月/木       |                                                         |
|            |                                                                                              |      |     |           |                                                         |
| 排 泄        | 排泄の自立を促すため利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。                                                           |      |     |           |                                                         |
| 離床・着替え・静養等 | 寝たきり防止のためできるかぎり離床するよう配慮します。<br>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。<br>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。                                                                                    |
| 機能訓練      | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い身体機能の低下を予防するよう努めます。                                        |
| 健康管理      | 看護職員が、常時健康管理を行います。                                                                    |
| レクリエーション等 | 利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。<br>利用料金：材料代等の実費をいただきます。<br>クラブ活動：書道、カラオケ、園芸等 |
| 相談及び援助    | 利用者及びその家族からのご相談に応じます。                                                                 |

## イ 費 用

原則として料金表に掲げる利用料金の1割（対象者2割又は3割）が利用者の負担額となります。

利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

介護保険が適用される場合でも、保険料の滞納等により事業所に直接介護保険が給付されない場合がありますので、その場合は、料金表の利用料金全額をお支払いください。

利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の「償還払い」を受けるときに必要となります。

### 【料金表】

| 1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金  | 要介護度 1<br>5,890 円 | 要介護度 2<br>6,590 円 | 要介護度 3<br>7,320 円 | 要介護度 4<br>8,020 円 | 要介護度 5<br>8,710 円 |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 2.サービス利用に係る自己負担額(※1割) | 589 円             | 659 円             | 732 円             | 802 円             | 871 円             |
| 3.サービス利用に係る自己負担額(※2割) | 1,178 円           | 1,318 円           | 1,464 円           | 1,604 円           | 1,742 円           |
| 4.サービス利用に係る自己負担額(※3割) | 1,767 円           | 1,977 円           | 2,196 円           | 2,406 円           | 2,613 円           |

○加 算（１日につき）

| 加 算              | 算 定 要 件                                                          | 自己負担額  |       |       |
|------------------|------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|
|                  |                                                                  | 1 割    | 2割    | 3 割   |
| 初期加算             | 利用者が新規に入所及び１ヵ月以上の入院後再び入所した場合、３０日間加算。                             | １日     | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | ３０円    | ６０円   | ９０円   |
| 安全対策体制加算         | 安全管理部門を設置し組織的に安全対策を実施する体制に対する加算（入所初日のみ）                          | １日     | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | ２０円    | ４０円   | ６０円   |
| 入院・外泊時加算         | 利用者が入院及び外泊場合６日を限度として加算。（ただし入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません。）              | １日     | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | ２４６円   | ４９２円  | ７３８円  |
| 看護体制加算<br>（Ⅰ）□   | 常勤の看護師配置に対する加算。                                                  | １日     | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | ４円     | ８円    | １２円   |
| 看護体制加算<br>（Ⅱ）□   | 常勤の看護師配置が基準を上回る事業所に加算。                                           | １日     | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | ８円     | １６円   | ２４円   |
| 夜勤職員配置加算<br>（Ⅰ）□ | 夜勤職員の配置が基準を上回る事業所に加算。                                            | １日     | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | １３円    | ２６円   | ３９円   |
| 個別機能訓練加算Ⅰ        | 専従の機能訓練指導員を配置し他職種協働において個別機能訓練計画書を作成すること、また計画内容に沿った機能訓練の実施に対する加算。 | １日     | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | １２円    | ２４円   | ３６円   |
| 療養食加算            | 医師の指示に基づく療養食を提供した場合。                                             | １回     | １回    | １回    |
|                  |                                                                  | ６円     | １２円   | １８円   |
| 再入所時栄養連携<br>加算   | 再入所後（退院後）に大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、医療機関と連携し栄養管理を行った場合に対する加算。      | １回     | １回    | １回    |
|                  |                                                                  | ２００円   | ４００円  | ６００円  |
| 経口移行加算           | 現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合。          | １日     | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | ２８円    | ５６円   | ８４円   |
| 看取り介護加算          | 医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された利用者に対し同意後に看取り介護を行った場合                    | 死亡日以前  | １日    | １日    |
|                  |                                                                  | ３１～４５日 | ７２円   | １４４円  |
|                  |                                                                  | ４～３０日  | １４４円  | ２８８円  |
|                  |                                                                  | 前日・前々日 | ６８０円  | １３６０円 |
|                  |                                                                  | 当 日    | １２８０円 | ２５６０円 |
| サービス提供体制         | 次のいずれにも適合すること                                                    | １日     | １日    | １日    |

|                |                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |       |       |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 強化加算（Ⅰ）        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80/100以上</li> <li>・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと</li> </ul>                                                                                       | 22 円                                                                      | 44 円  | 66 円  |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 次のいずれにも適合すること<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・利用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為の委員会において、必要な検討を行い、定期的に確認していること。</li> <li>・介護機器を活用していること。</li> <li>・年度毎に取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。</li> </ul> | 1 か月                                                                      | 1 か月  | 1 か月  |
|                |                                                                                                                                                                                                            | 100 円                                                                     | 200 円 | 300 円 |
| 処遇改善加算Ⅰ口       | 職員の処遇改善に関する加算                                                                                                                                                                                              | <div>※室料、食費を除く</div> 介護報酬自己負担額（月）×17.6%<br>（※2割負担の場合は2倍）<br>（※3割負担の場合は3倍） |       |       |

○ 自己負担割合について

市町村から介護保険負担割合証が交付されますので、利用開始時にご提示ください。

○ 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- 利用者に提供する食費として1日1,545円（朝・昼・夕食の食材費+調理費）をいただきます。

○ 行事食（特別食）

- ・ 行事開催時の等の特別な食費については、相当分を負担していただきます。
- ・ 療養食、栄養マネジメント料については、相当分を負担していただきます。

- 居住費として1日915円をいただきます。

※詳細については下表を参照して下さい

- 入院・外泊時につきましても居住費をご負担いただきます。

ウ 利用者負担の軽減について

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、居住費・食費の負担が軽減されます。

（詳細な申込要件につきましては、各市町村福祉課にお問い合わせください。）

| 対象者     | 区分 | 居住費 | 食費 |
|---------|----|-----|----|
| 生活保護受給者 |    |     |    |

|             |                           |      |      |        |
|-------------|---------------------------|------|------|--------|
| 世帯全員        | 老齢年金受給者                   | 1段階  | 0円   | 300円   |
| が、市町村住民税非課税 | 課税年金受給額の合計が、82.65万円以下の方   | 2段階  | 430円 | 390円   |
|             | 課税年金収入が、82.65万円超120万円以下の方 | 3段階① | 430円 | 680円   |
|             | 課税年金収入が、120万円超の方          | 3段階② | 530円 | 1,420円 |
| 上記以外の方      |                           | 4段階  | 915円 | 1,545円 |

○ 申請は、原則ご家族が行ってください。

○ 減額の対象となる方につきましては、入所された月内に申請を済ませるようにしてください。

※「介護保険負担限度額認定証」が発行されないまま月を超えた場合には、減額されなくなりますのでご注意ください。

## (2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

| 種 類    | 内 容                                                                                                                                                      | 利 用 料                          |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 理容・美容  | 理容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。<br>※予約制                                                                                                                   | 実費相当分                          |
| 電気使用料  | テレビの外、ビデオ等の録画機器、電気ポッド等を使用する際に電気料金が発生いたします。                                                                                                               | テレビ 400円/月                     |
|        |                                                                                                                                                          | 録画機器 100円/月                    |
|        |                                                                                                                                                          | 電気ポッド 300円/月                   |
|        |                                                                                                                                                          | 電気毛布 1,000円/月                  |
|        |                                                                                                                                                          | 各種充電器等の使用料（電気カミソリ、携帯電話等）100円/月 |
| 日常生活品費 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・クリーニング代（業者への取り次ぎ）</li> <li>・嗜好品（飲食費）</li> <li>・個人用の新聞、雑誌</li> <li>・趣味活動に係る材料費</li> <li>・入院及び外泊中の紙オムツ等</li> </ul> | 実費相当分                          |

## 8 利用料等のお支払方法

|                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|
| ①. 窓口での現金支払い                                                              |
| ②. 下記指定口座への振り込み                                                           |
| ア 郵便局 厚真郵便局<br>口座名 社会福祉法人 北海道厚真福祉会<br>豊厚園園長 中 島 巧<br>記号・番号 19090-33978491 |

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>イ 苫小牧信用金庫 厚真支店</p> <p>口座名 社会福祉法人 北海道厚真福祉会<br/>豊厚園園長 中 島 巧</p> <p>口座番号 普通 033903</p>                        |
| <p>ウ とまこまい広域農業協同組合 厚真支店</p> <p>口座名 社会福祉法人 北海道厚真福祉会<br/>豊厚園園長 中 島 巧</p> <p>口座番号 普通 0691636</p>                 |
| ③. 口座自動引き落とし                                                                                                  |
| <p>エ 口座自動引き落とし代行会社名<br/>(株)北海道電子計算センター[HDCワイドネットセンター]</p> <p>・すべての金融機関でご利用いただくことができます。</p> <p>手数料 月額 210円</p> |

## 9 入所中の医療の提供について

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。

(但し、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

### (1) 協力医療機関

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 慈啓会病院             |
| 所在地     | 札幌市中央区旭ヶ丘5丁目6番50号 |
| 診療科     | 内科、循環器科、精神科       |
| 医療機関の名称 | あつまクリニック          |
| 所在地     | 勇払郡厚真町京町15        |
| 診療科     | 内科、整形外科           |

### (2) 協力歯科医療機関

|         |              |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 桂歯科          |
| 所在地     | 厚真町表町126番地7号 |

※ 利用者本人、ご家族の希望の場合の通院、体調不良や急変等による定期受診以外の通院に対してはご家族の方の付き添い対応をお願いすることもあります。

## 10 権利擁護・虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

### (1) 人権擁護及び虐待防止に関する責任者を選定しています。

|       |          |
|-------|----------|
| 責 任 者 | 施設長 中島 巧 |
|-------|----------|

### (2) 成年後見制度の利用を支援します。

#### (成年後見制度概要)

#### 1、 制度の目的

成年後見制度は、疾病、障がい等の理由により判断力が低下した方に対して、家庭裁判所の決定により選任された後見人等が金銭管理、契約締結の代行等を行うことで被後見人が不利益を被ることを未然に防ぐことを目的とした国が定める制度です。

#### 2、 制度の概要

##### ① 後見人には大きく分けると法定後見制度と任意後見制度の二つがあります。

また、法定成年後見制度は「後見」「保佐」「補助」の3つに分かれており、判断能力の程度など本人の事情に応じて制度を選べるようになっています。

##### ② 法定後見制度においては、家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等（後見・保佐・補助人）が本人の利益を考えながら、本人を不利益な法律行為から取り消したりすることによって、本人を保護・支援します。

|                 | 後見                               | 保佐                           | 補助                                                              |
|-----------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 対象となる方          | 判断能力が欠けているのが通常の状態の方              | 判断能力が著しく不十分な方                | 判断能力が不十分な方                                                      |
| 申立てをすることができる人   | 本人、配偶者、四親等内の親族、検察官など<br>市町村長（注1） |                              |                                                                 |
| 成年後見人等の同意が必要な行為 | 日常生活に関する行為以外の行為                  | 民法 13 条 1 項所定の行為（注2）（注3）（注4） | 申立ての範囲ないで家庭裁判所が審判で決める「特定の法律行為」（民法 13 条 1 項所定の行為の一部）（注1）（注2）（注4） |
| 取り消しが可能な行為      | 日常生活に関する行為以外の行為                  | 同上（注2）（注3）（注4）               | 同上（注2）（注4）                                                      |

|                     |                                  |                                   |        |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------|
| 成年後見人等に与えられる代理権の範囲  | 財産に関するすべての法律行為                   | 申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(注1) | 同左(注1) |
| 制度を利用した場合などの資格などの制限 | 医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど(注5) | 医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど      | —      |

- (注1) 本人以外の者の請求により、保佐人に代理権を与える審判をする場合、本人の同意が必要となります。補助開始の審判や補助人に同意権・代理権を与える審判をする場合も同じです。
- (注2) 民法第13条1項では、借金、訴訟行為、相続の承認・放棄、新築・改築・増築などの行為が挙げられています。
- (注3) 家庭裁判所の審判により、民法第13条1項所定の行為以外についても、同意権・取消権の範囲を広げることができます。
- (注4) 日常生活に関する行為は除かれます。
- (注5) 公職選挙法の改正により、選挙権の制限はなくなります。

### 3、 法定後見開始の申立てに必要な費用について

|             | 後見                  | 保佐     | 補助     |
|-------------|---------------------|--------|--------|
| 申立手数料(収入印紙) | 有料                  | 有料(注6) | 有料(注7) |
| 登記手数料(収入印紙) | 有料                  |        |        |
| その他         | 連絡用の郵送料(注8)、鑑定料(注9) |        |        |

※各種手数料につきましては家庭裁判所にご確認ください。

- (注6) 保佐人に代理権を付与する審判又は保佐人の同意を得ることを要する行為を追加する審判を申立てするには、申立てごとに別途費用が必要になります。
- (注7) 補助開始の審判をするには、補助人に同意見又は代理権を付与する審判を同時にしなければなりません。これらの申立てそれぞれにつき別途費用が必要になります。
- (注8) 申立てをされる家庭裁判所にご確認ください。
- (注9) 後見と保佐では必要なときには、本人の判断能力の程度を医学的に十分確認するために、医師による鑑定を行いますので、鑑定料が必要になります。鑑定料は個々の事案によって異なりますが、ほとんどの場合、10万円以下となっています。
- (注10) 申立てをするには、戸籍謄本、登記事項説明書、診断書などの書類が必要です。これら入手するための費用も別途かかります。(申立てに必要な書類については、申立てをされる家庭裁判所にご確認ください。)

(3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(4) 苦情受付に関する体制を整備しています。

○ 当施設における苦情の受付体制

当施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口(担当者)      五十地 翼
- 「職名」                      生活相談員
- 苦情解決責任者              中島 巧
- 「職名」                      施設長（管理者）
- 受付時間                      9：00～17：00

また、電話、FAXをご利用下さい。 電話番号 (0145)-27-3111  
FAX番号 (0145)-27-3760

#### ① 苦情の受付方法

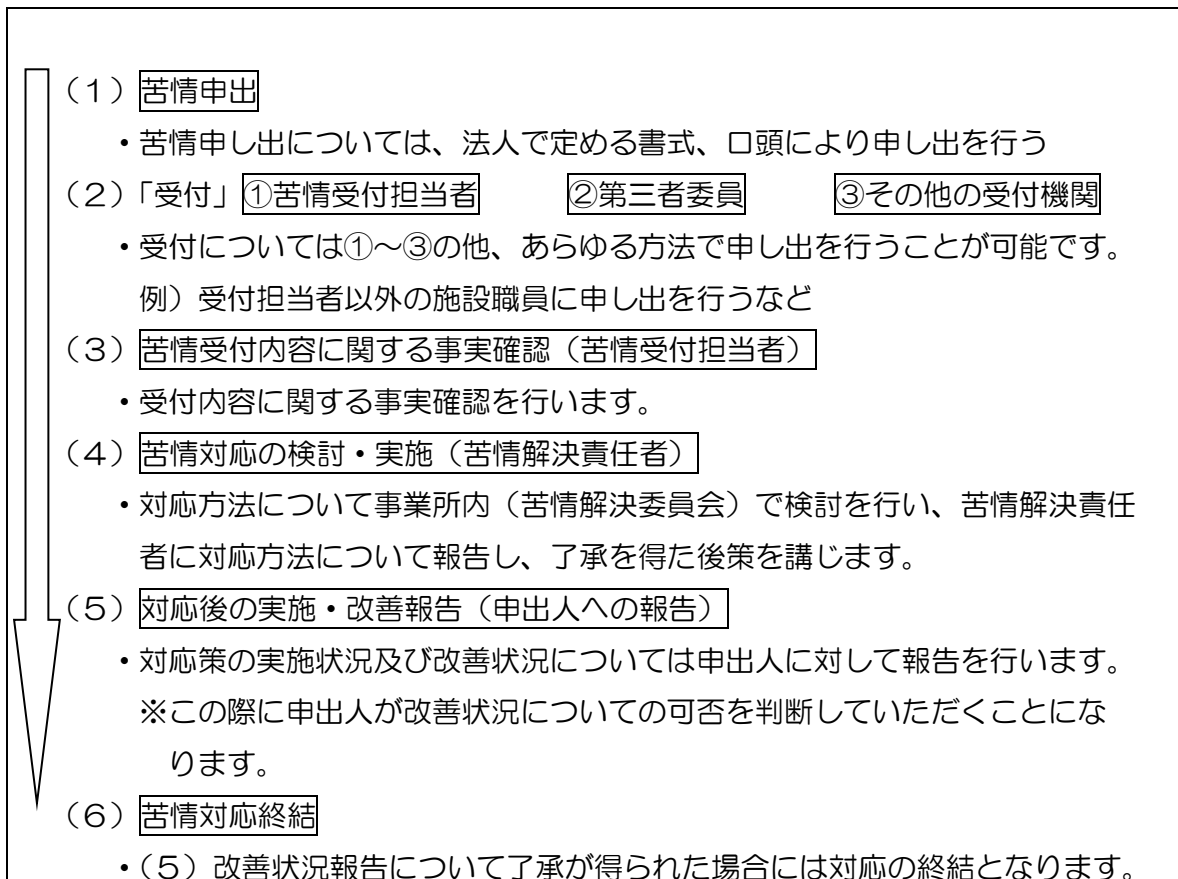
ご利用者、ご契約者の皆様より以下の方法で苦情の受付を致します。

- ・相談窓口での受付
- ・電話による受付
- ・苦情受け付け機関（行政機関）からの報告

#### ② 苦情処理体制

1. 事実確認を致します。
2. 改善方法の検討を致します。
3. 苦情解決責任者（施設長）の決裁を頂きます。
4. 必要に応じて関係機関から情報収集をし、苦情解決委員会にて相談します。

（対応の流れ：例）





|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>① 事業者は、利用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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員という。」）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業員に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため従業員である期間及び従業員でなくなった後においてもその秘密を保持すべき旨を従業員との雇用契約の内容とします。</p> |
| <p>② 個人情報の保護について</p>            | <p>① 事業者は、利用者及び利用者家族の個人情報の提供等に当たっては、社会福祉法人北海道厚真福祉会個人情報保護規定に基づき、適切に取り扱います。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正・追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>                  |

## 11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は、道・市町村・利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する介護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、速やかに損害賠償します。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 保険会社名 | 損保ジャパン                       |
| 保険名   | 「施設の損害保険」                    |
| 補償の概要 | (1) 損害賠償補償<br>(2) お見舞金等一時金補償 |

## 12 非常災害対策について

社会福祉法人北海道厚真福祉社会が作成する防災計画に沿い防災対策を講じます。

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ② 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、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 5月・ 9月）

## 13 ご利用にあたっての留意事項

|             |                                                                                                                |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | 面会時間 8：30～17：30<br>来訪される方は面会時間を遵守いただき、施設玄関口に設置している面会簿にご記入の上面会してください。<br>※感染症の蔓延等により面会を控えていただくこともありますのでご了承ください。 |
| 外出・外泊       | 外出、外泊の際には必ず事前にご連絡ください。連絡の際には、必ず、日時（帰所予定時間含む）・行き先・連絡先をお知らせください。                                                 |
| 居室、設備、器具の利用 | 事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。また、破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。                                                  |
| 喫 煙         | 館内、敷地内は禁煙となっていますのでご協力ください。                                                                                     |

## 14 福祉サービス第三者評価の受審実施状況について

|              |      |       |   |
|--------------|------|-------|---|
| 第三者による評価実施状況 | 1 あり | 実施日   | — |
|              |      | 評価機関  | — |
|              |      | 結果の開示 | — |
|              | ② なし |       |   |

上記内容について、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 39 号）」第 4 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

説明日      令和      年      月      日

|     |       |                       |
|-----|-------|-----------------------|
| 事業者 | 所在地   | 北海道勇払郡厚真町新町 116 番地の 3 |
|     | 法人名   | 社会福祉法人 北海道厚真福祉会       |
|     | 代表者名  | 近 藤 泰 行               |
|     | 事業所名  | 特別養護老人ホーム 豊厚園         |
|     | 説明者氏名 |                       |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

令和      年      月      日

|     |     |  |   |
|-----|-----|--|---|
| 利用者 | 氏 名 |  | 印 |
|-----|-----|--|---|

|     |     |  |   |
|-----|-----|--|---|
| 代理人 | 氏 名 |  | 印 |
|-----|-----|--|---|