

介護老人福祉施設サービス重要事項説明書

〈 令和 年 月 日 現在 〉

1.利用者(被保険者)

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
要介護認定有効期間	令和 年 月 日から
認定審査会意見	

2.事業者

事業所の名称	社会福祉法人 誠光会
所在地	北九州市八幡東区藤見町3番1号
代表者氏名	長谷川 稔
電話番号	093-663-2030
FAX番号	093-663-2032

3.利用施設

事業所の名称	特別養護老人ホーム 長光園
所在地	福岡県直方市大字頓野 259-53
管理者氏名	井手上 稔弘
電話番号	0949-26-3625
FAX番号	0949-26-3626

4.事業の目的と運営方針等

(1) 事業目的

身体的または、精神的に障害があるために日常生活の大半において、介護が必要な高齢者の方を家族に代わって介護させていただきます。

(2) 運営方針

1. 入所者へのサービス向上
2. 職員の資質の向上
3. 地域福祉の増進

(3) サービスの特徴

利用者の有する能力、おかれている環境等の評価に基づき、自立した日常生活が送れるサービスを提供します。

5.ご利用施設で実施する事業

事業の種類	県知事の事業指定		定員	備考	
	指定年月日	指定番号			
施設	特別養護老人ホーム	令和6年12月4日	福岡県4071701132号	80人	施設設置認可日 H18年12月4日
居宅	一般型通所介護	令和6年12月4日	福岡県4071701116号	35人	
	短期入所生活介護	令和6年12月4日	福岡県4071701124号	4人	
居宅介護支援事業		令和6年12月4日	福岡県4071701090号		

6. 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷 地		901.32 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 陸屋根・亜鉛メッキ鋼板葺地下1階付2階建
	延べ床面積	2,267.87 m ² (特養)、415.28 m ² (デイ)、105.55 m ² (支援)
	利用定員	84人 (うち、短期入所4人)

(1) 居室

居室の種類	室数	面積
2人部屋	1室	18.0 m ²
4人部屋	18室	33.0 m ² / 室
6人部屋	1室	49.0 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	室数等	設備の種類	室数等
食 堂	1室	静養室	1室
機能訓練室	1室	医務室	1室
浴 室	一般浴槽、座位浴槽	介護職員室	4室
特 浴	臥位特殊浴槽	大ホール	1室
介護材料室	2室	霊安室	1室
娯楽室	1箇所	洗濯室	1室
厨房	1室	コーヒーコーナー	1室

7. 職員の勤務構成

職 種	員 数	業 務 内 容
施 設 長	1人	施設運営管理全般
生活相談員	1人以上	入所窓口・各相談受付
介 護 職 員	24人以上	介護業務全般
看 護 職 員	3人以上	健康、衛生管理
機能訓練指導員	1人以上	機能回復訓練
介護支援専門員	1人以上	ケアプランの作成
医 師	1人 (非常勤)	回診での早期発見
栄養士	1人以上	栄養管理・調理責任者
宿直員	1人以上	夜間の警備

8. 職員の勤務体制

職種	勤 務 体 制
施設長	正規勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
生活相談員	正規勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
介護職員	早出 (7:15~16:15)、中出 (8:30~17:30) 遅出 (10:00~19:00)、夜勤 (17:00~10:00)

看護職員	早出（7：15～16：15）、中出（8：30～17：30） 遅出（9：30～18：30） 夜間帯については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
介護支援専門員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
医師	水曜日 13：00～15：00 土曜日 14：00～17：00
栄養士	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
宿直員	17:25～8:35

9.施設サービスの概要

（1）法定給付サービス

概 要	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
排 泄	入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
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。
離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容・口腔保清が行われるよう援助をします。リネン交換は、週1回実施します。
機能訓練	機能訓練指導員による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。 当施設の保有するリハビリ器具 歩行器・ヘルストロン・マイクロ波・平行棒・滑車
健康管理	<p>嘱託医師により、週2回診察日を設けて健康管理に努めます。 服薬の管理は看護職員が責任を持って実施します。 また、緊急等必要な場合には、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。 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。</p> <p>当施設の嘱託医 診療所：永松医院（直方市頓野 1532-1） 医師名：永松悠二 診療科：内科・胃腸科 診察日：毎週 水曜 13:00～13:30・土曜 14:00～17:00</p>
相談及び援助	当施設は、入所及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行う様に努めます。 利用者の施設介護サービスが作成される間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるよう適切な各種介護サービスを提供します。
社会生活の便宜	当施設では、必要な教養娯楽設備を整える共に、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。 主な娯楽設備 クラブ活動（書道、製作、美容、園芸）、喫茶コーナー、カラオケプロジェクター 主なレクリエーション行事 夏祭り、運動会、敬老会、誕生会、クリスマス会、忘年会 買物、バスハイク、折り紙教室、お花見、レストラン他

(2) その他

サービス提供記録の保管	介護報酬請求に関連する記録は、サービスの提供に対する保険給付の支払の日から5年間保管とし、その他の記録に関しては、その完結の日から2年間保管。
サービス提供記録の閲覧	土、日曜日・祝日を除く毎日午前9時～午後5時

10.施設サービス計画について

施設サービス計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。施設サービス計画は長くとも6ヶ月毎、また必要なサービスの変更に応じて、適宜見直します。

11. 利用者負担金

介護保険制度では要介護認定による要介護度及び利用者負担の割合により異なります。

(a)施設サービス費（1日あたりの自己負担額）

介護度（多床室）		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料(10割)		5,890円	6,590円	7,320円	8,020円	8,710円
利用者負担金	1割	589円	659円	732円	802円	871円
	2割	1,178円	1,318円	1,464円	1,604円	1,742円
	3割	1,767円	1,977円	2,196円	2,406円	2,613円

(注意) 介護給付算定に係る体制等に関する届け出に基づき、認定するものとします。
要介護度1及び2の場合、各地方自治体に認められた場合に限り入所可能です。

(b)介護保険の加算料金

介護保険加算	内容	加算額		
		1割	2割	3割
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者7人に対して1人以上。 以下のいずれかを満たす。 ①「新規」入所者のうち、要介護4・5の占める割合が70%以上 ②「新規」入所者のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の占める割合が65%以上 ③ たんの吸引等が必要な入所者の占める割合が15%以上 (注)「新規」入所者は「算定日の属する月の前六月間又は前十二月間における新規入所者」	36円/日	72円/日	108円/日
看護体制加算(Ⅰ)ロ	常勤の看護師を1名以上配置している	4円/日	8円/日	12円/日
看護体制加算(Ⅱ)ロ	入所者25人ごとに常勤換算で1人以上看護師を配置し、24時間の連絡体制を整えている	8円/日	16円/日	24円/日
夜勤職員配置加算(Ⅲ)	17時～9時までの間最低基準を1以上上回っている。尚且つ、夜勤時間帯を通して喀痰吸引等の実施が出来る職員を配置している。	16円/日	32円/日	48円/日
外泊時加算	入院及び外泊の場合6日を限度として加算 (但し、入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません。)	246円/日	492円/日	738円/日
初期加算	入所後30日に限り加算	30円/日	60円/日	90円/日
個別機能訓練加算(Ⅰ)	機能訓練指導員による計画的な個別機能訓練を行った場合	12円/日	24円/日	36円/日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	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って、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合	20円/月	40円/月	60円/月

療養食加算	医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合	6円/回	12円/回	18円/回
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする利用者にチームとして専門的な認知症ケアを実施した場合	3円/日	6円/日	9円/日
排せつ支援加算（Ⅰ）	イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用） ロ イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。 ハ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。	10円/月	20円/月	30円/月
※（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）の併算不可				
排せつ支援加算（Ⅱ）	加算（Ⅰ）の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいづれにも悪化がない、又は、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。	15円/月	30円/月	45円/月
排せつ支援加算（Ⅲ）	加算（Ⅰ）の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいづれにも悪化がない、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。	20円/月	40円/月	60円/月
ADL維持等加算（Ⅰ）	イ 利用者（当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること ロ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用） ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得（調整済ADL利得）の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が、1以上であること	30円/月	60円/月	90円/月
※（Ⅰ）（Ⅱ）の併算不可				
ADL維持等加算（Ⅱ）	・加算（Ⅰ）のイとロの要件を満たすこと ・評価対象利用者のADL利得を平均して得た値（加算（Ⅰ）のハと同様に算出した値）が3以上であること	60円/月	120円/月	180円/月
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用） ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。 ハ 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等の状態について定期的に記録していること。 ニ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。	3円/月	6円/月	9円/月
※（Ⅰ）（Ⅱ）の併算不可				
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	加算（Ⅰ）の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。	13円/月	26円/月	39円/月

口腔衛生管理加算 (Ⅰ)	イ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行うこと。 ロ 歯科衛生士が、イにおける入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。 ハ 歯科衛生士が、イにおける入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。	90円/月	180円/月	270円/月
口腔衛生管理加算 (Ⅱ)	・加算(Ⅰ)の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切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。	110円/月	220円/月	330円/月
経口移行加算	経管により食事を摂取する利用者が、経口摂取をすすめるために、医師の指示に基づく栄養管理を行った場合	28円/日	56円/日	84円/日
経口維持加算 (Ⅰ)	著しい摂食機能障害が認められる利用者に対し、医師の指示に基づき経口維持計画を作成し、経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合	400円/月	800円/月	1,200円/月
経口維持加算 (Ⅱ)	経口維持加算(Ⅰ)において行う食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持(Ⅰ)に加えて算定	100円/月	200円/月	300円/月
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められた利用者について、緊急に介護福祉施設サービスを行った場合。 入所日から起算して7日を算定の限度とすること。	200円/日	400円/日	600円/日
看取り介護加算 (Ⅰ)	看取り介護に関する計画のもと看取り介護が行われ、当該施設又は利用者の居室にて死亡した場合 (死亡日以前31日以上45日以下)	72円/日	144円/日	216円/日
	〃 (死亡日以前4日以下30日以下)	144円/日	288円/日	432円/日
	〃 (死亡日の前日及び前々日)	780円/日	1,560円/日	2,340円/日
	〃 (死亡日)	1,580円/日	3,160円/日	4,740円/日
科学的介護推進体制加算(Ⅰ) ※(Ⅰ)(Ⅱ)の併算不可	イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	40円/月	80円/月	120円/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	イ 入所者・利用者ごとの心身、疾病の状況等の詳細な既往歴や服薬状況、同居家族の状況など、更に多くの情報を提供基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	50円/月	100円/月	150円/月
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、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備(入所初日に限り)	20円/回	40円/回	60円/回
生産性向上推進体制加算Ⅱ	介護現場の基礎的な生産性向上への取り組みを評価していること	10円/月	20円/月	30円/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(a)施設サービス費と(b)介護保険の加算料金を足した1000分の176に相当した額			

*加算の仕組上、施設退所後に費用請求が発生する場合がございます点をご了承下さい。

居住費・食費(介護保険給付対象外)

居住費・食費は、本人及び配偶者の所得、課税、資産状況に応じて支払額が異なります。利用者が介護保険負担限度額認定を受けているときは、その認定に基づく支払を受けるものとします。

食費については、一食毎と介護保険負担限度額とを比較し低額を自己負担額とします。

<居住費の負担金>

段階区分	第4段階 (基本)	第3段階②	第3段階①	第2段階	第1段階
多床室 (光熱水費)	915円	430円	430円	430円	0円

*外出・外泊・入院等で居室を確保しておく場合、7日目からの料金1日あたり915円。
(但し、2段階以上については、1日目から6日目まで段階に応じた金額を徴収)

<食費の負担金>

段階区分	第4段階 (基本)	第3段階②	第3段階①	第2段階	第1段階
食費の負担額	1,445円※	1,360円	650円	390円	300円

※基準額食費内訳 朝食：395円 昼食：530円 夕食：520円 (計1,445円)

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則として利用者負担の割合に応じたサービス費に食費及び居住費を併せた合計額をお支払いいただきます。
- ② 災害等の特別な事情が無く保険料を滞納した場合は、滞納した期間に応じて「給付制限」を受けることとなります。

(2) 介護保険給付外サービス

種類	利用者負担金
理容・美容	美容院による出張サービスをご利用いただけます。 <金額>カット…1,500円、パーマ…4,300円、毛染め…4,300円
日常生活に要する費用で本人の負担となるもの	要した費用の実費 日常生活の購入代金、個人的な創作費用、クリーニング代(施設以外の依頼の分) インフルエンザ予防接種や写真等

(3) 利用者負担金のお支払い方法

原則として、自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落としします。)をお願いします。

<その他のお支払い方法>

事業者は、月の利用負担金の請求書を明確に付して翌月の20日までに利用者に請求し、利用者は、請求書到着月の25日までに次の方法によりお支払いをお願いします。

- 特別養護老人ホーム長光園の通帳に振込み(振込手数料は振込者負担)

銀行名：福岡銀行 直方支店 普通 No.1018335

口座名：(トクベツヨウコロウジンホームチヨウクウエン シツチョウ イテガミシロ)

特別養護老人ホーム長光園 施設長 井手上稔弘

(4) 領収書の発行

利用者からお支払いを受けたときは領収書を発行します。

12. 非常災害時の対策

非常時対応	別途定める「特別養護老人ホーム長光園 消防計画」にのっとり対応			
近隣との協力関係	町内会と近隣防災計画協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム長光園 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所の方にも参加して実施しています。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有	防火扉・シャッター	2箇所

	避難用スロープ	有	屋内消火栓	有
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	漏電火災報知器	無
	ガス漏れ報知器	有	非常用電源	有
	カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への提出：年 2 回		防火管理者：井手上稔弘	

13. 協力医療機関

名称	独立行政法人地域医療機能推進機構 福岡ゆたか中央病院		
所在地	直方市感田 523 番地 5 (TEL0949-26-2311)		
名称	社会保険 直方病院		
所在地	直方市大字須崎町 1 番 1 号 (TEL0949-22-1215)		
名称	医療法人直心会 西田病院		
所在地	直方市大字永満寺 1347 番地 (TEL0949-24-5139)		
名称	穂波ひまわり歯科医院		
所在地	飯塚市枝国長浦 666-48-1F (TEL0948-26-1240)		

14. 相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当施設ご利用相談室	苦情担当責任者：井手上 稔弘 窓口担当者：生活相談員 吉田・有田、介護支援専門員 原裕人 ご利用時間：午前 9 時～午後 5 時 ご利用方法：電話 0949(26)3625、FAX 0949(26)3626、来園 苦情箱（施設内 1 階エレベータ前に設置）
苦情処理第三者委員会	草原祐雄氏 TEL0949-26-0318、岩熊邦男氏 TEL0949-24-1145

★公的機関においても、次の機関において苦情申出ができます。

直方市役所 健康長寿課 介護保険サービス係	所在地：直方市殿町 7-1 電話番号：0949(25)2390 FAX：0949(24)7320
北九州市八幡西区役所 保健福祉課	所在地：八幡西区黒崎三丁目 15 番 3 号 コムシティ 5 階 電話番号：093(642)1441 FAX：093(621)0862
宮若市役所 健康福祉課 高齢者福祉係	所在地：宮若市宮田 29-1 電話番号：0949(32)0515 FAX：0949(32)9430
福岡県 国民健康保険団体連合会（国保連）	所在地：福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 電話番号：092(642)7859 FAX 番号：092(642)7856
福岡県運営適正化委員会（福岡県社協）	所在地：春日市原町 3-1-7 クローバープラザ 4 階（東棟） 電話番号：092(915)3511 FAX 番号：092(584)3790

★成年後見制度においては、次の機関において相談ができます。

直方市役所 健康長寿課 高齢者支援係	所在地：直方市殿町 7-1 電話番号：0949(25)2391 FAX：0949(24)7320
-----------------------	---

★日常生活自立支援においては、次の機関において相談ができます。

直方市社会福祉協議会 （直方市社協）	所在地：直方市津田町 7-35 電話番号：0949(23)2551 FAX：0949(23)2552
-----------------------	---

15. 留意事項

- ・面会時間は、原則 9 時～19 時までとします。また、消灯時間は、21 時です。

- ・喫煙は、施設内の所定の場所に限り、それ以外の場所及び時間は居室内を含み禁煙にご協力頂きます。
- ・外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより管理者に連絡をお願いします。
- ・入健康に留意するものとし、施設で行う健康診断は、可能な限り受診して頂きます。
- ・入所者は、生活環境の保全のため、施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力頂きます。

(禁止行為) 入所者は、施設で次の行為をしてはいけません。

- 一 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- 二 けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。
- 三 施設の秩序、風紀を荒し、安全衛生を害すること。
- 四 指定した場合以外で火気を用いること。
- 五 故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

16.事故発生時の対応

万が一施設利用中事故が発生した場合は、速やかに応急処置を行うと共に、ご家族・区市町村に連絡致します。ご家族の指示によってかかりつけ医・協力病院・救急医療センターに相談・受診等の対応を行います。あらかじめ緊急時の連絡先を担当者へお伝え下さい。

17.損害賠償責任保険

保 険 会 社	保 険 内 容
あいおいニッセイ同和損害保険(株)	賠償責任保険
三井住友海上火災保険	傷 害 保 険

18.提供するサービスの第三者評価

第三者評価実施の有無 (無)

19.虐待防止について

施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。

- ① 施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- ② 施設における虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 施設において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。

20.ハラスメントについて

施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

21. 業務継続計画(BCP)の策定について

感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、事業継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、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〉所在地 福岡県直方市大字頓野 259-53
事業所名 社会福祉法人 誠光会
特別養護老人ホーム 長光園
代表者名 施設長 井手上 稔弘 印
(指定番号 4071701132号)

〈説明者〉所属 特別養護老人ホーム 長光園
氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設サービスについて重要な説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

〈利用者〉 所在地 _____
氏名 _____ 印

〈ご家族〉 所在地 _____
氏名 _____ 印

続柄 (利用者との関係) _____

同意書

このたび、_____は特別養護老人ホーム長光園に入所いたします。
それにあたり下記の事項に同意します。

記

〈空床ベッド利用について〉

1. 入所後、入院・外泊等により私のベッドが空床となった場合、空床となったベッドを短期入所（ショートステイ）の入所者が利用することに同意します。

〈ケアプラン作成について〉

2. 貴施設において、提供するサービス内容、これを担当する者、および①健康上および生活上の問題点、②解決すべき課題、③サービスの目的、④その達成時期、⑤留意事項等を定めた計画（個別サービス計画）を作成することに同意します。

〈個人情報使用について〉

3. 「個人情報の使用に係る同意書」と同様の内容において、必要な情報として利用者または家族の個人情報を使用することに同意します。

さらに、入所中、身体状況およびご家族構成・家庭環境等において行った調査内容を、行政機関または医療関係に提供することに同意します。

また、施設入所時、入所中サービス内容の決定会議等の時、病院受診時、入院時、施設退園時、実習生受け入れ時、ボランティア受け入れ時においても同様に、これら個人情報を使用することに同意します。

〈看取りについて〉

4. 「特別養護老人ホーム長光園 看取りに関する指針」について、内容を了解しましたので、この指針に同意します。

〈各種計画書について〉

5. 入所時および入所中に作成する各種書類への説明・同意は、基本的に適宜郵送されたことにより承諾したとみなしますが、内容に意見、質問等ある場合は、施設に問合せすることで理解・納得し、問い合わせなどにより変更が生じた場合は、再提出された時に承諾したとみなすことに同意します。

以上

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印 続柄 _____

個人情報の使用に係る同意書

社会福祉法人 誠光会が、利用者及び家族の個人情報を以下の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

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申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）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、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) 施設内での掲示物（個人作品等を含む）においては、利用者の氏名・年齢・性別・生年月日・顔写真等の掲載、施設情報誌（園だより・ホームページ等）においては、利用者の顔写真の掲載
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

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決して利用しない。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終了後においても、第三者に漏らさない。
- (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、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

〈利用者〉 氏名 _____ 印 _____

〈ご家族〉 氏名 _____ 印 _____

続柄（利用者との関係） _____