

介護老人保健施設はまなすの丘介護保健施設サービスのご案内

＜重要事項説明書＞

(令和7年8月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人社団湖聖会 介護老人保健施設はまなすの丘
- ・開設年月日 平成18年10月2日
- ・所在地 宮城県気仙沼市本吉町外尾25番地
- ・電話番号 0226-42-2915・ファックス番号 0226-42-2916
- ・管理者名 施設長 菊地 俊彦
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (0453680035号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、ご利用者の能力に応じ応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心して退所いただけます。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

【介護老人保健施設はまなすの丘の運営方針】

1. 老人福祉処遇の質の確保と向上に努める

介護老人福祉施設又は、家庭と介護療養型医療施設との中間的処遇をベースにした介護を行う

2. 医療と福祉の機能を十分に備えた施設の位置づけにおける処遇を行う

医療面の偏重（過剰医療、過少医療）を避け、生活援助の場としての施設を原則にふまえたバランスのとれた処遇に努める

(3) 施設の職員体制

- | | |
|---------------------|------------------|
| ① 管理者 | 1人 |
| ② 医師 | 1人以上 |
| ③ 看護職員 | 9人以上 |
| ④ 介護職員 | 25人以上（介護支援専門員兼務） |
| ⑤ 支援相談員 | 1人以上 |
| ⑥ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 1人以上 |
| ⑦ 管理栄養士 | 1人以上（調理員兼務） |
| ⑧ 栄養士 | 1人以上（調理員兼務） |
| ⑨ 介護支援専門員 | 1人以上（支援相談員兼務） |
| ⑩ 事務員 | 1人以上 |

制定日 22/07/01

改訂日 25/08/01

- | | |
|----------|--------------|
| ⑪ 調理員 | 8 人以上（栄養士兼務） |
| ⑫ その他の職員 | 若干名 |

- (4) 入所定員等 ・入所定員
・療 養 室 個室 100 室

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要するご利用者には特別浴槽で対応）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ ご利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑨ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑩ 理容サービス
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ その他

※これらのサービスのなかには、ご利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもあります

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

協力医療機関名称	住 所
気仙沼市立病院附属本吉医院	宮城県気仙沼市本吉町津谷明戸 222 番地 2
気仙沼市立病院	宮城県気仙沼市赤岩杉ノ沢 8 番地 2
南三陸病院	宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田 14 番地 3

協力歯科医療機関	住 所
三浦歯科医院	宮城県気仙沼市本吉町津谷明戸 24 番地 2
山谷歯科医院	宮城県気仙沼市本吉町津谷新明戸 210
南三陸病院	宮城県本吉郡南三陸町志津川字沼田 14 番地 3

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、本紙にご記入いただいた連絡先番号にご連絡いたします。

4. 施設利用に当たっての留意事項

施設利用中の食事	<p>特段の事由が無い限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます</p> <p>食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に施設利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としております。その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事提供・食事内容の管理・決定できる権限に関しましては、施設の判断に一任いただきます</p>
----------	--

制定日 22/07/01
改訂日 25/08/01

面会	ご来訪の方は、面会時間（平日：午前 8 時 30 分から午後 8 時 00 分、土日・祝日：午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分）をお守りいただき、受付で面会記録簿にご記入の上で面会ください ただし、指定感染症等により、面会時間を一部制限させていただく場合がございます
消灯	消灯時間は午後 9 時となります
外出・外泊	外出・外泊を希望される方は、必ず職員にお声がけください 所定の用紙がありますので、ご記入いただきます
飲酒・喫煙	当施設では、ご遠慮いただいております
火気の取扱い	当施設では火元になるマッチやライター等の所持はご遠慮いただいております
設備・備品の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の使用法に従ってご利用ください。 また、ご利用中に設備や器具に破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます
金銭・貴重品の管理	現金・貴重品はお預かりしかねます また、盗難・紛失についての責任は一切負いかねます
外泊時等の施設外での受診	外出・外泊中に病院・医院へかかれる場合は、必ず施設職員までご連絡ください
宗教活動等	施設内での他ご利用者に対する宗教活動およびに政治活動、営利行為はご遠慮ください
ペットの持ち込み	施設内でペットの持ち込みや飼育はお断りいたします
契約解除の可能性	法人・施設の方針や取り組み、様々な場面でのご説明に、ご理解をいただけない場合、契約を解除しご利用を中止の判断をさせていただくことがあります

5. 秘密保持

当施設の職員は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持します。また、当施設の職員であった者に、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後についてもこれらの秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。

6. 非常災害対策

防災設備 消火器、消火栓、火災報知自動転送システム
防災訓練 年 2 回

7. 事業継続計画の策定等

当施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための事業継続計画を策定し、当施設職員に周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。

8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、ご利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。また、他利用者への迷惑行為を禁止します。

制定日 22/07/01
改訂日 25/08/01

9. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談ください。

10. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

11. ベッドセンサーシステム、見守りカメラ設置について

当施設では、ご利用者様の自立や介護負担の軽減を目的にベッドセンサーシステムやカメラによる見守りを実施しています。センサーシステムでは、心拍、呼吸、就寝状況、起き上がり等がナースコールシステムや介護記録システムと連動しております。

ベッドセンサーシステム使用の目的	<ul style="list-style-type: none">・生体サインや危険予兆動作を検知して、ナースコールシステムと連動しアラームを鳴らします・また、記録システムと連動し検知したデータの記録を行います・検知したデータを参考に、生体サインによる予測、生活パターンの把握や離床・臥床等の生活支援に役立てます・検知した記録をご家族にお見せする事が可能です
見守りカメラ使用の目的	<ul style="list-style-type: none">・遠隔でのカメラ映像により、ベッドセンサーシステムと併せた行動パターンの把握や安全対策に役立てます。
セキュリティ及び倫理的配慮	<ul style="list-style-type: none">・居室は、極めてプライベートの空間である事に配慮致します。入所時は、ご利用者様にベッドセンサーシステムや見守りカメラ利用についてお伝えさせていただきます・検知した内容を外部へ持ち出す際は、本人又は契約者様の同意を得る事を原則とします・学会及び研究を目的とした資料として使用する場合は、本人又は契約者様の同意を得る事を原則とします
予めご了承いただきたい事項	<ul style="list-style-type: none">・ベッドセンサーシステムや見守りカメラは、居室における事故を必ずしも防ぐものとは限りません・他ご利用者様の介助中にセンサーシステムからの通知や同時に複数のお部屋からの通知の際は、優先順位を判断し対応させていただきます・ベッドセンサーシステムの通知は、緊急対応時や介助中でも優先的に職員が駆けつける事をお約束するものではありません・ご病状や認知機能低下により場合によっては、センサーシステムに適さない方も居られます 必ずしも、全員がセンサーシステムの対象になるとは限らない事をご理解ください・ご利用者様が、故意でベッドセンサーシステムや見守りカメラを破壊・破損した場合は損害賠償に応じていただきます

制定日 22/07/01

改訂日 25/08/01

〈重要事項説明書〉

(令和 7 年 8 月 1 日現在)

1. 介護保険証及び介護保険負担割合証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証及び介護保険負担割合証を確認させていただきます。

2. 介護保健施設サービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すればご家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、ご利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご利用者・ご家族の希望を充分に取り入れ、計画の内容については同意をいただく事になります。

◇医療：介護老人保健施設は入院の必要の無い程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を実施いたします。

◇リハビリテーション：原則としてリハビリテーション室（機能訓練室）にて行いますが、施設内での全ての活動がリハビリテーション効果を期待したものです。

◇栄養管理：心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供いたします。

◇生活サービス：当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常にご利用者の立場に立って運営しています。

3. 利用料金

(1) 基本料金

施設利用料

(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が異なります
以下は 1 日当たりの自己負担分です)

ユニット型個室（基本型）

要介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	802 円	1,604 円	2,406 円
要介護 2	848 円	1,696 円	2,544 円
要介護 3	913 円	1,826 円	2,739 円
要介護 4	968 円	1,936 円	2,904 円
要介護 5	1,018 円	2,036 円	3,054 円

ユニット型個室（在宅強化型）

要介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	876 円	1,752 円	2,628 円
要介護 2	952 円	1,904 円	2,856 円
要介護 3	1,018 円	2,036 円	3,054 円
要介護 4	1,077 円	2,154 円	3,231 円
要介護 5	1,130 円	2,260 円	3,390 円

制定日 22/07/01

改訂日 25/08/01

既にサービスが提供された後に自立又は要支援と認定された場合の料金となります。

利用料（1日あたり）	8,760 円
食費負担額	1,600 円
居住費	2,100 円
日額	12,460 円

(2) 保険内料金

①初期加算（Ⅱ）：入所された日から30日以内（1日につき）加算されます。

1割	2割	3割
30 円／日	60 円／日	90 円／日

②A サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

次の要件のいずれかを満たす場合に加算されます。

- (1) 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が80%以上配置されていること
- (2) 勤続10年以上の介護福祉士の割合が35%以上配置されていること
- (3) サービスの質の向上に資する取組を実施していること

B サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が60%以上配置されていること

C サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

次の要件のいずれかを満たす場合に加算されます。

- (1) 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上配置されていること
- (2) 介護職員の常勤職員の割合が75%以上配置されていること
- (3) 勤続7年以上の介護職員の割合が30%以上配置されていること

※サービス提供体制強化加算（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）は、いずれかの算定になります。

	1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 円／日	44 円／日	66 円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 円／日	36 円／日	54 円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円／日	12 円／日	18 円／日

③夜勤職員配置加算

入所者の数が、20 又はその端数を増すごとに 1 以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置している場合に加算されます。

1割	2割	3割
24 円／日	48 円／日	72 円／日

④短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が3か月間集中的にリハビリテーションを行った場合であって、かつ、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うと共に、その評価結果の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画書を見直している事。

短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

入所して3ヶ月間集中的にリハビリテーションを行った場合に加算されます。

	1割	2割	3割
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	258 円/日	516 円/日	774 円/日
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	200 円/日	400 円/日	600 円/日

⑤経口移行加算（180日以内を限度）

経口移行計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合に加算されます。

180日を越えた期間に行われた場合であっても経口による食事の摂取が一部可能で医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進める為の栄養管理及び支援が必要とされる場合は引き続き継続できるものとします。

1割	2割	3割
28 円/日	56 円/日	84 円/日

⑥経口維持加算（Ⅰ）

他職種が共同して入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者毎に経口による継続的な食事摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合に加算されます。

1割	2割	3割
400 円/月	800 円/月	1,200 円/月

経口維持加算（Ⅱ）

協力歯科医院を定めた上で、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名が食事の観察及び会議等に加わった場合に加算されます。（経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合）

1割	2割	3割
100 円/月	200 円/月	300 円/月

⑦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

1割	2割	3割
90 円/月	180 円/月	270 円/月

口腔衛生管理加算（Ⅱ）

口腔衛生管理加算（Ⅰ）に加え、口腔衛生等の管理に係わ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場合に加算されます。

1割	2割	3割
110 円/月	220 円/月	330 円/月

制定日 22/07/01
改訂日 25/08/01

⑧療養食加算

医師の指示せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容の療養食（糖尿病食・肝臓病食・腎臓病食・貧血食・膵臓病食・脂質異常症食・痛風食及び特別な場合の検査食）

1日3食を限度とし提供した場合に加算されます。

1割	2割	3割
6円／回	12円／回	18円／回

⑨外泊時費用

居宅における外泊が認められた場合に、所定の費用に代えてご請求となります。

但し、外泊初日と最終日は所定の費用でご請求となります。1月に6日を限度とします。

1割	2割	3割
362円／日	724円／日	1,086円／日

⑩所定疾患施設療養費（Ⅰ）

診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。（肺炎の者、尿路感染症者、带状疱疹者、蜂窩織炎者、慢性心不全の増悪に対しては診療にあたり、検査を実施した場合に限る）

所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

1割	2割	3割
239円／日	478円／日	717円／日

⑪新興感染症等施設療養費

入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行ったうえで、当該する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

※現時点において、指定されている感染症はない。

1割	2割	3割
240円／回	480円／回	720円／回

⑫入所前後訪問指導加算（Ⅰ）

居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に加算されます。（入所予定日前30日以内又は入所後7日以内）

入所前後訪問指導加算（Ⅱ）

居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに退所後の生活に係る支援計画を策定した場合に加算されます。（入所予定日前30日以内又は入所後7日以内）

	1割	2割	3割
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	450円／日	900円／日	1,350円／日
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	480円／日	960円／日	1,440円／日

制定日 22/07/01

改訂日 25/08/01

⑬在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）

在宅復帰・在宅療養支援等指標が 40 以上であること（料金表参照）。

a 退所時指導：入所者の退所時に、入所者およびその家族に対して、退所後の療養上の指導を行っていること

b 退所後の状況確認：入所者の退所後 30 日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業所から情報提供を受けることにより、在宅における生活が 1 月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること

※退所時の要介護状態区分が要介護 4 又は要介護 5 の場合にあっては、1 月ではなく 14 日

c リハビリテーションマネジメント

入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。

d 地域に貢献する活動を行っていること。

1 割	2 割	3 割
51 円／日	102 円／日	153 円／日

⑭退所時情報提供加算（Ⅰ）

居宅への退所後の主治医に対して入所者を紹介した場合、入所者の同意を得て、当該入所者の診療情報、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に加算されます。

退所時情報提供加算（Ⅱ）

医療機関へ退所する入所者について退所後の医療機関に対して、入所者の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に加算されます。

	1 割	2 割	3 割
退所時情報提供加算（Ⅰ）	500 円／回	1,000 円／回	1,500 円／回
退所時情報提供加算（Ⅱ）	250 円／回	500 円／回	750 円／回

⑮入退所前連携加算（Ⅰ）

イ 入所予定日前 30 日以内又は入所後 30 日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等の利用方針を定める場合。

ロ 入所者の入所期間が 1 月を超え、入所者が退所し、居宅サービス等を利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行う場合。

入退所前連携加算（Ⅱ）

入退所前連携加算（Ⅰ）のロの要件を満たす場合。

	1 割	2 割	3 割
入退所前連携加算（Ⅰ）	600 円／日	1,200 円／日	1,800 円／日
入退所前連携加算（Ⅱ）	400 円／日	800 円／日	1,200 円／日

制定日 22/07/01

改訂日 25/08/01

⑯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されていること

1 割	2 割	3 割
20 円／回	40 円／回	60 円／回

⑰介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

施設利用料に各加算を加えた総額の 7.5% が加算されます。

⑱ターミナルケア加算

一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された入所者について、本人又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画を作成し、医師、看護師、介護職員等が共同して、随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアを行った場合に加算されます。

	1 割	2 割	3 割
死亡日以前 31 以上 45 日以下	72 円/日	144 円/日	216 円/日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	160 円/日	320 円/日	480 円/日
死亡日前日及び前々日	910 円/日	1,820 円/日	2,730 円/日
死亡日	1,900 円/日	3,800 円/日	5,700 円/日

※ターミナルケアを行っており、医療機関での死亡確認の場合も当該加算算定の対象となります。

⑲科学的介護推進体制加算（Ⅰ）

次の全ての要件の満たす場合に加算されます。

入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の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。

1 割	2 割	3 割
40 円／月	80 円／月	120 円／月

科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）に加えて、疾病の状況や服薬情報等の情報を、厚生労働省に提出していること

1 割	2 割	3 割
60 円／月	120 円／月	180 円／月

⑳高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届け出を行った介護老人保健施設が、入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合に加算されます。

- (1) 第 2 種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している。
- (2) 協力医療機関その他の医療機関との間で、感染症発生時等の対応を取り決めると共に感染症発生時等に協力医療機関等と連携して適切に対応している。

制定日 22/07/01

改訂日 25/08/01

- (3) 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届け出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加している。

1 割	2 割	3 割
10 円／月	20 円／月	30 円／月

(3) 保険外の料金

①食費 (1 日あたり)	1,600 円	食費について負担限度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となります
②滞在費 (療養室利用費 /1 日あたり)	ユニット型個室 2,100 円	滞在費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている滞在費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく滞在費の上限となります 当施設を不在にされる期間中でも、居室の維持管理費として、規定の滞在費を請求させていただきます ※上記①「食費」及び②「滞在費」において、国が定める負担限度額段階（第 1 段階から 3 段階まで）の利用者の自己負担額については、別途資料（利用者負担説明書）をご覧ください
③理容代	実費 2,500 円	※別途資料をご覧ください
④私物洗濯料	550 円／袋	ドライ品については、別途実費がかかります
⑤その他		利用者が選定する特別な食事の費用、教養娯楽費等は別途資料をご覧ください

4. 支払い方法

毎月 10 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。領収書を発行いたします。お支払い方法は、口座振替となります。

5. 要望又は苦情等の申出

ご利用者及びご家族は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情について、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

電話番号 0226-42-2915（苦情処理責任者：菊地俊彦）

それ以外にも下記の相談窓口があります。

市町村：気仙沼市保健福祉部高齢介護課	電話番号 0226-22-3462
気仙沼市本吉総合支所保健福祉課	電話番号 0226-42-2975
南三陸町保健福祉課	電話番号 0226-46-2601
登米市長寿介護課	電話番号 0220-58-5551
宮城県：宮城県長寿社会政策課運営指導班	電話番号 022-211-2556
宮城県気仙沼保健福祉事務所成人高齢班	電話番号 0226-22-6614
宮城県国民健康保険団体連合会	電話番号 022-222-7700

制定日 22/07/01
改訂日 25/08/01

個人情報利用目的

(令和 7 年 8 月 1 日現在)

介護老人保健施設はまなすの丘では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、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。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等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
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・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
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －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
- ・損害賠償保険など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の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等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

〔広報活動に係る利用目的〕

・個人情報及び肖像権利用範囲

利用者及びその家族の個人情報利用については、以下の場合に使用させていただきます。

利用者の氏名、映像・写真を使用させていただく場合がございます。 以下の各項目について、同意する場合には○を、同意しない場合には ×をご記入ください。		本人	家族 又は 代理人
<input type="checkbox"/>	①家族及び後見人への報告		
<input type="checkbox"/>	②当施設サービスの維持・改善にかかる資料		
<input type="checkbox"/>	③当施設の職員研修などにおける資料		
<input type="checkbox"/>	④当施設内の掲示物		
<input type="checkbox"/>	⑤当施設外へ配布するパンフレット、広報誌の掲載		
<input type="checkbox"/>	⑥当施設のホームページ、ブログ等のインターネットを利用し たサイト掲載や放送・広告・印刷・各種メディアを含むプロ モーション等		

※私の肖像等をサービス利用期間中に撮影した動画及び画像について、上記の定める使用範囲において無償で使用することに、本重要事項説明とともに同意します。また、上記に記載した内容について偽りが無いことを保証します。

【⑥の場合使用範囲等】

1. 動画及び画像を使用した医療法人社団湖聖会または医療法人社団湖聖会が指名した者の作品が、放送・広告・印刷・各種メディア（インターネット等）、あらゆる媒体で利用されることを許可いたします。また、媒体へ使用されなかった場合でも、意義申し立てを行いません。
2. 動画及び画像の選択、光学的創作、変形等に対して意義申し立てを行いません。
3. 動画及び画像の使用地域を制限しません。
4. 動画及び画像の使用期間を制限しません。
5. 動画及び画像のデータ、それを出力した印刷物等の提供を求めません。また、動画及び画像を使用した医療法人社団湖聖会または医療法人社団湖聖会が指名した者の作品、作品の見本の提供を求めません。但し、双方の合意があればこの限りではないものとする。

第三者評価実施状況

当施設は、適正な運営や業務改善等がなされているか第三者による審査を受けております。実施状況は、次の通りとなります。

宮城県による第三者評価の実施
「情報の公表」 宮城県指定調査機関：NP0 法人介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ 〒981-0933 宮城県仙台市青葉区柏木 1-2-45 フォレスト仙台
調査日：2025 年 01 月 17 日 公表日：2025 年 02 月 07 日

制定日 22/07/01
改訂日 25/08/01

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	介護老人保健施設はまなすの丘
サービス種類	介護保険施設サービス

措 置 の 概 要	
1	利用者から相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の措置 はまなすの丘 相談室（TEL 0226-42-2915） 苦情処理責任者：菊地俊彦
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A["利用者・申立者 (相談・苦情)"] -- 苦情 --> B["はまなすの丘 相談室"] B --> C["訪問・ 情報収集"] C -- 原因 究明 --> D["再発防止策検討 会議"] D --> E["全職員への周知 徹底"] E --> F["利用者・申立者 への説明"] F --> B G["各市町村（保険者）・国民健康保険団体連合会・気仙沼保健福祉事務所"] -- "相談・連絡・助言・指導" --> A G -- "相談・連絡・助言・指導" --> B </pre> </div>
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針 (1) サービス事業者に苦情報告と改善について検討をお願いする (2) サービス事業者の改善がされない場合、ご利用者に説明し、他のサービス事業者の利用をお願いする

安全対策を実施する体制	
1	安全対策部門 介護老人保健施設はまなすの丘 事故安全対策委員会
2	安全対策に関する担当者の配置 担 当 者 事業部 菊地俊彦
3	外部研修受講状況 公益社団法人 全国老人保健施設協会 〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F 介護老人保健施設リスクマネジャー 認定番号： 118734 発 行 日： 2021 年 9 月 1 日 有効期限： 2026 年 8 月 31 日

制定日 22/07/01
改訂日 25/08/01

令和 年 月 日

介護老人保健施設 はまなすの丘サービス利用にあたり、ご利用者・ご家族に対して本書面に基づき、重要な事項を説明しました	
所在地	〒988-0334 宮城県気仙沼市本吉町外尾 25 番地
名称	介護老人保健施設 はまなすの丘
説明者	所属 支援相談部 氏名

私は、本書面により事業者から介護老人保健施設はまなすの丘についての重要事項の説明を受け同意しました。

ご利用者住所 _____

氏 名 _____

(本人が署名できない場合) 代筆者氏名 _____ (続柄)

ご家族住所 _____

氏 名 _____

連絡先番号 _____

〈代理人を選任した場合〉

代理人住所 _____

氏 名 _____

連絡先番号 _____

制定日 22/07/01
改訂日 25/08/01