

ユニット型指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム こうのとり

重要事項説明書

社会福祉法人 優心会

「ユニット型指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(大阪市指定 第 2775804731 号)

当施設はご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。ただし、生活保護を受給されている方は入居できません。

◇◆目次◆◇

1. 開設者について
2. 施設について
3. 施設の理念及び基本方針
4. 施設の構造・居室及び主な設備について
5. 職員について
6. 施設が提供するサービスについて
7. 利用料金について
8. 苦情の申立について
9. 守秘義務及び個人情報保護
10. サービス提供記録の開示
11. 入居中の医療の提供
12. 施設を退居していただく場合（契約の終了）
13. 事故発生時の対応
14. 非常災害時の対策
15. 虐待の防止
16. 身体的拘束の制限
17. ハラスメント対策について
18. 会議や多職種連携における ICT の活用について
19. 施設利用の際に留意いただく事項

1 開設者について

- | | |
|-------------|-------------------|
| (1) 開設者 | 社会福祉法人 優心会 |
| (2) 開設者の所在地 | 大阪市平野区長吉川辺三丁目2番3号 |
| (3) 電話番号 | 06-6700-8000 |
| (4) 代表者 | 理事長 垣谷 隆太 |
| (5) 設立日 | 平成23年12月1日 |

2 施設について

- | | |
|------------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設
平成25年3月28日大阪市指定 事業所番号 2775804731 |
| (2) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム こうのとり |
| (3) 施設の所在地 | 大阪市平野区長吉川辺三丁目2番3号 |
| (4) 電話番号 | 06-6700-8000 |
| (5) 施設管理者 | 北野 智傑 |
| (6) 開設日 | 平成25年4月1日 |
| (7) 入居定員 | 100人(10ユニット) 1ユニット10人 |

3 施設の理念及び基本方針

(1) 施設の理念

～あふれる笑顔～

(2) 基本方針

- ・利用者の居宅における生活と施設入居後の生活が連続したものとなり、利用者が自律的な日常生活を営み、自己実現が図られるように、ユニット型の長所を最大限に活かしていきます。
- ・利用者の人格と意思を尊重し、個々の思いやニーズを大切にし、きめ細かい、心の通ったサービスを提供します。
- ・健康で、楽しく過ごせる時間と空間を提供するとともに、利用者から信頼され、選ばれる施設になるよう、職員一人一人が自己研鑽に努め、介護技術の習得を通じて、サービスの質の向上を常に目指します。
- ・地域の良き一員として、積極的に情報を発信し、多くの方と交流、協働しながら、地域社会全体の福祉の向上に貢献していきます。

4 施設の構造・居室及び主な設備について

(1) 構造規模

延床面積：約5,158㎡、構造：鉄筋コンクリート造、階数：地上6階

(2) 居室及び主な設備

当施設は、ユニット型特別養護老人ホームであり、全室個室となっています。また、各ユニットには共同生活室を設けています。

浴室は、4階に特別浴室(順送式、車いす用の2槽)と各ユニットに浴室がありま

す。医務室は、2階にあります。このほか、畳敷きの多目的室や交流スペースがあります。

居室	ユニット数	ユニット定員	室面積
2階	2	各10人	13.22㎡～13.91㎡
3階	2	各10人	13.22㎡～13.91㎡
4階	2	各10人	13.22㎡～13.91㎡
5階	2	各10人	13.22㎡～13.91㎡
6階	2	各10人	13.22㎡～13.91㎡
合計	10	100人	

5 職員について

入居者に対して介護老人福祉施設サービスを提供するため、介護保険法の指定基準に沿い職員を配置しています。

(1) 職員数

(併設するショートステイの職員及びデイサービスと兼務する職員を含みます。)

職種	資格	配置数	指定基準	業務内容
施設長		1人	1人	職員及び業務の管理
医師	医師免許	1人以上	必要数	医療に関する業務
生活相談員	社会福祉主事等	1人以上	1以上	日常生活の相談業務
介護職員	介護福祉士等	34人以上	34人以上	日常生活の介護、相談、援助 医療、健康管理の業務
看護職員	看護師免許等	3人以上		
管理栄養士	管理栄養士	1人以上	1人以上	献立、栄養指導の業務
機能訓練指導員	柔道整復師等	1人以上	1人以上	機能訓練の業務
介護支援専門員	介護支援専門員	1人以上	1人以上	介護計画の作成、管理
事務職員等		1人以上	-	

(令和5年11月1日現在)

(2) 主な職員の勤務時間 *勤務時間は、繰上げ、繰り下げ場合があります。

職種	勤務時間
医師	火・金 13:00～15:00
	水(第二・四) 10:00～12:00
生活相談員	8:00～17:00
	8:30～17:30
	10:30～19:30
介護職員	6:30～15:30
	6:45～15:45
	7:00～16:00
	7:30～16:30

	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 1 0 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0 1 0 : 1 5 ~ 1 9 : 1 5 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0 1 0 : 4 5 ~ 1 9 : 4 5 1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 1 2 : 0 0 ~ 2 1 : 0 0 1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0 夜勤 1 6 : 0 0 ~ 翌日 9 : 0 0 1 6 : 3 0 ~ 翌日 9 : 3 0 1 7 : 0 0 ~ 翌日 1 0 : 0 0 準夜勤 2 2 : 0 0 ~ 翌日 7 : 0 0
看護職員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0
管理栄養士	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0
機能訓練指導員	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0
介護支援専門員	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0

6 施設が提供するサービスについて

事 項	説 明
施設サービス計画の作成	1. 施設サービス計画（ケアプラン）に基づき、入居者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた施設サービス計画を作成します。 2. 施設サービス計画の作成に当たっては、その内容について入居者又はその家族に対して説明し、入居者の同意を得ます。 3. 施設サービス計画の内容について、入居者の同意を得たときは、施設サービス計画を入居者に交付します。 4. それぞれの入居者について、施設サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。

食事の提供 及び支援	提供できる時間の目安 朝食 7 : 30 ~ 9 : 30 昼食 11 : 30 ~ 13 : 30 夕食 17 : 30 ~ 19 : 30 食事の提供及び支援が必要な利用者に対して、支援を行います。 また嚥下困難者のための食事形態での提供を行います。
入浴の提供 及び支援	入浴の提供及び支援が必要な入居者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の支援や清拭（身体を拭く）、洗髪などを週2回行います。
機能訓練	入居者の状況に応じて機能訓練指導員が専門的知識に基づき、機能訓練を行います。
排せつ支援	入居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支援を行います。
離床・更衣・服薬 支援等	支援が必要な入居者に対して、更衣・移動・移乗の支援を行います。 配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
健康管理	配置医師及び看護師により、健康管理に努めます。 入居者が外部の医療機関に通院又は入院する場合の移動については、必要な範囲で配慮します。
看取り	別紙「看取りに関する指針」に基づいて看取りを実施します。
その他	入居者の個別のニーズに基づき、種々のアクティビティが行えるように環境を整え、その人らしい質の高い生活が継続できるように企画・提供します。

7 利用料金について

別紙の利用料金表を参照してください。

（消費税及び地方消費税が課税される利用料金は税込で記載しています。）

なお、利用料金については、関係法令等の改正、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合、事前に変更の内容とその事由についてご説明いたします。

（1）介護保険高額介護サービス費

介護保険サービスにかかった費用負担が一定の上限金額を超えた場合については、申請によって超えた額が高額介護サービス費として支給されます。

※入居後、速やかに保険者である関係市区町村に申請を行います

対象者	サービス負担限度額
現役並み所得者に相当する世帯	44,400円
一般世帯 世帯のどなたかが 市区町村民税を課税されている世帯	44,400円 ※ 同じ世帯の全ての65歳以上の方（サービスを利用していない方を含む。）の利用者負担割合が1割の世帯は年間上限額446,400円（月37,200円×12ヶ月と同額）となります。
市町村民税非課税世帯 本人の合計所得と課税年金収入額の合計金額が80万円を超える方	24,600円
市町村民税非課税世帯 ・本人の合計所得と課税年金収入額の合計金額が80万円以下の方 ・老齢福祉年金受給者の方	15,000円
生活保護受給者	15,000円

※ 記載しています対象者の基準については例となります
詳しくは各保険者（市区町村）へご確認ください

（2）介護保険給付対象外サービス

介護保険負担限度額認定証の掲示があった場合は、各段階での利用料金となります。
第4段階の方の食費・居住費は全額、ご契約者の負担となります。

負担段階		負担限度額（日額）	
区分	被保険者の所得状況	食費	居住費（ユニット型個室）
第4段階	第1段階～第3段階以外の方 （世帯課税）	1,500円	2,160円
第3段階 ②	世帯全員が市町村民税非課税で、第3段階①以外の方	1,360円	1,310円
第3段階 ①	世帯全員が市町村民税非課税で、第2段階以外の方	650円	1,310円
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計金額が80万円以下の方	390円	820円
第1段階	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方	300円	820円

利用料金の支払い方法

利用料金は、1ヶ月ごとに計算し、原則翌月20日までに請求書を発行します。ご指定の口座よりの口座引落(引落日は、請求書発行月の27日)によりお支払いください。1ヶ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した金額とします。

8 苦情の申立について * 契約書第24条参照

苦情又は相談がある場合は、当施設のご利用相談室にて面談、電話若しくは書面で受付します。また、ご意見箱を設置していますのでご利用ください。

(1) 当施設における苦情解決体制

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。

- 苦情受付担当者 生活相談員 渡邊 稔
- 苦情解決責任者 施設長 北野 智傑
- 受付時間：午前9時～午後5時
- 所在地 大阪府大阪市平野区長吉川辺三丁目2番3号
- 電話番号 06-6700-8000 FAX 06-6700-8400

(2) 苦情解決の手順

1. 苦情の受付

- ・苦情受付担当者は、入居者等からの苦情を随時受付いたします。

2. 苦情受付の報告・確認

- ・苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情解決責任者へ報告します。その際、苦情受付担当者は、その内容について書面に記載し、必要に応じて苦情申出人に確認いたします。

3. 苦情解決に向けての話し合い

- ・苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。その際、苦情申出人または苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めることができます。

4. 苦情解決結果の記録・報告

- ・苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面にて記録します。
- ・苦情解決責任者は、一定期間ごとに苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受けます。
- ・苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項があった場合、苦情申出人に対して、一定期間経過後、報告します。

※当事業所では、第三者委員（オンブズマン）は設置していません。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

大阪市 福祉局高齢者施策部介護 保険課指定・指導グループ	所在地 大阪府中央区船場中央3丁目1-7-331 (船場センタービル7号館3F) 電話番号：06-6241-6310 受付時間：9時～17時30分(土日祝を除く)
大阪府国民健康保険団体 連合会介護保険課	所在地 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 電話番号：06-6949-5418 受付時間：9時～17時15分(土日祝を除く)
大阪市平野区 保健福祉課介護保険グループ	所在地 大阪府平野区背戸口3丁目8番19号(平野区役所3階) 電話番号：06-4302-9859 受付時間：9時00分～17時30分(土日祝を除く)
八尾市 健康福祉部高齢介護課	所在地 八尾市本町一丁目1番1号 電話番号：072-924-9360 受付時間：8時45分～17時15分(土日祝を除く)
松原市 健康部高齢介護課	所在地 松原市阿保一丁目1番1号 電話番号：072-334-1550 受付時間：9時～17時30分(土日祝を除く)
保険者の苦情相談連絡先	保険者： _____ 所在地： _____ 電話番号： _____ 受付時間： _____

※上記のほかに、当施設の定める第三者委員に対して苦情の申し出ができます。

9 守秘義務及び個人情報保護 * 契約書第9条参照

(1) 守秘義務

当施設は、業務上知り得た入居者及び家族等の個人情報を第三者に漏洩することはありません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報の利用及び第三者への提供

当施設は、入居者の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」はじめとする関係法令等及び別紙「個人情報の保護について」に則り、適切な取扱いに努めます。

(3) 第三者からの個人情報の取得

当施設は、入居者が入院(退居手続の有無を問いません。)した場合、当該医療機関等における入居者の状態について確認する必要があるときは、当該医療機関等より個人情報を取得します。

10 サービス提供記録の開示

入居者及び家族等が希望された場合は、入居者に提供されたサービスの記録(サービスを提供した日から5年間保存します。)を開示します。但し、複写物を希望される場合は利用料金表の金額を負担願います。

11 入居中の医療の提供

医療を必要とする場合は、入居者の希望により、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、協力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、協力医療機関での診療、入院治療を義務づけるものではありません。

①協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人 垣谷会 明治橋病院
所在地	松原市三宅西1丁目358番地の3
電話番号	072-334-8558
診療科	内科、消化器内科、腎臓内科(人工透析)、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病内科、外科、整形外科、脳神経外科、消化器外科、内視鏡外科、肛門外科、形成外科、泌尿器科、麻酔科、ペインクリニック内科、リハビリテーション科、皮膚科、放射線科
入院設備	総数病床数…156床 急性期……120床 医療療養病床…36床 介護医療院…定員240床

医療機関の名称	社会医療法人 医真会 医真会八尾総合病院
所在地	八尾市沼1丁目41番地
電話番号	072-948-2500
診療科	内科、神経内科、循環器内科、消化器内科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科・口腔外科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、総合診療科
入院設備	241床

医療機関の名称	医療法人 錦秀会
所在地	大阪府大阪市住吉区南住吉3丁目3番7号
電話番号	06-6696-5591(阪和記念病院)
診療科	内科、外科、脳神経外科、循環器内科、消化器内科、消化器外科、整形外科、泌尿器科、麻酔科、人工透析科、画像診断科、

	耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科、リハビリテーション科、形成外科
入院設備	急性期一般病棟 141 床 ハイケアユニット 16 床 地域包括ケア病棟 54 床 回復期リハビリテーション病棟 54 床 医療療養型病棟(ポストアキュート) 216 床

②歯科協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 福翔会 福森歯科クリニック分院
所在地	大阪市福島区鷺洲 1-7-39-1F
電話番号	0120-544-118

12 施設を退居していただく場合（契約の終了） * 契約書第 14 条から第 17 条まで参照
当施設との契約が終了する日は介護保険の有効期間満了までですが、介護保険法により要介護で認定更新された場合は契約が更新され、継続してサービスを利用することができます。但し、以下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、退居していただくこととなります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 介護認定により入居者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合 (2) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合 (3) 施設の滅失や重大な毀損により、施設サービスの提供が不可能になった場合 (4) 事業者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) 入居者から退居の申し出があった場合 (6) 事業者から退居の申し出を行った場合 等 |
|--|

(1) ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設からの退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の 7 日前までに文書でご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (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) ご契約者が入院した場合 (3) 事業所もしくはサービス従業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 (4) 事業所もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合 (5) 事業所もしくはサービス従業者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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 |
|---|

(6) 他の入居者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- (1) ご契約者が、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大な事情を生じさせた場合
- (2) ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、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) ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の入居者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- (4) ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- (5) ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

※ご契約者が病院等に入院した場合の対応について

当施設入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

(1) 検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入居することができます。

但し、入院期間中であっても所定の利用料金をご負担いただきます。

外泊時加算（1割負担）：1日あたり 264円程度

（2割負担）：1日あたり 528円程度

※1ヶ月につき外泊又は入院した翌日から最大6日間

居住費（実費）：1日あたり 2,160円

(2) 7日間以上3か月以内の入院の場合

3か月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することが出来ます。

但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。この場合、入院期間中の所定の料金をご負担いただく必要はありません。

(3) 3か月以内の退院が見込まれない場合

3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入居することはできません。

※ 入院期間中の居室は併設されている短期入所生活介護の居室として使用する場合があります。この場合、入院期間中の所定の料金をご負担いただく必要はありません。

13 事故発生時の対応 * 契約書第 11 条、第 12 条参照

入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに保険者、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められる場合、入居者の心身の状況を斟酌して相当と認められる額を損害賠償額から減じる場合があります。

家族等	緊急連絡時の家族等	
	住所及び電話番号	
救急希望病院の有無		有りの時の病院名 ()
		無しの時は協力医療機関または救急隊員と相談しての搬送先となります。

施設は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。

報告先（行政）

大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課 (指定・指導グループ)	所在地：大阪府中央区船場中央 3-1-7-331 (船場センタービル 7 号館 3 階) 電話番号：06-6241-6310 受付時間：9 時～17 時 30 分（土日祝を除く）
平野区保健福祉課 (介護保険グループ)	所在地：大阪府平野区背戸口 3 丁目 8 番 19 号 電話番号：06-4302-9859 受付時間：9 時 00 分～17 時 30 分（土日祝を除く）
八尾市健康福祉部高齢介護課	所在地：大阪府八尾市本町一丁目 1 番 1 号 電話番号：072-924-9360 受付時間：8 時 45 分～17 時 15 分（土日祝を除く）
松原市 健康部 高齢介護課	所在地：大阪府松原市阿保 1 丁目 1 番 1 号 電話番号：072-334-1550 受付時間：9 時～17 時 30 分（土日祝を除く）
その他	入居者の住所地保険者

14 非常災害時の対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者又は火気、消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。

○災害対策に関する担当者（防火管理者） 施設長 北野 智傑

15 虐待の防止

施設は、入居者等の人権の擁護・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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

○虐待防止責任者 施設長 北野 智傑

(2) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施

(3) 虐待などに関する苦情処理体制の整備

(4) その他虐待防止のために必用な措置

(5) 成年後見制度の利用を支援

16 身体的拘束の制限

1. 入居者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束
その他入居者の行動を制限しません。

2. 施設は前項の身体拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います

(1) 身体拘束の必要性については、切迫性・非代替性・一時性の三つの要件をすべて満たしているかを確認します。

(2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

(3) 入居者又は家族に説明し、その他に方法がなかったか改善方法を検討します。

17 ハラスメント対策について

施設としては「ハラスメントは組織として許さない」「職員による虐待と職員へのハラスメントはどちらもあってはならない」ハラスメント対策等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 基本方針を職員、入居者及び家族等への周知

(2) マニュアル等の作成・共有

(3) 報告・相談しやすい窓口の設置

(4) 介護保険サービスの業務範囲等へのしっかりとした理解と統一

身体的暴力	身体的な力を使って危害を及ぼす行為。 例：コップをなげつける。たたく。唾を吐くなど。
精神的暴力	個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、貶めたりする行為。 例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。 理不尽なサービスを

	要求する。
セクシャル ハラスメント	意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為。 例：必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。
上記のような職員へのハラスメントは固くお断りします。 ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。 事業所の快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします。	

18 会議や多職種連携における ICT の活用について

施設としては運営基準や加算の要件等における各種会議等の実施について、感染防止や多職種連携促進の観点から、テレビ電話等を活用しての実施を認めます。

ただし、行う場合には下記内容を厳守し行います

- (1) 身体的・医療的・精神的な側面などから入居者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについては、「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にし、テレビ電話などを活用しての実施を認める。
- (2) 入居者等などが参加して実施するものについては、上記に加えて、入居者などの同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。

19 施設利用の際に留意いただく事項

施設のご利用にあたって、入居者の共同生活の場としての安全性、快適性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 外出及び外泊

外出又は外泊しようとする時はその都度行き先、用件、帰宅する予定日時等を施設に届け出て許可を得てください。

(2) 面会

面会をしようとするときは、面会簿に記載するなど施設の定める手続きを経てください。

面会時間 原則 午前9時から午後7時まで

感染防止等のため、面会を制限することがあります。

上記時間外での面会をご希望される際は玄関の解錠等対応しますので、ご連絡ください。

夜間帯においては宿直者が対応します。

(3) 宿泊

宿泊を希望される方は、ご相談ください。

ご契約済の居室内および3階多目的室での宿泊となります。

宿泊費用はいただいておりません。

飲食物はご用意ください。

多目的室のキッチン、交流スペースのお手洗いをご使用ください。

(4) 健康保持

努めて健康に留意し、健康診断は特別な理由がない限りお受けください。

(5) 身上の届出

身上に関する重要な変更が生じたときは速やかに施設に届け出てください。

(6) 禁止行為

以下のことはおやめください。

- (ア) 定めた場所と時間以外で喫煙又は飲酒することや酒類を持ち込むこと。
- (イ) 指定された場所以外で火気を用い、又は自炊すること。
- (ウ) けんか、口論、泥酔、騒音等で他の入居者に迷惑をかけること。
- (エ) 危険物を持ち込むこと。
- (オ) その他、施設が施設管理上禁止を必要と認める行為。

以上

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設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。

所在地 : 大阪市平野区長吉川辺三丁目2番3号

法人名 : 社会福祉法人 優心会

代表者 : 理事長 垣谷 隆太

施設名 : 特別養護老人ホーム こうのとりの

説明者 : _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。なお、同意事項には、本書面の添付書類である「利用料金表」、「個人情報の保護について」及び「看取りに関する指針」を含みます。

入居者

住所 _____

氏名 _____

※上記署名は、_____ 続柄 () が代行しました。

代理人

住所 _____

氏名 _____

入居者との関係 : ()

個人情報等の取り扱いに関する確認書兼使用同意書

特別養護老人ホーム こうのとり

社会福祉法人 優心会
理事長 垣谷 隆太

○基本方針

社会福祉法人 優心会は、個人情報の重要性を認識し、関係法令等を遵守し、入居者様の個人情報の適正な保護をはかります。

○個人情報の適切な収集、利用、提供及び開示の実施

- (1) 個人情報の取得に際して、利用目的を特定して通知または公表し、利用目的に従って、適切に個人情報の収集、利用、提供及び開示を行います。
- (2) 個人情報の収集、利用、提供、開示にあたっては、本人の同意を得ます。
- (3) 個人情報の紛失、漏えい、改ざん及び不正なアクセス等に対して、必要な安全対策予防措置を講じて適切な管理を行います。

○個人情報の利用目的

1. 利用期間等

- ・ 契約締結日から契約終了日までとする。

2. 介護サービスの提供及びその向上に必要な利用

- ・ 入退居等の管理、介護計画の立案及び施設内会議、サービス担当者会議での利用
- ・ 家族等への心身、行動等の状況説明
- ・ 給食等業務委託の実施に伴い必要となる情報提供
- ・ 医療サービスの利用を希望している場合の診療情報の提供（外部の医師の意見・助言を求める場合を含む。）
- ・ 事故等の報告
- ・ 介護保険事務（行政機関、保険者、審査支払機関、公的社会福祉団体等との連絡調整）
- ・ 会計、経理（請求事務を含む。）
- ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ・ 損害賠償保険等に係る保険会社への相談または書類提出 等

2. その他の利用目的

- ・ 介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
- ・ 当施設等において行われる実習への協力
- ・ 当施設において行われる事例研究
- ・ 外部監査機関への情報提供
- ・ 非常の場合の連絡 等

○個人情報保護に関するお問い合わせ窓口

当法人が保有する個人情報についてのご質問やお問い合わせ、あるいは、開示、訂正、削除、利用停止等の依頼について、以下の窓口でお受けいたします。

特別養護老人ホーム こうのとりにて TEL 06-6700-8000 担当：垣谷

令和 年 月 日

入 居 者 : _____

家 族 (代理人) : _____

家 族 : _____

家 族 : _____

家 族 : _____

() : _____

肖像権使用同意書

所在地 : 大阪市平野区長吉川辺三丁目2番3号

法人名 : 社会福祉法人 優心会

代表者 : 理事長 垣谷 隆太

施設名 : 特別養護老人ホーム こうのとり

説明者 : _____

当法人が発行している広報誌・ホームページ・パンフレット・研修・掲示物等で、当法人の活動内容を紹介させて頂くとともに、研修等を通して福祉業界の発展に尽力しております。個人情報保護の観点から、上記取り組みにおける用途に限り、ご入居者様の映像・写真を使用させて頂く場合がございます。

私は、本書面に基づいて事業者から肖像権使用の説明を受け、同意しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入居者

住所 _____

氏名 _____

※上記署名は、_____ 続柄 (_____) が代行しました。

代理人

住所 _____

氏名 _____

入居者との関係 : (_____)

立替金の精算に関する同意書

私及び署名代行者は、心身の状態に応じて受診する場合の医療費、並びに薬代や希望する物品購入費用等を、施設にて立替払いを依頼した場合の精算方法については、利用料金請求に含め精算する事に同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 優心会
特別養護老人ホーム こうのとり 殿

契約者 住所 : _____
氏名 : _____

利用者が署名出来ない為、利用者本人の意思を確認の上 私が利用者に代わってその署名を代行します。

署名代行者 住所 : _____
氏名 : _____ 続柄 ()