

重要事項説明書

(短期入所生活介護サービス)

令和6年8月1日現在

あなたに対する短期入所生活介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第39号第4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 施設の目的

社会福祉法人敬愛園が運営する介護老人福祉施設「アットホーム福岡」(以下「事業所」という。)は、介護保険法令の運営及び利用について必要な事項を定め、介護保険法の基本理念に基づき、利用者の心身の機能の維持を図るため、施設の円滑な運営を図ることを目的とする。

2 施設の運営方針

- (1) 施設は、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活の継続を念頭に置いて、利用前の居宅における生活と利用後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものとする。
- (2) 施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療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るものとする。

3 事業者

法人名	社会福祉法人 敬愛園
法人所在地	福岡市博多区千代1丁目1番55号
代表者名	理事長 益田 康弘
電話番号	092-631-1007

4 ご利用施設

施設の名称	短期入所生活介護 アットホーム福岡
施設の所在地	福岡市博多区千代1丁目1番55号
施設長名	大坪 強
電話番号	092-631-1007
FAX番号	092-631-1009

5 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		福岡市長の事業者指定		利用定数
		指定番号		
施設	介護老人福祉施設	福岡市	4070903762号	100人
在宅	短期入所生活介護	福岡市	4070903804号	18人

6 施設の概要

短期入所生活介護サービス（介護老人福祉施設併設）

建物	構造	鉄筋コンクリート造 地上7階建（耐火建築）		
	延べ床面積	470.62 m ²		
	利用定員	18名		
居室	居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
	1人部屋	18室	14.17 m ²	14.17 m ²
			16.53 m ²	16.53 m ²

7 職員体制（主たる職員は、介護老人福祉施設との兼務）

- | | | |
|------|------------|-------|
| (1) | 施設長（管理者） | 1名 |
| (2) | 副施設長 | 1名 |
| (3) | 事務員 | 2名以上 |
| (4) | 医師（嘱託） | 1名 |
| (5) | 生活相談員 | 2名以上 |
| (6) | 看護職員 | 4名以上 |
| (7) | 介護職員 | 36名以上 |
| (8) | 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| (9) | 介護支援専門員 | 1名以上 |
| (10) | 栄養士（管理栄養士） | 1名以上 |

8 職務の内容

職員の職務分掌は次のとおりとする。

- (1) 施設長（管理者）
理事会の決定する方針に従い、施設の運営管理を総括する。
- (2) 副施設長
施設長を補佐し、施設長に事故があるときは、施設長の職務を代行する。
- (3) 事務員
事業所の庶務及び会計事務に従事する。
- (4) 医師
契約者の診療及び保健衛生の管理指導の業務に従事する。
- (5) 生活相談員
契約者の入居、生活相談及び援助の企画案・実施に関する業務に従事する。
- (6) 看護職員
契約者の看護、保健衛生の業務に従事する。

(7) 介護職員

契約者の日常生活の介護、相談及び援助の業務に従事する。

(8) 機能訓練指導員

契約者の機能訓練計画、訓練指導の業務に従事する。

(9) 介護支援専門員

契約者の介護支援に関する業務に従事する。

(10) 栄養士（管理栄養士）

給食管理、入居者の栄養指導に従事する。

2. 職員等の事務分掌及び日常業務の分担については、施設長が別に定める。

9 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休日
施設長	日勤 9勤（9：00～18：00）常勤で勤務	4週8休
医師	曜日 火・金曜日 12：30～14：30	
生活相談員	日勤 9勤（9：00～18：00）常勤で勤務 常勤で勤務シフトによって遅出(11勤)があります。	4週8休
介護職員	早出 7勤（7：00～16：00） 8勤（8：00～17：00） 日勤 9勤（9：00～18：00） 10勤（10：00～19：00） 11勤（11：00～20：00） 遅出 13勤（13：00～22：00） 深夜 22勤（22：00～7：00） 夜勤（16：00～10：00） ・日勤帯は、原則としてユニット（各町）に職員1名以上の配置をいたします。 ・夜勤は、原則として2ユニット（各町1丁目と2丁目）に職員1名の配置をいたします。	原則として、 4週8休
看護職員 機能訓練指導員	早出 7勤（7：30～16：30） 日勤 8勤（8：00～17：00） 遅出 10勤（10：00～19：00） ・原則として2名体制／日で勤務します。 ・夜間は、交代で電話連絡担当者を定め、緊急時に備えます。	原則として、 4週8休
介護支援専門員	日勤 9勤（9：00～18：00）常勤で勤務 常勤で勤務シフトによって遅出(11勤)があります。	4週8休
事務員	日勤 9勤（9：00～18：00）常勤で勤務 常勤でシフトによって遅出(11勤)があります。	4週8休
栄養士 （管理栄養士）	日勤 9勤（9：00～18：00）常勤で勤務	4週8休

10 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、健康管理に努めます。 ・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もって引継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、原則、ご家族対応とさせていただきますが、相談には応じます。 <p>(当施設の嘱託医師) 氏 名：高橋 宏樹 (パピヨン乳腺クリニック) 診療科：内科・外科 診察日：毎週火・金曜日 12：30～14：30</p>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用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	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・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、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週1回実施します。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>(苦情相談窓口) 生活相談員 高畑傑 前田智雄</p>
社会生活上の 便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、必要な教養娯楽備品を整えるとともに、事業所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。例 (サークル活動、喫茶コーナー) ・主なレクリエーション行事 (誕生会・夏祭り等) ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・自立支援のため離床して食堂で食事をとっていただくことを原則と致します。 食事の提供時間（概ね） 朝食 8：00 ～ 9：30 昼食 12：00 ～ 13：00 おやつ 15：00 ～ 15：30 夕食 18：00 ～ 19：00
理髪・美容	業者の出張サービスです。ご希望に応じてご利用いただけます。
日常生活上の必要物品の購入	利用者又はご家族による日常生活物品の準備が困難な場合は、購入を代行いたします。 （事業所で準備しているものもございます）
貴重品管理	当施設では、現金、通帳、印鑑、その他の貴重品については、原則持ち込みを禁止致します。施設生活上、特に必要とする物については、必ず、職員へご相談下さい。但し、盗難、紛失、破損等の責任は負いかねます。また、施設でお預かりは致しません。

<施設では管理出来ないもの>

- ・現金、通帳、印鑑、指輪などのアクセサリ（貴金属）、腕時計、携帯電話
- ・その他（破損、紛失した場合に困る品）

<施設で管理する必要があるもの>

- ・眼鏡、補聴器、義歯、介護用品またはそれに準ずるもの

※上記内容については施設で管理を致しますが、ご本人様の不注意（認知症状によるものも含む）により紛失及び破損した場合は、責任を負いかねます。ご了承下さい。

1.1 利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 施設介護サービス費1割（平成30年8月から、一定以上の所得がある方は、利用者負担が2割または3割となります。） 尚、今後、所得の段階によっては、利用者負担割合が異なる場合も生じます。
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 （施設介護サービスの基準額に同じ）

次頁の料金表に従い、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と居住費、食費の合計金額をお支払いいただきます。

サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。また、端数処理の関係などにより誤差が生じることがあります。

●令和6年4月から（1割負担時） ※2割3割負担の方は、太字の箇所がそれぞれ2倍・3倍の金額になります。

要介護度	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	
サービス利用に係る自己負担額	743円	815円	894円	969円	1,042円	
食費内訳	1,445円 (但し別表4のとおり所得段階により負担額が異なります。 あなたの負担額予測値 <u>300 ・ 600 ・ 1,000 ・ 1,300 ・ 1,445 円)</u> 朝食 400円 昼食・おやつ 550円 夕食 495円					
夜勤職員配置加算	22円					
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	24円					
機能訓練体制加算	13円					
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	112円	123円	133円	144円	154円	
滞在費	2,066円 (但し別表4のとおり所得段階により負担額が異なります。 あなたの負担額 予測値 <u>880 ・ 1,370 ・ 2,066 円)</u>					
合計金額	1段階	2,094円	2,177円	2,266円	2,352円	2,435円
	2段階	2,394円	2,477円	2,566円	2,652円	2,735円
	3段階①	3,284円	3,367円	3,456円	3,542円	3,625円
	3段階②	3,584円	3,667円	3,756円	3,842円	3,925円
	4段階	4,425円	4,508円	4,597円	4,683円	4,766円

(合計金額は1日当たりの数値です)

- ※ 1 上記記載の介護保険自己負担額は、「併設型ユニット型短期入所生活介護費」として算定されます。
- ※ 2 利用者がまだ要介護認定を受けられていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護認定をうけた後、自己負担額を除く全額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ※ 3 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、変更月の1日にさかのぼって、利用者の負担額を変更します。
- ※ 4 利用者、世帯の所得に応じて減額される制度もございます。
- ※ 5 送迎は、片道 195 円/回になります。
- ※ 6 認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日間限度） 211 円/日になります
- ※ 7 若年性認知症利用者受入加算 127 円/日になります

【別表 4】

《特定入所者介護サービス費～滞在費と食費の減額～》 *申請にて認定を受けた方

単位:円

利用者負担段階		滞在費		食費		滞在費 食費合計
所得要件	資産要件	1日	30日	1日	30日	
第1段階 世帯全員が市民税非課税 ・ 高齢福祉年金受給者 ・ 生活保護受給者	・ 預貯金等が 1,000 万円以下の方（夫婦で 2,000 万円以下の方）	880	26,400	300	9,000	35,400
第2段階 世帯全員が市民税非課税 ・ 年金収入額とその他合計所得金額の合計が 80 万円以下の方	・ 預貯金等が 650 万円以下の方（夫婦で 1,650 万円以下の方）	880	26,400	600	18,000	44,400
第3段階① 世帯全員が市民税非課税 ・ 年金収入額とその他合計所得金額の合計が 80 万円超 120 万円以下の方	・ 預貯金等が 550 万円以下の方（夫婦で 1,550 万円以下の方）	1,370	41,100	1,000	30,000	71,100
第3段階② 世帯全員が市民税非課税 ・ 年金収入額とその他合計所得金額の合計が 120 万円を超える方	・ 預貯金等が 500 万円以下の方（夫婦で 1,500 万円以下の方）	1,370	41,100	1,300	39,000	80,100
第4段階（非該当） ・ 本人が市民税非課税で世帯員に市民税課税者がいる方 ・ 本人が市民税課税の方 ・ 配偶者が市民税課税の方（世帯が分離している配偶者を含む）	・ 利用者負担段階に応じた上記資産要件を満たさない方	2,066	61,880	1,445	43,350	105,330

* * 上記の金額に、介護保険自己負担分を加えた額が、お支払いの総額となります。

* 滞在費には、居室の水光熱費が含まれます。

法定外給付

区 分	利 用 料
滞在費	・室料（約8畳程度の個室）とその居室内でご使用になる電気、水道等の水光熱費に相当する費用をお支払いいただきます。
食費	・朝食400円 昼食550円 夕食495円を、喫食数に応じてお支払いいただきます。但し、食事をキャンセルされる場合は2日前までにお申し出ください。前日・当日にお申し出の場合は請求いたします。
理美容サービス	・カット2,000円～ ・顔そり2,000円 ・パーマ4,000円 実費相当 業者の出張サービスです。ご希望に応じてご利用いただけます。 ※サービス内容を細分化している場合（洗顔、洗髪、顔そり、カット等）は、項目毎に金額を定めてあります。

(3) 利用者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるもの	・日常生活品の代行購入代金 ・レクリエーション費用（レク材料費等） ・私物クリーニング

1.2 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設相談室	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情相談担当者 高畑 傑 前田智雄 【職名】 生活相談員 ○ 苦情解決責任者 大坪 強 【職名】 施設長 ○ 受付時間 毎日午前9時～午後6時（月曜日～金曜日） 電話 092-631-1007 ご意見箱（各フロアに設置） 緊急の場合は、夜間のご相談も承ります。 ○ 第三者委員 深川 敬子 【職名：保健師】 連絡先 03-5848-7966 伊藤 弘好 【職名：弁護士】 連絡先 092-451-3016 <p style="text-align: center;">苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 苦情があった場合、ただちに苦情相談担当者が、相手方に連絡を取るか、直接訪問して事情を聞くとともに、サービス担当者からも事情を確認する。 ② 苦情相談担当者が、必要があると判断した場合は、苦情解決責任者まで含めて検討会議やリスクマネジメント委員会等を行う。 ③ 検討会議やリスクマネジメント委員会を行わない場合も、必ず苦情解決責任者まで処理結果を報告する。 ④ 検討の結果は、必ず翌日までに具体的な対応を行う。 例：利用者に謝罪、職員の研修、業務マニュアルの改善等 <p>苦情記録を台帳（事故報告書、リスクマネジメント委員会議事録等に改善策も併せ記入）に保管し、再発を防ぐために役立てる。</p>
--------	--

次の公的機関においても、苦情の申出等ができます。

博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課	<p>所在地 福岡市博多区博多駅前 2-8-1</p> <p>電話番号 092-419-1078</p> <p>FAX番号 092-441-1455</p> <p>対応時間 8:45～17:15（月～金）</p>
東区保健福祉センター 福祉・介護保険課	<p>所在地 福岡市東区箱崎 2-54-1</p> <p>電話番号 092-645-1071</p> <p>FAX番号 092-631-2191</p> <p>対応時間 9:00～17:00（月～金）</p>

中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地 福岡市中央区大名 2-5-31 電話番号 092-718-1099 FAX番号 092-771-4955 対応時間 9:00~17:00 (月~金)
城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地 福岡市城南区鳥飼 6丁目の1 電話番号 092-833-4102 FAX番号 092-822-2133 対応時間 9:00~17:00 (月~金)
粕屋町役場住民福祉部 介護福祉課	所在地 糟屋郡粕屋町駕与丁 1-1-1 電話番号 092-938-0229 FAX番号 092-938-3150 対応時間 9:00~17:00 (月~金)
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 13-47 電話番号 092-642-7800 (代表) FAX番号 092-642-7853 利用時間 9:00~17:00 (月~金)
福岡県運営適正化 委員会 (福岡県社会福祉協議会)	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 092-915-3512 対応時間 9:00~17:30 (月~金)

(3) 介護施設における虐待に関する行政の相談受付窓口

福岡市保健福祉局 高齢社会部 事業者指導課 在宅指導係	所在地 福岡市中央区天神 1-8-1 電話番号 092-711-4257 FAX番号 092-726-3328 対応時間 9:00~17:00 (月~金)
--------------------------------------	--

1.3 協力医療機関

医療機関名称	パピヨン乳腺クリニック
所在地	福岡市博多区千代1丁目1番55号
電話番号	092-409-9311

医療機関名称	医療法人 永野病院
所在地	福岡市博多区浦田1丁目31番1号
電話番号	092-504-0611

医療機関名称	社会医療法人 原土井病院
所在地	福岡市東区青葉6丁目40番8号
電話番号	092-691-3881

医療機関名称	社会医療法人社団 至誠会 木村病院
所在地	福岡市博多区千代2丁目13番19号
電話番号	092-641-1966

医療機関名称	公益社団法人 福岡医療団 千鳥橋病院
所在地	福岡市博多区千代5丁目18番1号
電話番号	092-641-2761

医療機関名称	特定医療法人 八木厚生会 八木病院
所在地	福岡市東区馬出2丁目21番15号
電話番号	092-651-0022

医療機関名称	古賀胃腸科医院
所在地	福岡市博多区千代2丁目4番26号
電話番号	092-651-0584

1.4 協力歯科医療機関

医療機関名称	県庁前デンタルクリニック
所在地	福岡市博多区千代4丁目1番2号
電話番号	092-643-4182

1 5 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設 アットホーム福岡消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「介護老人福祉施設 アットホーム福岡消防計画」にのっとり年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。
消防計画等	消防署への届出日：令和元年5月1日 防火管理者：石橋 和明

1 6 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（10：00～18：00）を遵守し、必ずその都度、来館簿へのご記入をお願いします。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動もしくは、営利を目的とした活動は、ご遠慮ください。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はお断りします。ペットへの面会は決められた場所以外ではお断りします。
利用者及び利用者の家族等の禁止行為(カスタマーハラスメント等)	<p>○職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為) 例：コップを投げつける/蹴る/唾を吐く</p> <p>○職員に対する精神的暴力(個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為) 例：大声を発する/業務に支障を及ぼす長時間の電話・居座り/特定の職員へ嫌がらせ/合理的理由のない謝罪の要求/業務の範囲を超えた理不尽なサービスの要求</p> <p>○職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない性的な誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為) 例：必要もなく手や腕等身体を触る/あからさまに性的な話をする/許可なく職員の写真を撮影する。</p> <p>※利用者又は利用者の家族からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生じるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発防止をすることが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になる場合には、サービス契約を解除することがございます。</p>

17 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、直ちに看護職員に連絡、嘱託医の指示に従い必要な措置を講じるとともに、ご家族へ連絡し状況説明を行います。賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに話し合いに入り、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

18 身体的拘束等の禁止

- (1) 事業者は、サービス提供に当たり身体的拘束、その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむ得ない場合は、この限りではありません。

事業者は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、利用者の家族等に説明します。

19 社会福祉法人敬愛園における個人情報の取り扱いについて

社会福祉法人敬愛園は、入居者・利用者の皆様のご支援・ご協力のもとに法人の運営が成り立っていることを深く認識し、個人の人格を尊重する理念の下、業務上知り得た全ての個人情報を、個人情報保護法及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努める。また法人規定に則り、下記のとおり取り扱い、皆様の信頼に応えて参ります。

- (1) 個人の情報は別に明示された目的のためにのみ使用します。

個人情報をお聞きする場合には、必ず利用目的を明示し、皆様ご自身（意思確認が困難な場合はご家族）の意思の下に情報を提供して頂きます。また、ご本人（意思確認が困難な場合はご家族）の承諾が無い限り、利用目的以外に個人情報を使用することはありません。

- (2) 個人の情報は第三者に提供いたしません。

個人情報は、ご本人（意思確認が困難な場合はご家族）の承諾が無い限り、別に定めのない第三者に提供することはありません。

- (3) 個人の情報はいつでも開示、訂正、追加又は削除します。

お申し出があった時は、ご本人（意思確認が困難な場合はご家族）であることを確認し、文書・記録類等に記載された情報の開示、訂正、追加又は削除を行います。

- (4) 適応除外について。

社会福祉法人敬愛園では、皆様の個人情報を上記のとおり取り扱いますが、①法令に定めがあるとき、②本人または第三者の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、緊急かつやむを得ないときのいずれかに該当するときは、上記の取り扱いを適用しない場合があります。

- (5) 個人情報の安全管理。

社会福祉法人敬愛園では、皆様の個人情報について、漏洩、滅失または棄損を防止するために、厳重な安全管理対策を実施いたします。

なお、業務遂行上、やむを得ず個人情報の取り扱いを外部に委託する場合には、必ず社会福祉法人敬愛園と個人情報にかかる契約を結んだ信頼ある業者に委託します。

(6) 当法人における入居者・利用者の皆様の個人情報の利用目的

①入居者・利用者の皆様へのサービスの提供

- * 当法人でのサービス提供のため、法人内の部署間での情報の共有
- * サービス提供に伴う、嘱託医、協力医療機関、その他の医療機関、福祉・介護サービス事業所との連携のため
- * サービス提供に伴う、嘱託医、協力医療機関、その他の医療機関、福祉・介護サービス事業所よりの照会への回答
- * サービス提供のため、外部の医師、医療機関、福祉・介護サービス事業所等の意見、助言を求める場合
- * 入居者の皆様の医療的な管理のため、嘱託医の指示のもと、外部の検体検査業者での検査委託をする場合
- * 入居者の皆様の医療的な管理のために義務付けられている健康診断を、外部の業者に委託する場合
- * ご家族への状況説明
- * その他、サービス提供に資する事由による利用

②介護保険事務

- * 審査支払い機関へのレセプト（介護報酬請求明細書）の提出
- * 審査支払い機関又は保険者かたの照会への回答
- * その他介護保険事務に関する利用

③当法人の管理運營業務

- * 入居、退居に係る管理
- * 会計・経理
- * 介護事故等の行政機関等への報告
- * 入居・利用者の皆様へのサービス向上に資する利用
- * その他、当法人の管理運營業務に関する利用

④施設賠償責任保険等に係る、医療・介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

⑤サービス提供に資する業務の維持・改善のための基礎資料及びサービス向上を目的とした当法人内での症例研究

⑥当法人内において行われる介護実習等への協力及びボランティアの受け入れ（注：この場合、実習生・ボランティア等の個人又は団体からは個人情報守秘の誓約書をとりま

⑦外部監査機関（行政・第三者機関）への情報提供

<付記>

1. 上記のうち、他の医療機関、福祉、介護サービス事業所等への情報提供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. お申し出のないものについては、同意していただい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でも撤回、変更等を行うことができます。

(7) お問い合わせについて。

社会福祉法人 敬愛園における個人情報の取り扱いに関してご質問等がある場合は、092-631-1007（施設長）までご連絡ください。

20 第三者評価の実施状況等について

第三者評価実施 あり なし 結果の公表 あり なし

ありの場合

第三者評価実施日 直近 _____ 年 _____ 月 _____ 日

第三者評価実施機関 _____

私は、本書面に基ついて乙の職員 職名 _____ 氏名 _____ から

上記重要の事項の説明を受けたことを確認し、同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利 用 者 住所 _____

氏名 _____ 印

上記連帯保証人
等代筆者

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

注 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。

