

ショートステイ上石神井幸朋苑

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

重要事項説明書

～こうほうえんの理念～

わたくしたちは
地域に開かれた
地域に愛される
地域に信頼される
こうほうえんを目指します

社会福祉法人こうほうえん

(令和 8 年 10 月 1 日改正)

当施設は介護保険の指定を受けています
(東京都指定 第 1372013019 号)

当施設はご契約者に対して指定短期入所生活介護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。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもご利用は可能です。

[目次]

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. 職員の配置状況
5. 当施設が提供するサービスと利用料金
6. 連帯保証人について
7. 当施設の利用に当たっての留意事項
8. 契約者からの契約解除について
9. 事業者からの契約解除について
10. 利用料減免制度について
11. 緊急時の対応
12. 事故発生時の対応
13. 虐待の防止について
14. 身体拘束について
15. 非常災害対策
16. 施設における個人情報の保護・開示について
17. 苦情の受付について
18. **カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方**
19. 第三者評価の実施について

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人こうほうえん
- (2) 法人所在地 境港市誠道町 2, 083 番地
- (3) 電話番号 0859-24-3111
- (4) 代表者氏名 理事長 廣江 晃
- (5) 設立年月日 昭和 61 年 7 月 3 日

2. ご利用施設

(1) 施設の種類 併設短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

令和元年 10 月 1 日指定 東京都第 1372013019 号

(2) 施設の目的

利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものになるよう配慮しながら、利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身機能の維持・生活行為の向上並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために介護サービスを提供することを目的といたします。

(3) 施設の名称 ショートステイ上石神井幸朋苑

(4) 施設の所在地 東京都練馬区上石神井 3 丁目 2 番 18 号

(5) 電話番号 03-5991-1331

(6) 施設長（管理者）氏名 金海 祐介

(7) 施設の運営方針

『わたくしたちは、サービス業のプロとして正しい情報を伝達し、
自分が受けたい保健・医療・福祉サービスの提供改善に努めます』

(8) 開設年月日 令和元年 10 月 1 日

(9) 入居定員 4 名(介護予防含む) (特別養護老人ホーム含む 総定員 44 名)

3. 居室の概要

当施設では、基本的にユニット型個室での短期入所の受入調整を行っています。満床の場合介護老人福祉施設の空床をご利用いただくこともあります。又ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

居室の種類	室 数	備 考
個室	4 室	※ユニット型個室
共同生活室（食堂兼デイルーム）	2 室	
浴室	1 室	一般浴・特殊浴槽等
医務室	1 室	
相談室	1 室	

※居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定いたします。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

※各居室に洗面台・トイレを設置しております。

※呼吸や脈拍、睡眠状態をモニターにて管理する非装着型リアルモニターをベッドに設置することが出来ます。ご希望の方はお申し出ください。

4. 職員の配置状況（介護予防短期入所生活介護・介護老人福祉施設含む）

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設・（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

<主な職員の配置、勤務体制>

職種	指定基準	職員数	勤務体制
1. 施設長(管理者)	1名	1名	8:30～17:30
2. 生活相談員(兼任)	1名	1名	8:30～17:30
3. 介護職員	13名以上	13名以上	早番 7:00～16:00 日勤 8:30～17:30 遅番 13:00～22:00 夜勤 22:00～7:00
4. 看護職員	2名	2名	8:30～17:30
5. 介護支援専門員	1名	1名	9:00～18:00
6. 嘱託医師	1名	1名	2回/月
7. 管理栄養士	1名	1名	8:30～17:30
8. 機能訓練指導員	1名	1名	9:00～18:00

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

（１）<当施設が提供する基準介護サービス>（契約書第４条参照）

- ①食事・栄養 管理栄養士の作成したメニューに基づき、栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことが出来るよう栄養管理を行います。
- ②口腔衛生 ご利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を行います。
- ③入浴 身体の状態に合わせた入浴方法でご入浴いただきます。
- ④日常生活援助 排泄支援・起床時の洗顔・整髪（整容）・起床（就寝）時更衣等、要望、意向を反映したサービス計画を立案し、個別援助計画に従って提供いたします。
- ⑤相談及び援助 日常生活に関する悩みや介護サービスに関すること等、何でもご相談に応じさせていただきます。
- ⑥個別援助計画 所定の方式にて作成し、その人らしい生活を追求します。

※ 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をおとり頂きます。食費は利用料として規定されるものですが、同時に、施設は規定に基づき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いるため、食事内容についてはその管理・決定を施設に委任していただきます。

(2) <サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約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費額を除いた金額（自己負担額）と居住費・食費に係る自己負担額の合計金額をお支払下さい。自己負担割合については介護保険負担割合証をご確認の上下記料金表を参照ください。



サービス利用料金（自己負担額）は、①から⑥の合計額をお支払いいただきます。自己負担額合計はご契約者の要介護度および所得に応じて異なります。

《介護保険給付費の対象経費》

- ① ご契約者の要介護度に応じた基本サービス利用料金（介護保険給付費額を除いた自己負担額）
- ② 利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に関する加算
- ③ 各種加算（個人別）

《介護保険給付費の対象外経費》

- ④ 居住費・滞在費
- ⑤ 食費
- ⑥ 日常生活上必要となる諸費用で契約者負担分

【上記①に含まれる基本サービス利用料金】

単位：日額

要介護度	全額費用	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	5,871 円	588 円	1,175 円	1,762 円
要支援2	7,281 円	729 円	1,457 円	2,185 円
要介護1	7,814 円	782 円	1,563 円	2,345 円
要介護2	8,569 円	857 円	1,714 円	2,571 円
要介護3	9,401 円	941 円	1,881 円	2,821 円
要介護4	10,190 円	1,019 円	2,038 円	3,057 円
要介護5	10,956 円	1,096 円	2,191 円	3,287 円

※ 上記①の金額は、②③の単位数を合算した上で算定します。

- ※1 サービス利用料金には、夜勤職員配置加算Ⅱ（20 円／日）、サービス提供体制強化加算Ⅱ（20 円／日）の職員配置による体制加算料金が含まれます（夜勤職員配置加算Ⅱは要支援の方には加算されません）。
- ※2 令和 8 年 6 月より介護職員等処遇改善加算として、14%を乗じたものが自己負担となります。

【上記②に含まれるサービス体制加算】

サービス提供体制加算（Ⅱ）	20 円/日額	介護職員の総数のうち有資格者の占める割合が 100 分の 60 以上である場合
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	20 円/日額	夜勤職員の配置を基準より多く配置した場合
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	11 円/月額	ICT 機器を導入し、業務改善に取り組んだ場合
介護職員等処遇改善加算	17.6%	介護職員の処遇改善のための措置として賃金の改善等を実施している場合

※ 上記②の金額は、①③の単位数を合算した上で算定します。

※ 上記②の金額は、「介護保険証」に記載の要介護度および「介護保険負担割合証」に記載の負担割合に準じて算定します。ただし、給付額減額措置を受けている場合は、そちらが優先されます。

※ 端数処理の関係で、円単位の差額が生じる場合があります。

【上記③に含まれる各種加算Ⅰ】

以下に該当する項目を実施した場合には、サービス料金に下記の料金が加算されます。

- 1) 送迎加算 2) 療養食加算 3) 若年性認知症利用者受入加算
 4) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 5) 緊急短期入所受入加算
 6) 看取り連携強化加算 7) 長期利用者提供減算

各種加算に対し、お支払いいただく利用料金は下記の通りです。

加算項目	サービス利用料金 (自己負担分：日額)		加算内容説明
1) 送迎加算	1 割	205 円	心身の状態、家族等の事情などからみて送迎を行うことが必要と認められる場合(片道ごとに加算)
	2 割	409 円	
	3 割	613 円	
2) 療養食加算	1 割	9 円	医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合(1 食毎)
	2 割	18 円	
	3 割	27 円	
3) 若年性認知症利用者受入加算	1 割	134 円	若年性認知症利用者を受け入れ、家族に対する支援を踏まえて個別の担当者を定め行なう場合
	2 割	268 円	
	3 割	402 円	

4) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1 割	222 円	認知症行動、心理症状が認められ在宅での生活が困難、かつ緊急にショートステイを利用する必要があると医師が判断した場合 / 入所日より最大 14 日間を限度に加算
	2 割	444 円	
	3 割	666 円	
5) 緊急短期入所受入加算	1 割	100 円	居宅サービス計画書に位置付けられていない緊急要件にてのご利用となった場合(開始日より 7 日～14 日を限度)
	2 割	200 円	
	3 割	300 円	
6) 看取り連携強化加算	1 割	71 円	看取り期のご利用者に対してサービスを提供した場合、死亡日と死亡日前日 30 日のうち 7 日を限度
	2 割	142 円	
	3 割	213 円	
7) 長期利用者提供減算	1 割	－34 円	連続して 30 日を超えて入所している場合に減算（要介護の方のみ）
	2 割	－67 円	
	3 割	－100 円	

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金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、ご契約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。

※ 【居住費・食費の負担額】

「介護保険負担限度額認定証」を受けており、有効期限内の介護負担限度額認定証をご提示いただいた場合のみ、記載している負担限度額とします。

区分	対象者		居住費（日額）	食費（日額）
利用者負担 第1段階	生活保護受給者		880 円	300 円
	市町村 民税非課税世帯	老齢福祉年金受給者		
利用者負担 第2段階		公的年金等収入金額と その他の合計所得金額 が 80.9 万円以下の方	880 円	600 円
利用者負担 第3段階①		公的年金等収入金額と その他の合計所得金額 が 80.9 万円超 120 万円 以下の方	1,370 円	1,030 円
利用者負担 第3段階②		公的年金等収入金額と その他の合計所得金額 が 120 万円超の方	1,370 円	1,360 円
利用者負担 第4段階	上記以外の方		3,000 円	2,250 円

※ 生計困難者等に対する利用者負担額の軽減制度の対象で認定証（生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証または社会福祉法人による等利用者負担軽減対象確認証）をお持ちの方はご提示下さい。有効期限内の認定証をご提示いただいた場合のみ、記載の利用者負担額（介護保険1割自己負担分・居住費・食費等）の軽減を行います。

※ 生活保護を受給されている方は①介護保険負担限度額認定証②生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証（または社会福祉法人による等利用者負担軽減対象確認証）をご提示下さい。

※ 「介護保険負担限度額認定証」「生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証」または「社会福祉法人による等利用者負担軽減対象確認証」の対象となる可能性の方は居住地のある役所（介護保険課）へお問い合わせ下さい。発行等は当苑ではできかねます。

※ ご契約者の都合によりサービス利用予定当日に中止された場合、キャンセルした当日分の食費相当額、並びに利用予定日数分の居住費相当分を頂きます。

※ 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、ご契約者の負担額を変更します。

(3) < (2) 以外のサービスの概要と利用料金> (契約書第4条、第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

- ① おやつ 利用料金：1日150円(税込み)
- ② 電化製品使用料 電気シェーバー、携帯電話の充電等の電気使用料
1日50円
- ③ テレビリース料 1日30円
- ④ 特別な食事 利用料金：実費
- ⑤ 外部からの出張による理容・美容サービス
利用料金：実費(※詳細は、各出張理容・美容店による)
- ⑥ 特定の人に参加するレクリエーションやクラブ活動、行事
利用料金：材料代等を必要とする場合の実費
- ⑦ 情報公開の一環として請求する記録物の写しの交付に係る費用
利用料金：1枚50円
- ⑧ 各種証明書の発行に係る費用
利用料金：1枚300円

(4) 利用料金のお支払方法 (契約書第6条参照)

前記(2)(3)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払ください。

ア. 下記指定口座への振込み

三菱UFJ銀行 上石神井支店 普通 0204866

口座名義：社会福祉法人こうほうえん ショート 上石神井

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：都市銀行、信用金庫、信用組合、郵便局

※ 振替日は毎月27日(休日の場合は翌日)です。

6. 当施設の利用に当たっての留意事項

- ①来訪・面会 ご来訪の方は、面会時間(9:00~16:00)をお守り頂き、面会の際は事務所受付にて面会簿にご記入の上、ご面会ください。
- ②外出 外出はご家族様同行の場合のみ許可しております。行き先・帰宅時間を職員にお申し出の上、外出届をご記入、提出いただきます。
- ③送迎について 入退所の時間については相談の上、希望に添うよう調整させていただきます。
職員配置及び業務上の都合によりご希望の時間帯での送迎が困難な場合もあります。ご利用者様指定の時間帯での入退所をご希望の方は、ご家族での送迎対応をお願いします。

- | | |
|--------------|---|
| ④医療機関への受診 | かかりつけ医師への受診および体調不良時の救急受診は原則として家族対応をお願いしています。 |
| ⑤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従って利用して下さい。これに反して利用され破損等が生じた場合、実費相当分を補償して頂きます。 |
| ⑦飲酒 | 健康上問題が無ければ職員の管理のもと定められた場所にて可能ですので、お申し出下さい。 |
| ⑧迷惑行為等 | 暴力・騒音等他の入居者の迷惑になる行為は禁止されております。 |
| ⑨たばこ | 施設内は禁煙です。 |
| ⑩医療衛生物品 | 原則、医療処置に関わる衛生品はご自宅からのご持参をお願い致します。 |
| ⑪現金の所持 | 現金の所持は原則お断りしております。盗難、紛失につきまして当苑は一切の責任を負いかねます。 |

7. ご契約者からの契約解除について（契約書第 16 条参照）

契約者は、事業者もしくはサービス従事者が以下の事項に該当する行為を行った場合には、本契約を解除することができます。

- ① 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める施設サービスを実施しない場合
- ② 事業者もしくはサービス従事者が第 8 条に定める守秘義務に違反した場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・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
- ④ 他の利用者が契約者の身体・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

8. 事業者からの申し出による契約解除について（契約書第 17 条参照）

事業者は、契約者又はその家族等が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができます。

- ① 契約者又はその家族等が、契約締結時に契約者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 契約者による、第 5 条第 1 項から第 4 項に定めるサービス利用料金の支払いが 2 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 契約者又はその家族等が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事

者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又はハラスメント等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 契約者が介護老人施設等に入居した場合もしくは病院等に入院した場合

9. 連帯保証人について（契約書第 21 条参照）

- ① ご契約者が医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するようご協力いただきます。ご契約者の施設利用料等の費用負担について、ご契約者と連帯して支払いの責任を負っていただきます。極度額は、720,000 円とします。
- ② ご契約者が退所に至った場合、期日にご契約者の身柄を引き受け、また、ご契約者が死亡した場合、遺体及び残置物の引き受けその他の必要な措置を行っていただきます。

10. 利用料減免制度について

当施設は、『社会福祉法人による利用者負担軽減制度』の適用施設となります。また、介護保険利用限度額を超過された場合、基本的には10割自己負担でのご利用となりますが、申請に基づく法人独自の減額制度もございます。詳細は、相談員にご照会下さい。

11. 緊急時の対応

- (1) ご利用期間中に健康上の変化があれば、ご家族に連絡をさせていただきます。場合によってはかかりつけ医師とご相談をして頂き、ご指示を頂くことをお願い致します。又、必要であれば医療機関への受診同行やかかりつけ医へ施設への往診の依頼をお願い致します。緊急性が高い場合は救急搬送など施設で対応する事もありますが、基本的にはご家族での対応をお願いしております。
- (2) ご利用期間中であっても健康状態によっては、利用途中での退所をお願いする場合もございます。入院となられた場合には、利用期間の終了（退居）の取り扱いとなります。希望に応じて退院後も再利用できるものとしますが、入院後の状態の変化が著しい場合等、居室の受入準備・受入面談等調整を要します。

12. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかにご家族、関係機関に連絡を行うと共に以下に掲げる必要な措置を講じます。医療機関や救急隊と連携を取り適切な対応に努めます。また、家族等への連絡を行うとともに、区市町村への報告等の必要な措置を講じます。

- (1) 事故発生対応に関する指針を整備するとともに、事故発生防止のための責任者および委員会を設置します。
- (2) 事故が発生した場合は、速やかに練馬区役所、ご利用者の家族に連絡を行い、事故の処置を行います。
- (3) 事故発生防止・改善策をサービス従事者に周知し、研修を行います。
- (4) 当施設では「社会福祉施設総合損害補償」に加入しております。サービスの提供に

より賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。但し、施設の責めに帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

1 3. 虐待の防止について

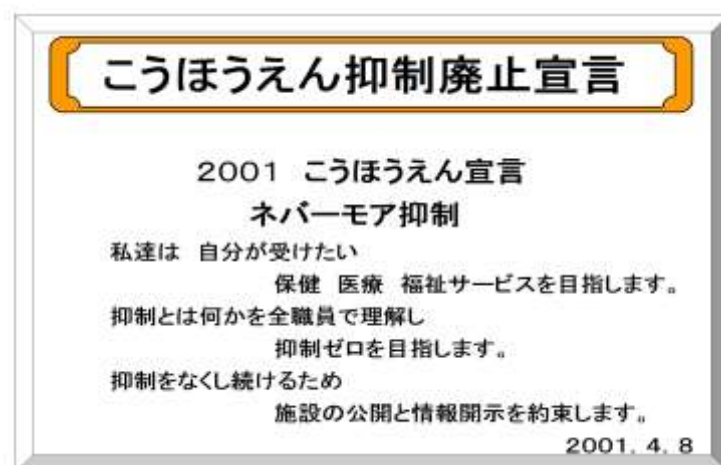
当施設では、ご利用者の人権擁護・虐待の発生防止のために、以下に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を設置します。虐待防止責任者：施設長 金海 祐介
- (2) 研修等を通じて、従業者の人権意識向上や知識向上に努めます。
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。
- (4) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等、高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを保険者に通報します。
- (5) サービス従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、サービス従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

1 4. 身体拘束について

当施設は、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。また、身体的拘束の適正化・廃止や改善を図るための継続的な措置（委員会の設置や職員研修）を講じます。

また、ご利用者に対する身体拘束を廃止する為、下記に掲げる「抑制廃止宣言」を提示しています。



1 5. 非常災害対策

感染症や火災、地震、水害等の非常災害の発生時において、以下に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) サービス提供を継続的にまた早期に業務再開を図るための業務継続計画を策定します。
- (2) 計画に従い、サービス従事者に計画内容を周知し、必要な研修及び訓練を年 2 回以上定期的に実施します。
- (3) 訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

16. 施設における個人情報の保護・開示について

当法人で定める「個人情報保護基本方針」に従い、最大限の配慮を行います。当事業所の職員は、利用者の情報共有等（テレビ・電話装置などを利用した場合も同様）において、利用者又はその家族等の個人情報を利用する場合は当該利用者あるいは家族等の同意をあらかじめ得ます。また、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、担当窓口を定め責任ある対応に努めます。担当窓口は、生活相談員です。

17. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

（1）当施設における苦情の受付

- ①ショートステイ上石神井幸朋苑 苦情担当 生活相談員 清水 勝利
苦情解決責任者 施設長 金海 祐介
電話 03-5991-1331 FAX 03-5991-1330

- ②施設独自の福祉サービス苦情解決第三者委員の方を委嘱いたしております。委員の方に直接書面で申し出ていただくことも出来ます。

氏 名	住所	電話
近藤喜代美	練馬区上石神井 3-14-2	090-3105-5828
飫富 彩子	練馬区上石神井 3-27-36	03-3920-1442

- ③施設にはご意見箱が設置されています。ご意見・ご要望・お褒め・お叱り等、何でもご自由にご投函・ご活用ください。
- ④下記の宛先・方法でご意見をお寄せいただくことも出来ます。
- 「法人総合ご利用者相談・苦情窓口」
- 【電話】フリーダイヤル0120-418-658 【Eメールアドレス】welfare@kohoen.jp
- 【受付時間】午前9時00分～午後5時00分（土・日・祝日除く）

（2）関係機関における苦情の受付

- ①保険者：練馬区保健福祉サービス苦情調整委員（午前9時30分～午後5時）
- 【電話】03-5984-1472 【メール】KUJOCHOSEI@city.nerima.tokyo.jp
- 【受付時間】月曜～金曜午前8時30分～午後5時00分（祝日休日を除く）
- ②東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談
- 【電話】03-6238-0177（直通）
- 【受付時間】午前9時00分～午後5時00分まで（土曜・日曜・祝日除く）
- ③東京都福祉サービス運営適正化委員会（東京都社会福祉協議会内）
- 【電話】03-5283-7020（専用電話）
- 【受付時間】午前10時00分～午後4時00分まで（土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12/29～1/3)を除く）

18. カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方

当事業所では、すべてのご利用者に安心してサービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。そのため、ご利用者又はそのご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのあるものについては、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。

具体的には、次のような言動が該当することがあります。

ただし、これらに限られるものではありません。

- (1) 暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言
- (2) 業務の範囲を超える過度又は不当な要求
- (3) 合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・クレーム
- (4) その他、職員の就業環境を著しく害する行為

これらの言動が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。なお、サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

19. 第三者評価の実施について

第三者による評価の実 施状況	1. あり	実施日 評価機関名称 結果の開示	1. あり 2. なし
	2. なし		

社会福祉法人こうほうえん

個人情報保護基本方針

1. 基本方針

社会福祉法人こうほうえんは、当法人が扱う個人情報の重要性を認識し、その適正な保護のために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報保護に関する法令その他の関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、利用者及びご家族の個人情報の保護を図ることをお約束いたします。

2. 個人情報の適切な収集、利用、提供の実施

- (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、提供を行います。
- (2) 個人情報の収集、利用、提供にあたっては、本人の同意を得ることとします。
- (3) 情報の利用について、以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて使用いたしません。また、ご利用者の許可なく、その情報を第三者に提供、提示いたしません。
 - ① ご利用者の同意を得た場合
 - ② 個人を識別あるいは特定できない状態に加工して利用する場合
 - ③ 法令により情報提供を義務付けられた場合

3. 安全性確保の実践

- (1) 個人情報の紛失、漏えい、改ざん及び不正なアクセス等のリスクに対して、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。
- (2) 法人は、個人情報の保護の取り組みを全役職員等に周知徹底するために、個人情報保護に関する規定類を明確にし、必要な教育を行います。また、取引先等に対しても適切に個人情報を取り扱うように要請します。
- (3) 個人情報保護の取り組みが適切に実施されるよう、必要に応じ評価・見直しを行ない、継続的な改善に努めます。

4. 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、ご利用者の皆様が「個人情報についての取扱いに関する同意」「個人情報の開示請求」「個人情報の訂正、削除、利用停止」に対する権利があります。これらについてのご質問やお問合せ、あるいは依頼については以下の窓口でお受けいたします。

受付窓口 特別養護老人ホーム 上石神井幸朋苑 個人情報担当窓口 生活相談員

TEL 03-5991-1331

平成 17 年 4 月 1 日
社会福祉法人こうほうえん
理事長 廣江 晃

当施設でのご利用者の個人情報の利用目的について

当施設では、ご利用者の個人情報については下記の目的に利用し、その取扱いには細心の配慮をいたします。なお、疑問、不明な点等がございましたら、担当窓口にお問い合わせください。

1. 施設内部での利用目的

- (1) ご利用者に提供する介護サービス
- (2) 介護保険事務
- (3) 入退居時の施設管理
- (4) 会計・経理
- (5) 事故等の報告
- (6) 当該ご利用者への介護サービスの向上
- (7) 外部からの受け入れ(実習・見学等)への協力
- (8) 介護の質の向上を目的とした施設内研究
- (9) その他、ご利用者に係る管理運営業務

2. 施設外部への情報提供としての利用目的

- (1) ご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、照会への回答
- (2) ご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
- (3) 検体検査業務等の業務委託
- (4) ご家族等への心身の状況説明
- (5) 審査支払機関へのレセプトの提出
- (6) 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- (7) 事業者から委託を受けた健康診断に係る結果通知
- (8) 賠償責任保険等に係る、保険会社等への相談または届出等
- (9) その他、ご利用者への介護保険事務に関する利用

3. その他の利用目的

- (1) 介護・福祉サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- (2) 学生等の実習への協力
- (3) 介護の質の向上を目的とした施設内外研究
- (4) 外部監査機関への情報提供

※ 上記のうち、他の機関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、その旨を担当窓口までお申し出ください。

※ お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。

※ これらのお申し出は、いつでも撤回、変更等を行うことができます。

担当窓口： 生活相談員 TEL 03-5991-1331



利用者の皆様へ



お約束とお願い

社会福祉法人こうほうえんの職員は、利用者の皆様がこうほうえんでの保健・医療・福祉サービスにおいて人として尊重され、よりよい信頼関係のもとに安心して過ごすことができるよう、利用者の皆様へお約束とお願いをいたします。

社会福祉法人こうほうえん 理事長 廣江 晃

お約束

- 1 利用者の皆様は、いかなる状況にあっても人格的に尊重されます。
- 2 利用者の皆様は、個々に応じたケア・治療・保育・障がい支援などのサービスを受けることができます。
- 3 利用者の皆様は、正しい情報を得ることができ、各種サービスを選ぶことができます。
- 4 利用者の皆様の個人情報を保護し、プライバシーを尊重します。
- 5 利用者の皆様は、人種・信条・性別・社会的身分等によって差別されることなくサービスを受けることができます。
- 6 利用者の皆様は、意向に沿ったサービス計画の作成に参加することができます。

～なお、以上のお約束に反する職員がおりましたら、遠慮なくお申し出ください～

お願い

- 1 こうほうえんの職員は法人の財産です。サービス提供においては誠心誠意対応しますが、それを超えた要求に関しては応じかねることがあります。職員に対しても思いやりを持って接していただきますようお願いいたします。
- 2 施設には多数の利用者がおられます。共に安心して過ごせるようご協力をお願いいたします。
- 3 訪問・面会・お見舞い等に際しては、他の利用者の皆様にご迷惑がかからないようお願いいたします。
- 4 暴力行為・暴言・誹謗中傷・ハラスメント・過度の飲酒等、目に余る行動をされた方には、退所またはサービス提供のお断りをすることがあります。

注：「利用者の皆様」とは、施設では「利用者および家族」、病院では「患者および家族」、保育園では「園児および保護者」のことを言います。



社会福祉法人 こうほうえん

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
---------------	-------------------------

当施設は、指定(介護予防)短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、「重要事項説明書」を配布の上、本書面に基づき重要な事項の説明および、個人情報の利用について説明を行いました。

事業者	施設名	ショートステイ 上石神井幸朋苑		
	管理者	社会福祉法人こうほうえん 金海 祐介		
	所在地	東京都練馬区上石神井3丁目2番18号		
	電話番号	03-5991-1331	FAX	03-5991-1330
	説明者		職種	

私は、「重要事項説明書」を受け取り、本書面に基づいて事業所から重要事項・個人情報の利用について説明を受け、(介護予防)短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者	住所	
	氏名	

署名代行人	住所	
	氏名	
	本人との関係	
	署名を代行した理由	

※署名代行人欄は、利用者が身体の状態等により署名できない場合のみ記入

連帯保証人	住所	
	氏名	
	本人との関係	