

ケアハウスの重要事項説明書
(令和6年9月1日現在)

<別紙1>

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人三野福祉会
(2) 法人所在地 香川県三豊市三野町大見乙91番地8
(3) 電話番号 0875-72-1200
(4) 代表者氏名 理事長 香川秋訓
(5) 設立年月日 平成4年7月1日

2. 事業所の内容

- (1) 事業所の名称 ケアハウスの
(2) 事業所の所在地 香川県三豊市三野町大見乙91番地12
(3) 電話番号 0875-72-6272
(4) 管理者 施設長 森 眞智子
(5) 事業所の目的 業務の適正かつ円滑な執行と老人福祉法の理念に基づき利用者の生活の安定および充実を図ることを目的とします。利用者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、利用者の意思や人格、自主性の尊重を基本として、相談・助言等の援助、食事の提供、入浴設備の提供、疾病・災害等緊急時の対応、居宅サービスの利用への協力、余暇活動の支援等、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように万全を期することを運営方針とします。
(6) 開設年月 平成13年9月10日

3. 職員の体制状況

当施設は、利用者に対してサービスを提供する職員をして以下の職種を配置しています。

- ① 施設長 1名 (特養と兼務)
② 生活相談員 1名
③ 介護職員 1名
④ 栄養士 1名
⑤ 事務職員 1名

4. サービスの概要と利用料

(1) サービスの概要

相談、助言等、食事の提供、入浴設備の提供、疾病・災害等緊急時の対応、居宅サービスの利用への協力、余暇活動の支援等を提供させていただきます。

(2) 利用料

利用料は、生活費・事務費・管理費の合算額及び施設が行う基本サービス以外の利用者個人の使用に属する水道・電話・電気等の使用料ならびに11月から3月までの間に徴収する暖房費とします。

(3) 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27日までにお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、金融機関口座自動引き落としとなります。自動引き落としできなかった場合は、事務所まで現金で持参していただくようになります。

5. ハラスメント対策

当施設は、適切な介護保険施設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また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る従業員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ます。

ハラスメントに対する相談窓口を設置しています。

6. 高齢者虐待防止

当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する責任者：高齢者虐待防止委員会委員長

虐待防止に関する担当者：生活相談員 前川 尚子

- ② 職員間の注意喚起を徹底します。
- ③ 日頃の些細なことに気付いて報告し、職員間で共有します。
- ④ トラブルやミス（ニアミス）を、統括主任・主任・副主任に報告・相談するように周知します。
- ⑤ 職員への勉強会・研修会を実施します。
- ⑥ サービス向上委員会で課題把握（集計・分析）し、運営改善に取り組みます。
必要時、全職員へチェックリストを実施します。
職員のメンタルヘルスに関する組織的な取り組みを行います。
- ⑦ 指針およびマニュアルの定期的な見直しと周知を行います。

7. 守秘義務および個人情報の保護

当施設と従業者は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者または代理人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙2のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連絡
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑤ 生命・身体または財産の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合）

8. 記録

当施設は利用者へのサービスに関する記録を作成し、その完結日から5年間保管することとします。

9. 第三者評価の実施状況（有・無）

<実施年月日> _____

<評価機関> _____

<評価結果> _____

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は下記の専用窓口で受け付けます

- ・苦情受付窓口（担当者） [職名] 生活相談員 前川 尚子
- ・電話番号 0875-72-6272
- ・受付時間 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 社会福祉法人三野福祉会福祉サービス苦情解決第三者委員

- ・三野町大見 建林 伊都子 (TEL 0875-72-3446)
- ・三野町下高瀬 市村 照美 (TEL 0875-73-5844)
- ・三野町吉津 細川 芳樹 (TEL 0875-73-4334)

(3) 行政機関その他苦情受付期間

三豊市役所 健康福祉部 介護保険課 介護保険係担当	所在地 香川県三豊市高瀬町下勝間 2373 番地 1 電話番号・FAX 0875 - 73 - 3017・0875 - 73 - 3023 受付時間 平日 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 香川県高松市福岡町 2 丁目 3 番 2 号 電話番号・FAX 087 - 822 - 7431・087 - 822 - 6023 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県運営適正化委員会	所在地 香川県高松市番町 1 丁目 10 番 35 号 電話番号・FAX 087 - 861 - 1300 受付時間 平日 9:00～17:00

香川県健康福祉部 長寿社会対策課	所在地 香川県高松市番町4丁目1番10号 電話番号・FAX 087-832-3268・087-806-0206 受付時間 平日 8:30～17:15
---------------------	--

11. 事故発生時の対応

当施設は、利用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、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

当施設は、サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

12. 緊急時および事故発生時の対応

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

個人情報 の 利用 目的

ケアハウスみのでは、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。

【利用者へのサービスの提供に必要な利用目的】

[老人福祉施設内部での利用]

- (1) 施設が利用者等に提供するサービス
- (2) サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - ・入退居等の管理
 - ・会計・経理
 - ・事故等の報告

[他の事業者等への情報提供を伴う利用]

- (1) 当施設が利用者等に提供するサービスのうち
 - ・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
- (2) 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]

- (1) 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]

- (1) 施設の管理運営業務のうち
 - ・外部監査機関への情報提供

ケアハウスみの利用同意書

ケアハウスみのを利用するにあたり、利用契約書および別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。

年 月 日

〈説明者〉 氏 名 _____

〈利用者〉 氏 名 _____

〈身元引受人〉 続 柄 _____

氏 名 _____

ケアハウスみの

社会福祉法人三野福社会

理事長 香川 秋訓 殿

【本契約第2条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【本契約第11条3項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【別紙4】 どちらかに☑を付けて下さい。

● 肖像権使用について 同意する 同意しない

● 抗原検査について 同意する 同意しない

ケアハウスみの入所利用同意書

ケアハウスみの入所を利用するにあたり、利用契約書および別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。

年 月 日

〈説明者〉 氏 名 _____

〈利用者〉 氏 名 _____

〈身元引受人〉 続 柄 _____

氏 名 _____

ケアハウスみの

社会福祉法人三野福社会

理事長 香川 秋訓 殿

以下の①、②に変更がなければ、「変更なし」に✓をつけて下さい。変更がない場合は① ②は記入不要です。

変更なし

①【本契約第2条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

②【本契約第11条3項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【別紙4】 どちらかに☑を付けて下さい。

● 肖像権使用について 同意する 同意しない

● 抗原検査について 同意する 同意しない

〈別紙 4〉

1. 肖像権使用

社会福祉法人三野福社会が実施する事業紹介や、当法人の取り組み等を紹介する用途に限り、三野福社会で撮影しましたご利用者様の写真・映像を使用させていただく場合がございます。ご理解・ご協力をお願いいたします。

2. 新型コロナウイルス抗原検査実施

施設に入所するにあたり、医師の指示のもと場合によっては新型コロナウイルス抗原検査を実施することがあります。また、自己負担が発生する場合があります。

社会福祉法人三野福社会

R6.9.1 改正