

社会福祉法人 ウエル清光会  
特別養護老人ホーム 美豊苑

指定短期入所生活介護事業 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(豊中市指定 第2774003491号)

当事業所はご利用者に対しては指定短期入所生活介護サービスを提供します。事業所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。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

目 次

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1. 事業者 .....                | 3  |
| 2. 事業所の概要 .....             | 3  |
| 3. 職員の配置状況 .....            | 4  |
| 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金 ..... | 6  |
| 5. 苦情の受付について .....          | 9  |
| 6. 身体拘束の廃止 .....            | 10 |
| 7. 虐待防止について.....            | 11 |
| 8. 第三者評価について.....           | 11 |
| 9. 非常災害時の対応について.....        | 11 |
| 10. 衛生管理について.....           | 11 |



## 1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 ウエル清光会  
(2)法人所在地 大阪府豊中市箕輪2丁目13番12号  
(3)電話番号 06-6840-7077  
(4)FAX番号 06-6840-7675  
(5)代表者氏名 理事長 小池 由久  
(6)設立年月日 平成 17年12月22日

## 2. 事業所の概要

### (1)事業所の種類

指定短期入所生活介護事業所(平成19年1月1日指定) 豊中市第2774003491号

※当事業所は特別養護老人ホーム美豊苑に併設されています。

- (2)事業所の名称 特別養護老人ホーム美豊苑  
(3)事業所の所在地 大阪府豊中市箕輪2丁目13番12号  
(4)電話番号 06-6840-7077  
(5)FAX番号 06-6840-7675  
(6)事業所長(管理者) 施設長 内海 敦之

### (7)事業所の目的

ご利用者様(以下利用者)がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に対し、短期入所生活介護サービスを提供します。

### (8)当事業所の運営方針

- ①利用者の人権を尊重し、利用者の立場に立った短期入所生活介護サービスを提供します。  
②利用者の心身の状況に応じた短期入所介護サービス計画をもとに、残存能力を生かした自立支援を行います。  
③市町村や関係機関との緊密な連携を図り、総合的なサービス提供を行います。

### (9)開設年月 平成19年1月1日

### (10)営業日及び営業時間

|      |                                                     |
|------|-----------------------------------------------------|
| 営業日  | 年中無休                                                |
| 受付方法 | 利用の受付は、利用を希望される期間の初日の3ヶ月前から行います。<br>(受付時間午前9時～午後5時) |

- (11)利用定員 定員10名(ユニット数1)  
(12)建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階地下1階  
(13)建物の延べ床面積 2435.75 m<sup>2</sup>  
(14)併設事業

当事業所では、次の事業を併設して実施しています。

[ユニット型指定介護老人福祉施設] (平成18年11月28日指定) 豊中市指定第2774003491号

[居宅介護支援事業所] (平成18年12月1日指定) 豊中市指定第2774003483号

### (15)居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

利用される居室は、原則としてユニットケア型個室です。(ユニットケアとは10人以内の利用者を1つのグループ【ユニット】とし、家庭的な環境の中で介護サービスを提供します。)

但し、居室の設定につきましては、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があります。

(ユニットの数と定員)

◇ユニット数:6(うち特別養護老人ホーム 5ユニットを含む)

◇ユニットごとの定員

|             |              |
|-------------|--------------|
| 【ユニット かるた】  | 9名           |
| 【ユニット はなび】  | 8名           |
| 【ユニット おりづる】 | 9名           |
| 【ユニット きんぎょ】 | 9名           |
| 【ユニット こま】   | 10名          |
| 【ユニット ちどり】  | 10名〈ショートステイ〉 |

| 居室・設備の種類         | 室 数 | 備 考                                         |
|------------------|-----|---------------------------------------------|
| 個室(一部相部屋)        | 53室 | 超低床3モーターベッド、洗面台                             |
| (共同生活室)<br>居間・食堂 | 6室  | キッチン、トイレはユニットに2か所                           |
| ふれあいホール          | 2ヶ所 | ユニットを超えた広がりのある日常生活が楽しめる地域住民の方々との交流の場ともなります。 |
| 浴 室              | 3室  | 一般浴槽・特殊浴槽                                   |
| 医 務 室            | 1室  |                                             |
| 屋上庭園             |     | 四季折々の季節を楽しんで頂けます。                           |

※上記は指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている事業所・設備です。

※居室の変更: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事業所でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族様(以下家族)等と協議のうえ決定するものとします。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定短期入所生活介護事業サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

※職員の配置については指定基準を遵守しています(特別養護老人ホームと一体化で運用)

| 職 種         | 指定基準 | 実配置人員数                   |
|-------------|------|--------------------------|
| 1. 施設長(管理者) | 1名   | 1名                       |
| 2. 介護職員     | 17名  | 24.3名(常勤換算)              |
| 3. 生活相談員    | 1名   | 1名                       |
| 4. 看護職員     | 2名   | 3名(常勤換算。うち1名は機能訓練指導員と兼務) |
| 5. 機能訓練指導員  | 1名   | 1名                       |
| 6. 介護支援専門員  | 1名   | 1.7名                     |
| 7. 医師(嘱託)   | 1名   | 2名                       |
| 8. 管理栄養士    | 1名   | 2名                       |
| 9. 事務員      | 1名   | 2.5名                     |

(令和3年4月1日)

◇常勤換算:職員それぞれ週当たりの勤務延時間の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

(例)週20時間勤務の介護職員が2名いる場合、常勤換算では、1名(20時間×2名÷40時間=1名)となります。

【配置職員の職種】

|          |                                                                               |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 施設長(管理者) | 職員の管理及び業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うと共に業務の総括の任に当たります。                              |
| 介護職員     | 利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための助言等を行います。3名のご利用者に対して1名の職員を配置しています。                     |
| 生活相談員    | 利用者の日常生活上の相談に応じ、便宜生活支援を行います。                                                  |
| 看護職員     | 主に利用者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。                                    |
| 機能訓練指導員  | 利用者の心身の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善、又はその減退を防止するために、機能訓練に係る計画を作成のうえ、必要な機能訓練等を行います。 |
| 介護支援専門員  | 利用者に係る介護支援及び短期入所生活介護計画(ケアプラン)を作成します。                                          |
| 医師(嘱託)   | 利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。                                                     |
| 管理栄養士    | 食事の献立作成、カロリー計算、ご利用者に対する栄養指導等に関する業務に従事します。                                     |
| 事務員      | 施設に必要な事務を行います。                                                                |

【主な職種の勤務体制(特別養護老人ホームと一体で運用)】

| 従業者の職種  | 勤 務 体 制                                                                                                       | 休 暇           |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 施設長     | 週5日 9:00～18:00                                                                                                | 4週8休          |
| 介護職員    | ◇標準的な時間帯における最低配置人数<br>早番 7:00 ～ 16:00 6名<br>日勤 9:00 ～ 18:00 3名<br>遅番 12:00 ～ 21:00 3名<br>夜勤 14:30 ～ 翌 7:30 3名 | 原則として<br>4週8休 |
| 生活相談員   | 週5日 9:00～18:00                                                                                                | 4週8休          |
| 看護職員    | ◇標準的な時間帯における最低配置人数<br>日勤 9:00 ～ 18:00 2名<br>※夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。                                     | 4週8休          |
| 機能訓練指導員 | 週5日 9:00～18:00                                                                                                | 4週8休          |
| 介護支援専門員 | 週5日 9:00～18:00                                                                                                | 4週8休          |
| 医師(嘱託)  | (内 科) 隔週木曜日 15:00～16:00                                                                                       |               |
|         | (精神科) 隔週水曜日 14:30～15:30                                                                                       |               |
| 管理栄養士   | 週5日<br>6:00～15:00、8:00～17:00、9:00～18:00のシフト制                                                                  | 4週8休          |
| 事務員     | 週5日 9:00～18:00                                                                                                | 4週8休          |

#### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。  
当施設が提供するサービスについて、

- (1)利用料金が介護保険から給付される場合
- (2)利用料金の金額を利用者に負担いただく場合

があります。

##### (1)介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

###### 【サービスの概要】

###### ①食事（但し、食費として食材料費と調理費用は別途いただきます。）

◇当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

◇利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。

（食事時間）

朝食8:00～ 昼食12:00～ 夕食18:00～

※大体の食事時間は決まっておりますが、利用者の生活習慣に応じ、ゆっくりと食事をとっていただけるよう配慮いたします。

###### ②入浴

◇入浴又は清拭を最低週2回行います。

◇寝たきりの方も特殊浴槽を利用して入浴することが可能です。

###### ③排泄

◇排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。

###### ④機能訓練

◇機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

###### ⑤健康管理

◇医師や看護職員が、健康管理を行います。

◇必要に応じて協力病院への外来受診も配慮いたします。

###### ⑥送迎サービス

◇利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施地域域外からのご利用の場合は、送迎加算とは別に1,000円を交通費としてご負担いただきます。

###### ⑦その他自立への支援

◇寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮いたします。

◇生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮いたします。

◇清潔で快適な生活を送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

【サービス利用料金(1日あたり1割負担の場合)】

※夜勤職員配置加算とサービス提供体制強化加算(Ⅱ)を含む(契約書第8条に記載)  
 ※下記の料金表によって、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費額を除いた金額(自己負担額)と居室と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。(サービス利用料金は、ご利用者の要介護度、負担割合に応じて異なります。)

|                               | 要介護度1           | 要介護度2  | 要介護度3   | 要介護度4   | 要介護度5   |
|-------------------------------|-----------------|--------|---------|---------|---------|
| 要介護制度別基本単位                    | 704             | 772    | 847     | 918     | 987     |
| 加<br>算                        | 夜勤職員配置加算(Ⅱ)     | 18     |         |         |         |
|                               | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18     |         |         |         |
| 合計単位(送迎加算は除く)                 | 740             | 808    | 883     | 954     | 1023    |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)<br>(合計単位×14.0%) | 103             | 113    | 124     | 134     | 143     |
| 総額                            | ¥8,986          | ¥9,818 | ¥10,735 | ¥11,599 | ¥12,430 |
| 保険給付額                         | ¥8,087          | ¥8,730 | ¥9,661  | ¥10,440 | ¥11,187 |
| 自己負担額                         | ¥899            | ¥982   | ¥1,074  | ¥1,159  | ¥1,243  |
| 居住費                           | ¥3,200          |        |         |         |         |
| 食費                            | ¥1,512          |        |         |         |         |
| 日額(1日あたり)                     | ¥5,611          | ¥5,694 | ¥5,786  | ¥5,574  | ¥5,955  |

◇加算について

| 加算名             |                                                                | 単位数  | 総額   | 保険給付額 | 自己負担額 |
|-----------------|----------------------------------------------------------------|------|------|-------|-------|
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)     | 夜間帯における手厚い職員配置を行うことでの加算                                        | 18   | ¥191 | ¥171  | ¥20   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 看護、介護職員の総数のうち常勤を 75%以上配置                                       | 18   | ¥191 | ¥171  | ¥20   |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)  | 生産性の向上推進と業務改善の取組によるデータの提供を行っている場合に算定。                          | 10/月 | ¥106 | ¥95   | ¥11   |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)   | 当該加算の算定要件を満たす場合の 1 月当たりの加算料金です。<br>※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。 |      |      |       |       |

◇その他の加算(該当者のみ)

| 加算名      |                 | 単位数 | 総額    | 保険給付額 | 自己負担額 |
|----------|-----------------|-----|-------|-------|-------|
| 送迎加算(片道) | 利用時の送り迎えをした際の加算 | 184 | ¥1961 | ¥1764 | ¥197  |

※利用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いったんお支払いいただきます。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)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合にも償還払いとなります。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。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

※居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条に記載)

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

### ①食費(食材料費と調理費用)

◇朝食336円 昼食(おやつ含)588円 夕食588円

### ②滞在費(室料)3,200円/日

※①②に係わる費用につきましては、介護保険負担限度額認定証の交付を受けられた方は、認定証に記載されている負担限度額となります。

### ③特別な食事

◇利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

◇利用料金: 要した追加費用の実費相当額(税込)

### ④理髪サービス

◇月に1回、理容師の出張による理髪サービス(調髪・顔剃)をご利用いただけます。

◇利用料金: 要した費用の実費相当額

### ⑤レクリエーション活動

◇利用者の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。

◇利用料金: 材料代等の実費相当額

### ⑥複写物の交付

◇利用者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

◇利用料金: 1枚につき 20円(税込)

### ⑦日常生活上必要となる諸費用実費

◇日常生活の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

### ⑧電化製品使用料

◇居室内に持ち込まれたテレビ等につきましては、1品にあたり10円/日(税込)を電気代としていただきます。

### ⑨豊中市外からのご利用の場合は、送迎加算とは別に1,000円を交通費としてご負担いただきます。

## (3) 利用料金のお支払い方法(契約書第8条参照)

◇前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月22日までに自動振替又は下記の指定口座への振込みでお支払い下さい。

なお、自動振替及び指定口座振込みの手数料はご契約者でご負担願います。

### ◇利用料等の支払方法

①指定口座からの自動引き落とし(事前にお手続きを頂きます)

②金融機関等への振込み(※振り込み手数料は利用者負担となります。)

| 金融機関名                   | 支店名(店番号)    | 口座番号等       | 口座名              |
|-------------------------|-------------|-------------|------------------|
| ゆうちょ銀行<br>(ゆうちょ銀行からの振込) | 記号 14060    | 番号 41341331 | 社会福祉法人<br>ウエル清光会 |
| ゆうちょ銀行<br>(ゆうちょ銀行以外)    | 408店        | 普通 4134133  |                  |
| 三菱 UFJ 銀行               | 豊中駅前支店(432) | 普通 0982483  |                  |

※領収書につきましては、請求のあった翌月 10 日までに入金の確認ができた利用月分の領収書を郵送で送らせていただきます。

#### (4)利用の中止、変更、追加(契約書第9条に記載)

◇利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。

この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出て下さい。

◇利用予定日の前々日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

ただし、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| 利用予定日の前々日までに申し出があった場合     | 無料             |
| 利用予定日の前日午後5時までに申し出があった場合  | 当日の食費及び滞在費の50% |
| 利用予定日の当日午前9時までの申し出がなかった場合 | 当日の食費及び滞在費の全額  |

◇サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

◇ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

### 5. 苦情の受付について(契約書第25条参照)

#### (1)施設における苦情の受付

◇当事業所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。

・苦情受付窓口(担当者)

-)苦情受付責任者 内海 敦之(介護支援専門員)

-)苦情受付担当 小森あゆみ(生活相談員)

・受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

・連絡先 06-6840-7077

・その他、苦情受付箱の設置や電話等で常時受け付けます。

・また担当者が不在の場合でも事業所の誰もが対応可能なように苦情対応受付表を作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いています。

また担当者が不在の場合でも事業所の誰もが対応可能なように苦情対応受付表を作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いています。

#### (2)円滑迅速に苦情解決を行うための体制、手順

◇相談、苦情があった場合、至急に苦情解決委員会を開催します。問題の詳細を把握するために関係職員、ご利用者等から必要に応じて、状況の聴取を実施し事実関係を確認します。

◇把握した状況に基づき、関係者への連絡調整、注意指導を行うとともに、苦情申出人には必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

◇苦情申出人が第三者委員への報告を希望する場合、匿名での苦情、及び文書による重大な指摘があった場合は、速やかに第三者委員に報告し必要な対応を行います。第三者委員に報告した場合は、必ず返答をもらい苦情申出人に結果を報告します。

### (3) 苦情解決マニュアル

- ・苦情解決マニュアルを作成、その内容を職員、ご利用者、ご家族に徹底することにより適切な対応が出来るようにしていきます。
- ・当事業所において、処理し得ない内容については、豊中市、大阪府の行政窓口、国保連等の関係機関との協力により適切な対応方法をご利用者の立場に立って検討し対応します。

### (4) 行政機関その他苦情受付機関

|               |                                                                                                                  |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| [市町村(保険者)の窓口] | <b>【豊中市福祉部長寿政策課】</b><br>所在地 豊中市中桜塚3丁目1番1号<br>電話番号 06-6858-2838<br>F A X 06-6858-3146<br>受付時間 (月～金) 8:45～17:15    |
|               | <b>【『話して安心、困りごと相談』】</b><br>所在地 豊中市中桜塚3丁目1番1号<br>電話番号 06-6858-2815<br>F A X 06-6854-4344<br>受付時間 (月～金) 9:00～17:15 |
| [公共団体の窓口]     | <b>【大阪府国民健康保険団体連合会】</b><br>所在地 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号<br>(中央大通り FN ビル内)<br>電話番号 06-6949-5418<br>受付時間 (月～金) 9:00～17:00  |
| [第三者委員] 長渡 君子 | 電話番号 06-6841-5000                                                                                                |

## 6. 身体拘束の廃止

- (1) 当事業所は、身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- (2) 介護職員、その他の従業者に対し、身体拘束等の訂正化のための研修を定期的を実施します。
- (3) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3カ月に1回以上開催するとともにその結果については介護職員その他従業者に周知徹底します。
- (4) 事業所は、指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用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、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (5) 事業所は、前項の身体的拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います。
  - ① 身体拘束廃止委員会を設置します。
  - 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対応及び時間、その時点での利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由の記録。
  - ③ 利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったかなど改善方法の検討。

## 7. 虐待防止について

- (1)施設は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講じます。
- ① 職員に対する虐待を防止するための研修の実施。
  - ② 利用者及びその家族からの虐待等に関する苦情処理体制の整備。
  - ③ その他虐待防止のための必要な措置。
- (2)施設は、指定短期入所生活介護サービス提供中に、当該施設または養護者による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に連絡するなど必要な措置を講じます。

## 8. 第三者評価について

実施状況 ( 有 ・ ☐ 無 )

実施年月日 \_\_\_\_\_

評価機関 \_\_\_\_\_

評価結果閲覧方法 \_\_\_\_\_

## 9. 非常災害時の対応について

◇非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、利用者に対して、定期的に、避難、救出  
その他必要な訓練を行います。

## 10. 衛生管理について

- ①指定短期入所生活介護事業サービスの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ②指定短期入所生活介護事業サービス事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。
- ③食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

◇特別養護老人ホーム 美豊苑

説明者職名 介護支援専門員

氏名 印

◇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ました。

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印

身元引受人 住所

氏名 印

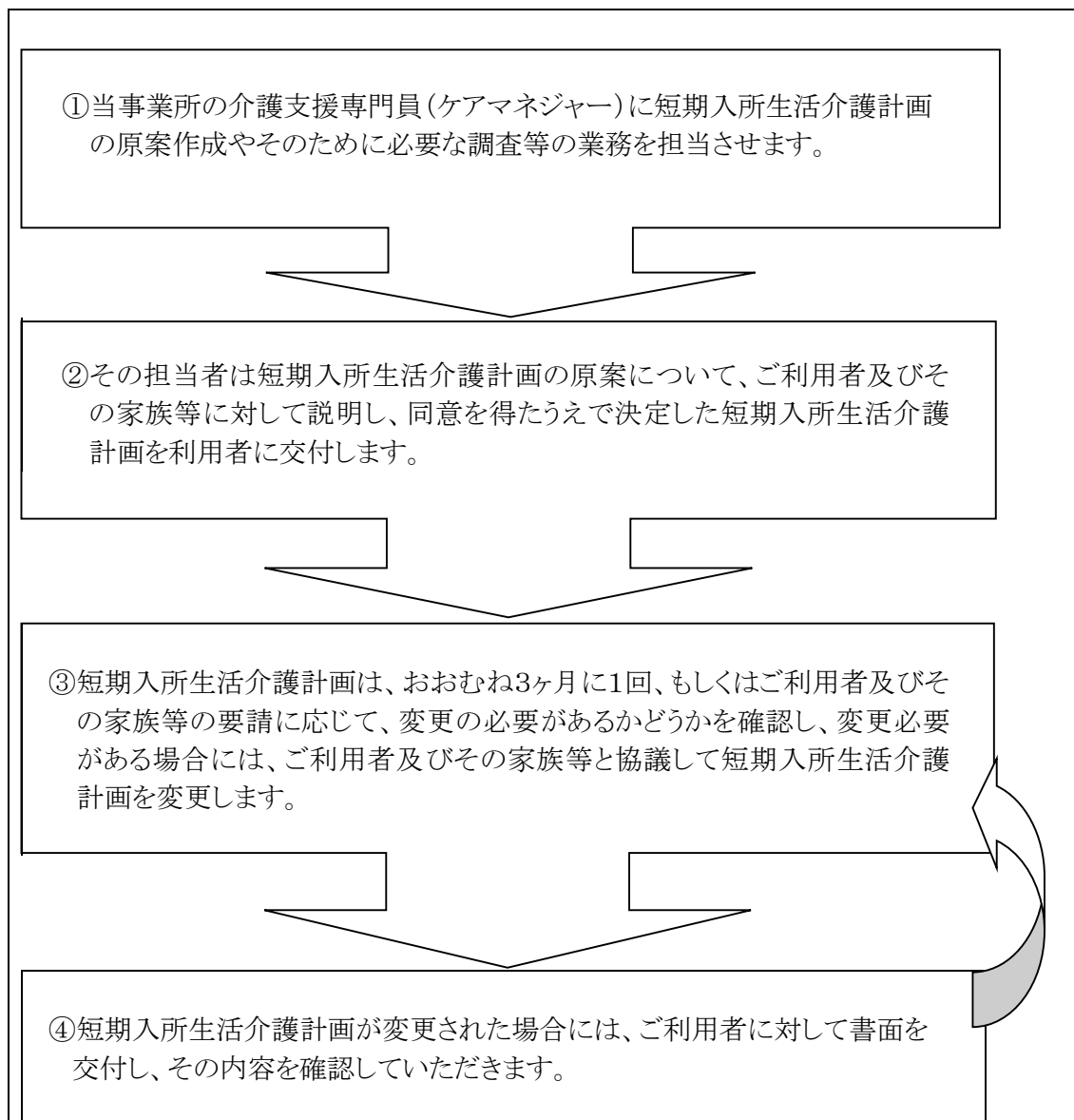
※この重要事項説明書は、「豊中市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年豊中市条例第 69 号)第152条第1項の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

## 〈重要事項説明書付属文書〉

### ～契約締結からサービス提供までの流れ～

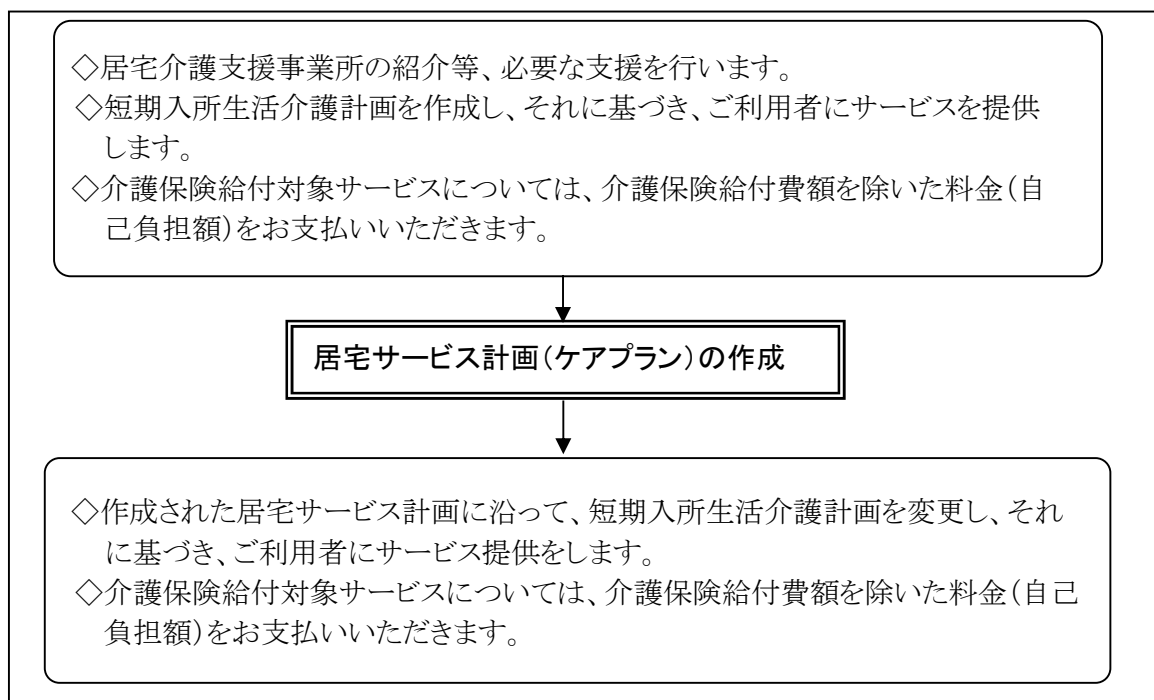
- (1)ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「短期入所生活介護計画」に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。(契約書第3条参照)

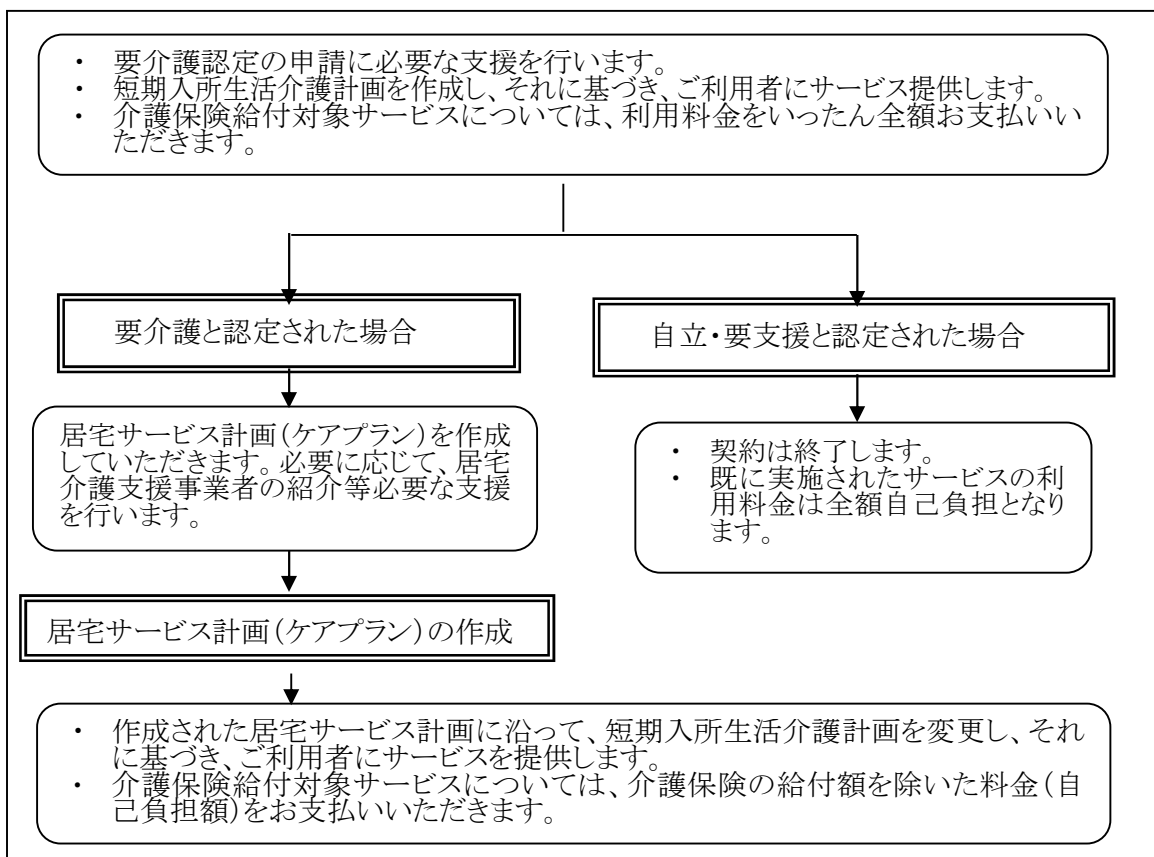


(2) ご利用者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合の、サービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



## ～サービス提供における事業者の義務(契約書第11条に記載)～

◇当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管すると共に、ご利用者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護する為に緊急やむを得ない場合は、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご利用者へのサービス提供時においてご利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及び従業員又は従業員であった者は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません(守秘義務)。但し、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用者との契約終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご利用者の同意を得ます。

## ～サービス利用の留意事項～

◇当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場所としての快適性、安全性、を確保する為、下記の事項をお守りください。

|                 |                                                                                                                                  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問・面会           | 来訪者は面会時間(10:00～17:00)を遵守し、必ず職員に届け出て下さい。<br>利用者の差し入れについては必ず職員にお申し出下さい。<br>ご家族の方の喫煙はご遠慮願います。                                       |
| 外出              | 外出の際には必ず事前に行き先と帰苑時間を職員に届けてください。                                                                                                  |
| 嘱託医師以外の医療機関への受診 | ご利用期間中に医師の診察を受けた方が望ましいと判断される場合は、ご家族に連絡、ご相談いたします。                                                                                 |
| 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ご利用ください。利用者の故意、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を破損、又、汚された場合には利用者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。 |
| 喫煙・飲酒           | 施設内での喫煙は禁止となっております。飲酒は原則、ご遠慮願います。                                                                                                |
| 迷惑行為            | 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、むやみに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。                                                                       |
| 所持品の管理          | 大きな荷物の持ち込みはご遠慮ください。                                                                                                              |
| 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及び政治活動は禁じられています。                                                                                                |
| 動物飼育            | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                                                                                        |
| 持ち込み制限等         | カミソリ、ナイフ等の刃物、マッチ、ライター等の火気、他人に危険を及ぼすと思われるものすべての持ち込みは禁じられています。また、ダンス以外の大きな家具及び所持品の数量にも制限もございますので、入所時にご相談いただき、決めさせていただきます。          |
| 携帯電話            | 携帯電話の使用は居室内に限られております。                                                                                                            |

◇協力医療機関

|         |                                                            |
|---------|------------------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人ダイワ会 大和病院                                              |
| 所在地     | 大阪府吹田市垂水町3丁目22番1号                                          |
| 電話      | 06-6380-1981                                               |
| 診療科     | 内科、整形外科、眼科、泌尿器科、皮膚科、放射線科、脳神経外科                             |
| 医療機関の名称 | 医療法人善正会 上田病院                                               |
| 所在地     | 大阪府豊中市稲津町1丁目7番1号                                           |
| 電話      | 06-6151-3650                                               |
| 診療科     | 外科、内科、整形外科、消化器外科、消化器内科、肛門外科、乳腺外科、循環器内科、放射線科、リハビリテーション科、麻酔科 |
| 医療機関の名称 | 医療法人誠仁会 清光クリニック                                            |
| 所在地     | 大阪府豊中市箕輪2丁目2番21号                                           |
| 電話      | 06-6840-7666                                               |
| 診療科     | 内科、消化器科、消化器外科、肛門外科                                         |
| 歯科の名称   | 医療法人 圭祥会 すみれ歯科                                             |
| 所在地     | 豊中市箕輪2丁目11-3-1                                             |
| 電話      | 06-6840-7205                                               |
| 診療科     | 歯科                                                         |

～損害賠償について(契約書第15, 16条に記載)～

- ◇当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。
- ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

～緊急時における対応～

- ◇ご利用者が当施設を利用中に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医、または事業所が定めた協力医療機関に連絡し、措置を講じる等行います。

～事故発生時の対応について～

- ◇当施設において、ご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、速やかに協力医療機関、市町村、居宅介護支援事業所、ご利用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。

## ～契約の終了について～

- (1) 契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。(契約書第2条参照)

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定により契約者の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所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
- ⑥ご利用者から退所の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください)
- ⑦事業者から契約解除の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください)

- (2) ご利用者からの中途解約・契約解除の申し出(契約書第19, 20条参照)

契約の有効期間であっても、ご利用者から当事業所からの利用契約の解約を申し出ることができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- 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ご利用者の「居宅サービス計画」(ケアプラン)が変更された場合
- ③ご利用者が入院された場合
- ④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短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・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
- ⑦他の利用者がご利用者の身体・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

- (3) 事業者からの契約解除していただく場合(契約解除)(契約書第21条に記載)

以下の事項に該当する場合には、当事業所から退所していただくことがあります。

- ① ご利用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 ご利用者による、サービス利用料金の支払が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 ご利用者が、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 ご利用者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命・身体・健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、ご利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

- (4) 契約終了に伴う援助(契約書第18条に記載)

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うように努めます。