

朗友サロン ショートステイセンター
介護予防短期入所生活介護 利用にあたって
(重要事項説明書)

当施設は、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供するサービスの内容等、利用のご契約をかわすにあたって、ご注意いただきたいことを以下の通り説明します。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営主体
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. 施設を退所していただく場合(契約の終了)
7. 利用者、及び代理人の責務
8. 秘密保持と個人情報の保護について
9. 情報提供に関する同意について
10. 緊急対応
11. 苦情の受付
12. 事故及び損害賠償等発生時の対応・所有物の管理について
13. 身体拘束の原則禁止
14. 高齢者虐待防止について
15. 非常災害対策

1. 施設経営主体

- (1) 法人名 社会福祉法人 おおとり福祉会
- (2) 法人所在地 大阪府堺市西区鳳東町6丁659番地の1
- (3) 電話番号 (072)275-1555
- (4) 代表者氏名 理事長 山本鉄也
- (5) 設立年月日 昭和61年10月30日

2. ご利用施設

- (1) 事業所の種類 介護予防短期入所生活介護事業所
平成18年4月1日指定 大阪府2770101976号
- (2) 事業所の目的 介護予防短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように支援等を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者及び家族の身体的、精神的負担の軽減を図るものである。
- (3) 事業所の名称 朗友サロン ショートステイセンター
- (4) 施設の所在地 大阪府堺市西区草部743番地
- (5) 電話番号 (072)271-7611
- (6) 施設長(管理者) 奥野 康平
- (7) 運営方針 利用者の人権を尊重し、家庭的で、笑顔のある、きめの細かいケアサービスで、利用者の自立を支援することを基本方針とします。
- (8) 開設年月日 平成6年7月1日
- (9) 事業実施地域 堺市全域
- (10) 入所定員 20人

3. 居室の概要

2人部屋1室、3人部屋2室、4人部屋3室、食堂、機能訓練室、浴室(一般浴室、特別浴室、リフト浴室)、医務室、厨房等

4. 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。

◇主な職員の配置状況

職 種	業務内容	人員数
1. 施設長(管理者)・・・	施設の運営管理全般と所属職員の指揮監督を行う。	1名
2. 生活相談員・・・	利用に関する相談や利用者等の施設生活上の相談、及び入退所時等の関係機関との連絡調整を行う。	1名

3. 介護職員…利用者の生活全般の介護、日常生活上の援助、及び余暇活動の支援を行う。	6名
4. 看護職員…利用者の病状及び心身の状況に応じた看護及び介護を行う。	1名
5. 機能訓練指導員…利用者の機能回復、機能維持に必要な訓練及び指導を行う。	1名
6. 介護支援専門員…利用者の介護支援に関する業務を行う。	1名
7. 医師…利用者の健康管理や療養上の指導を行う。	1名
8. 栄養士…利用者の嗜好と栄養に合致し、健康の維持増進と生きがいのある食生活に資する調理献立、及び利用者の栄養管理指導を行う。	1名
9. 調理員…給食業務を行う。	業務委託
10. 事務員…介護給付費等の請求事務及び必要な事務を行う。	1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合。
(2) 利用料金の全額が、利用者の負担となる場合。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

一人一人の利用者の心身状況を調査し、利用者又は代理人(以下『利用者等』という)のご希望もお聞きした上で、介護予防ケアプランに沿って、介護予防短期入所生活介護計画を作成し、それを、もう一度利用者等にお示しして、ご確認を得た上で、介護サービスを提供します。

〈サービスの概要〉

- ①食事… 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況、及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とっていただくことを原則としています。
- ②入浴… 入浴又は清拭を週2回行います。
- ③排泄… 排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を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またはその減退を防止するための訓練を必要に応じ実施します。
- ⑤健康管理… 医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ⑥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します。
生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
清潔で快適な生活が送れるよう、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)〉

別紙の料金表によって、利用者の要支援状態に応じたサービス利用料金から、介護保険で給付を受けられる額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、利用者の要支援状態に応じて異なります。)

☆ 利用日数が、介護保険の対象となる支給限度額を越えた分については、全額自己負担となります。

す。

☆ 利用者がまだ要介護等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いただきます。後に要介護等の認定を受けた方は、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、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、利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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 別紙料金表のとおり

② 契約書第21条に定める所定の料金

利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金。

※ 法による給付額の変更準じたり、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ことがあります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 1カ月分まとめてご利用口座からの翌月自動引き落とし

イ. 利用毎、もしくは月毎の振り込み

(4) 入所中の医療の提供について

事業者及び従事者(以下『事業者等』という)が、当施設における提供が困難と判断する、医療が必要な場合は、下記協力医療機関において診療や入院治療(入院した場合は退所)を受けることができます。

① 協力医療機関

◆ 朗友診療所

堺市西区草部743番地

電話(072)271-7611

◆ 阪和第二泉北病院

内科・整形外科・外科

堺市中区深井北町3176

電話(072)277-1401

※ 但し、上記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、上記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

6. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、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、利用者に退所していただくこととなります。

(1) 自動終了

① 利用者が死亡した場合。

② 他の介護保険施設に入所(介護予防短期入所を除く)したり、医療機関に入院した場合。

③ 6ヶ月以上の間、当施設においてサービスの利用がなかった場合。

④ 要介護認定により利用者の心身の状況が自立、もしくは要介護1以上と判定された場合。

(要介護1以上となって、引き続き短期入所を利用される場合は、改めて短期入所生活介護サービスの契約が必要となります)

- ⑤ 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施設を閉鎖した場合。
- ⑥ 施設の滅失や重大な損害により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ⑦ 施設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。

(2)利用者からの退所の申し出(中途解約・契約解除)

利用期間中であっても、ご利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の2日前までにお申し出ください。又、契約期間中であっても契約を解約することができます。その場合は、契約を解約する日の10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、即時に契約を解除し、施設を退所することができます。

- ① 事業者等が、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 事業者等が、守秘義務に違反した場合。
- ③ 事業者等が、故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけたり、事業者等に、著しい不信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ④ 他の利用者から、身体・財物・信用等を傷つけられた場合、もしくは傷つけられる恐れがある場合。

(3)事業者からの申し出により退所、もしくは契約を解除していただく場合

- ① 利用者等が、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、これを告げず又は不実の告知を行った場合。
- ② 利用者等による、サービス利用料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、文書による支払いの催告を行ったにもかかわらず、催告の日から14日以内にその支払いがなかった場合。
- ③ 利用者等及び家族が、事業者等もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又はその恐れがある場合。
- ④ 利用者等及び家族が、著しい不信行為を行うことなどによって、事業者に対して本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせたり、その恐れがある場合。
- ⑤ 事業者等が利用者の病状等を勘案し、当施設において必要なサービスを提供する事が困難であると認めた場合。

(4)利用者が入院等された場合の対応について

施設利用中、利用者が入院を要する状態、もしくは他の施設への入所が適当であると、事業者が判断した場合は、入院もしくは退所していただきます。

又、事業者等が他の医療機関への通院が必要と判断した場合は、受診していただきます(受診の結果、入院された場合は退所になります)。

7. 利用者、及び代理人の責務

利用者及び代理人は、利用者の利用料金の支払い、身上に関する必要な全ての措置及び利用者が退所に至った場合の身元引受けや、死亡した場合の遺体の引き取り、遺留金品等の処理、その他全ての措置をとる義務を負います。

8. 秘密保持と個人情報の保護について

- (1) 事業者等は、介護予防短期入所生活介護サービスを提供する上で、知り得た利用者等に関する事項を、正当な理由無く第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了後、及び事業者等が退職後も継続します。
- (2) 事業者等は、利用者の処遇所の必要性がある場合には、医療機関等に利用者等に関する心身等の情報を提供できるものとします。また事業者等は、利用者が診療・検査を受けた医師、または医療機関から必要な情報を受けることができるものとします。
- (3) 事業者等は、適切な介護サービス提供のため、地域包括支援センターや他の事業者と連携を図るなど、正当な理由がある場合には、サービス担当者会議等において、事業者等の判断により利用者等の個人情報を用いる事ができるものとします。

- (4) 事業者等は、利用者等に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報、及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。

9. 情報提供に関する同意について

利用者等は、8. (2)(3)に係る情報提供に同意するものとしします。

10. 緊急対応

利用中、緊急の事態が生じた場合、予めお聞きしている下記の第一連絡先に連絡します。もし、第一に連絡がとれなかった場合、第二に連絡します。

但し、いずれにも連絡がとれなかった場合や、特に急を要する場合は、事業者等の判断に拠ることとさせていただきます。

第一連絡先	住所		電話	自宅 携帯
	氏名		続柄	
第二連絡先	住所		電話	自宅 携帯
	氏名		続柄	
ケアマネジャー	事業所名		担当者名	
	住所		電話	
主治医	医師名		医療機関	
	住所		電話	

11. 苦情の受付について

事業者はその提供したサービスに関する利用者等からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して対応するものとしします。

苦情を受け付けた場合の処理手順は、次のとおりとしします。

1. 窓口で受け付けた苦情に対しては、受付した者が『相談・苦情記録、処理台帳』に内容を記載し、必ず責任者に報告して、必要に応じ、申し出者に処理内容を伝達するものとしします。
2. 1によって苦情処理を行えない場合については、事業者の第三者委員等に相談するものとしします。
3. 2については、その結果もしくは時間を要する場合はその旨を、必ず申し出者等に連絡するものとしします。

(1)当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口 TEL(072)271-7611

苦情受付担当者—生活相談員 苦情解決責任者—管理者

受付曜日と時間 月曜日～金曜日 午前9:00～午後5:00

(2)行政機関その他苦情受付機関

◆堺市…各区役所地域福祉課介護保険係

◇西区… 電話(072)275-1912 FAX(072)275-1919

◇堺区… 電話(072)228-7477 FAX(072)228-7870

◇中区… 電話(072)270-8195 FAX(072)270-8103

◇東区… 電話(072)287-8112 FAX(072)287-8117

◇南区… 電話(072)290-1812 FAX(072)290-1818

◇北区… 電話(072)258-6771 FAX(072)258-6836

◇美原区… 電話(072)361-1881 FAX(072)362-0767

受付曜日と時間 月曜日～金曜日 午前9:00～午後5:00

◆堺市健康福祉局 長寿社会部 介護保険課

電話(072)228-7513 FAX(072)228-7853

受付曜日と時間 月曜日～金曜日 午前9:00～午後5:00

◆大阪府国民健康保険団体連合会

大阪府中央区常盤町1丁目3番8号

介護保険課苦情受付窓口 電話(06)6949-5418

受付曜日と時間 月曜日～金曜日 午前9:00～午後5:00

12. 事故及び損害賠償等発生時の対応・所有物の管理について

(1)事故及び損害賠償等の対応

利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供により、事故が発生した場合には速やかに保険者利用者の家族等に連絡すると共に、必要な措置を講ずるものとする。

事業者等は、契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責めに帰すべき事由により、利用者に生じた損害について、その責任の範囲において賠償する責任を負うものとする。

また利用者等は、契約に基づくサービスの提供を受けるに伴って、自己の責めに帰すべき事由により、事業者等、又は他の利用者に生じさせた損害について、その責任の範囲において賠償する責任を負うものとする。

当施設では、利用者等が持ち込まれる現金、通帳、キャッシュカード、貴金属などの貴重品については、施設側での保管・管理は行っておりません。そのため、万が一施設内で紛失や盗難、破損等が発生した場合でも、原則として施設はその責任を負いません。

これらの貴重品の管理は、ご本人またはご家族の責任においてお願いいたします。高額な現金や貴重品の持ち込みはお控えいただき、必要最低限の所持でのご利用をお願い申し上げます。また、他のご利用者様との間で発生したトラブル等についても、当施設に重大な過失がある場合を除き、損害賠償の責任を負いません。

(2)所有物の管理について

利用者が所有する衣類・日用品・義歯・補聴器・眼鏡・装具・携帯電話・スマートフォンおよびそれに付随する機器(充電器、イヤホン、モバイルWi-Fiルーター等)その他の私物(以下「私物等」という)について、当施設は可能な限り適切な管理に努めますが、施設の性質上、すべての物品を完全に管理・把握することは

困難であるため、以下の場合には当施設は一切の責任を負わないものとします。また高額な稀少な私物等については、施設の判断により持ち込みを断る場合があります。

- 1、私物等に利用者本人の記名がない場合
- 2、利用者またはその家族等による私物等の持ち込みが、施設に対して事前に申告・確認されていない場合
- 3、洗濯または日常使用により発生する縮み・色落ち・型崩れ・破損・変形・経年劣化等の通常損耗
- 4、義歯・補聴器・眼鏡、携帯電話、スマートフォンその他の医療用器具・電子機器の使用または保管中における紛失・破損(当施設に明らかな過失がない場合)
- 5、共同生活に伴い発生する、やむを得ない紛失・取り違え・破損

なお、上記に該当しない場合であっても、施設側に重大な過失が認められるときは、当該物品の性質や状況に応じて、同等品の再購入、または相当額の補償等について協議のうえ対応します。利用者およびその家族は私物等について、原則として記名および持ち込み時の施設への申告を行うものとします。

13. 身体拘束の原則禁止

事業者等は、利用者の人としての尊厳や意思を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供のため、身体拘束は原則的に行わないものとします。利用者、または他の利用者の生命及び身体を保護する為、緊急やむを得ず、身体拘束を行う場合は、他の方法が無いかを十分に検討した上で、家族又は代理人の同意を得るものとし、その対応及び時間・その際の利用者の心身の状況・緊急やむを得なかった理由等を記録するものとします。

14. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の擁護・虐待の防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1、研修を通じて、従事者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- 2、個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- 3、従事者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従事者が利用者の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

15. 非常災害対策

- 1、事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- 2、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従事者に周知します。
- 3、定期的に避難、救出その他必要な訓練を毎年2回行います。

令和 年 月 日

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、本書面に基づき重要な事項についての説明を行いました。

事業者 社会福祉法人おとし福祉会
理事長 山本 鉄也 印

事業所 朗友サロン ショートステイセンター
説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、事業者からの重要な事項についての説明を受け、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 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____