

特別養護老人ホーム第2愛港園重要事項説明書 (指定短期入所生活介護)

平成30年 6月 1日現在

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(大阪市指定 第 2770400154 号)

当事業所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。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。

※当サービスのご利用は、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.....	2
2. 事業所の概要.....	2
3. 職員の配置状況.....	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	4
5. 秘密の保持と個人情報の保護について.....	12
6. 高齢者の虐待防止について.....	13
7. 緊急時の対応について.....	13
8. 事故発生時の対応について.....	13
9. 非常災害対策について.....	13
10. 身体拘束の廃止.....	14
11. 苦情の受付について.....	14

社会福祉法人みなと寮
特別養護老人ホーム第2愛港園

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人みなと寮
(2) 法人所在地 大阪府河内長野市河合寺423-1
(3) 電話番号 0721-62-3700 FAX 0721-62-3711
(4) 代表者氏名 理事長 大西 豊美
(5) 設立年月 昭和27年5月17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11年10月29日指定
大阪市第2770400154号
※当事業所は特別養護老人ホーム第2愛港園に併設されています。
- (2) 事業所の目的 要介護状態となった場合においても、そのご契約者が可能な限りその居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご契約者の心身の機能の維持並びにご契約者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム第2愛港園
(4) 事業所の所在地 大阪市港区八幡屋4丁目8番1号
(5) 電話番号 06-6571-5241 FAX 06-6571-3613
(6) 事業所長(管理者)氏名 森田 増穂
(7) 当事業所の運営方針

介護は、生命や生活を支え、生活を豊かにする援助活動ですから、人権尊重を基本理念として、以下の介護サービスを提供します。

- ・個別ケアプランに基づく、きめ細やかなサービスの提供
- ・個別性の重視、自己決定、選択を可能な限り尊重
- ・残存能力に着目した自助、自立援助
- ・予防的、維持的リハビリテーションの実施
- ・在宅ケアと施設ケアの連携による継続的、総合的なサービスの確立
- ・個人情報保護を徹底し、プライバシーに配慮したサービス環境の構築

- (8) 開設年月 平成5年7月1日
(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	午前10時15分～午後6時45分

- (10) 利用定員 5人
(11) 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4人部屋ですが、個室など他の種類の居室の利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約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・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	11室	従来型個室 1,150円/日
4人部屋	11室	従来型多床室 840円/日
合計	22室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器] 平行棒等
浴室	2室	特殊浴槽（チェアー式）
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。指定短期入所生活介護事業を利用される際、この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご契約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します。また、ご契約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、ご契約者及びその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、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。

職種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	17名	17名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	2名	2名
5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 介護支援専門員	1名	1名
7. 医師	1名	1名
8. 管理栄養士（栄養士）	1名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週37.5時間）で除した数です。
（例）週15時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、2名（15時間×5名÷37.5時間＝2名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	毎週 火曜日 13:00～15:00 金曜日 10:30～12:30
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7:00～10:15 3名 日中：10:15～18:45 8名 夜間：18:45～翌7:00 2名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中：10:15～18:45 1名
4. 機能訓練指導員	毎週月～金曜日 9:00～17:30

☆土日は上記と異なります。

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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所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) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(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）

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き、保険者が発行する「介護保険負担額割合証」に基づく自己負担割合を差し引いた8割または9割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①居室の提供

②食事

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約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。

（食事時間）

朝食：8:00～9:00 昼食：12:00～13:00 夕食：18:00～19:00

③入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・車椅子利用者の方は特殊浴槽（チェアー式）を使用して入浴することができます。

④排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約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。

⑥健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

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。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

⑧送迎

- ・ 事業所の車両でご自宅と事業所間の送迎を行います。
- ・ 通常の送迎の実施地域・・・港区、西区、大正区、此花区

<サービス利用料金(1日あたり)> (契約書第7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、居室と食費に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

従来型個室をご利用の場合

	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	
1.ご契約者の要介護度とサービスご利用料金 サービス提供体制加算Ⅲ 夜勤職員配置加算 介護職員処遇改善加算Ⅰ含む	6,952 円	7,757 円	8,573 円	9,378 円	10,161 円	
2.うち、介護保険から給付される金額	1 割負担の方	6,256 円	6,981 円	7,715 円	8,440 円	9,144 円
	2 割負担の方	5,561 円	6,205 円	6,858 円	7,502 円	8,128 円
3.サービスのご利用に係る自己負担額	1 割負担の方	696 円	776 円	858 円	938 円	1,017 円
	2 割負担の方	1,391 円	1,552 円	1,715 円	1,876 円	2,033 円
4.居室に係る自己負担額	1,150 円					
5.食事に係る自己負担額	1,380 円（朝食 300 円 ・ 昼食 550 円 ・ 夕食 530 円）					
6.自己負担額合計 (3 + 4 + 5)	1 割負担の方	3,226 円	3,306 円	3,388 円	3,468 円	3,547 円
	2 割負担の方	3,921 円	4,082 円	4,245 円	4,406 円	4,563 円

従来型多床室をご利用の場合

		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
1. ご契約者の要介護度とサービスご利用料金 サービス提供体制加算Ⅲ 夜勤職員配置加算 介護職員処遇改善加算Ⅰ含む		6,952 円	7,757 円	8,573 円	9,378 円	10,161 円
2. うち、介護保険から給付される金額	1 割負担の方	6,256 円	6,981 円	7,715 円	8,440 円	9,144 円
	2 割負担の方	5,561 円	6,205 円	6,858 円	7,502 円	8,128 円
3. サービスのご利用に係る自己負担額	1 割負担の方	696 円	776 円	858 円	938 円	1,017 円
	2 割負担の方	1,391 円	1,552 円	1,715 円	1,876 円	2,033 円
4. 居室に係る自己負担額		840 円				
5. 食事に係る自己負担額		1,380 円 (朝食 300 円 ・ 昼食 550 円 ・ 夕食 530 円)				
6. 自己負担額合計 (3 + 4 + 5)	1 割負担の方	2,916 円	2,996 円	3,078 円	3,158 円	3,237 円
	2 割負担の方	3,611 円	3,772 円	3,935 円	4,096 円	4,253 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も償還払いとなります。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。

☆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、ご契約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。

☆ご契約者が、送迎サービスを利用された場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。

1. 送迎サービス利用料金 (1回)		2,165 円
2. うち、介護保険から給付される金額	1 割負担の方	1,949 円
	2 割負担の方	1,732 円
3. 自己負担額 (1 - 2)	1 割負担の方	216 円
	2 割負担の方	433 円

◇当事業所の滞在費・食費の負担額（1日あたり）

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、事業所利用の際の滞在費・食費の負担が軽減されます。

（日額概数）

対象者		区分	滞 在 費 (居住の種類により異なります)		食 費
			多床室	従来型個室	
生活保護受給者		利用者負担 段階 1	0 円	3 2 0 円	3 0 0 円
老齢福祉年金受給者					
世帯全員 が市町村 民 税 非 課 税の場合	課税年金収入額と合計所得 金額の合計が 80 万円以下の 方 (配偶者も市民非課税で、預 貯金等が単身で 1,000 万円、 夫婦で 2,000 万円以下)	利用者負担 段階 2	3 7 0 円	4 2 0 円	3 9 0 円
	利用者負担第 2 段階以外の方 (課税年金収入が 80 万円超 266 万円未満の方など)	利用者負担 段階 3	3 7 0 円	8 2 0 円	6 5 0 円
上記以外の方		利用者負担 段階 4	8 4 0 円	1, 1 5 0 円	1, 3 8 0 円

(2) (1) 以外のサービス（契約書第 5 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①特別な食事（酒を含みます。）

ご契約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：実費相当額（別途消費税要）

②理髪・美容

[理美容サービス]

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

利用料金：1 回あたり実費相当額

③レクリエーション活動

ご契約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：材料代等の実費をいただくこともあります。

<例>

i) 主な行事予定

	行事とその内容	備考
1月	1日ーお正月 (おせち料理をお召し上がり頂き、新年をお祝いします。 書き初め大会、新春ゲーム大会も行います。)	
2月	3日ー節分 (施設内で豆まきを行います。)	
3月	3日ーひなまつり (おひなさま飾りをつくり、飾り付けを行います。)	
4月	上旬ーお花見 (近くの公園に引率し、桜の下でお花見をします。)	
5月	日帰りレク (日帰り、近郊の行楽地等に引率し、散策等します。)	
6月	日帰りレク (日帰り、近郊の行楽地等に引率し、散策等します。)	
7月	七夕祭り	
8月	納涼大会 (模擬店を作り、盆踊り等もします。)	
9月	敬老祝賀会 (地域のみなさん、子供会等も来て頂きお祝いします。)	
10月	日帰りレク (日帰り、近郊の行楽地等に引率し、散策等します。)	
11月	日帰りレク (日帰り、近郊の行楽地等に引率し、散策等します。)	
12月	下旬ークリスマス会 (クリスマスをみなさんでお祝いします) 下旬ーおもちつき (みなさんと一緒におもちをついたり、丸めたりします)	

ii) 主な活動

美術、書道、音楽、園芸 (特別な材料代等の実費をいただくこともあります。)

④健康管理費

インフルエンザ予防接種に係る費用など。 実費相当額

☆ 経済状況の著しい変化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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

自己負担額早見表（１日あたりの額）

（サービス提供体制強化加算Ⅲ・介護職員処遇改善加算Ⅰの説明は下記参照）

利用者負担第１段階の方

			介護サービス費	滞在費	食費	利用者負担額	
第１段階	自己負担率割合１割の方	従来型個室	要介護１	696円	320円	300円	1,316円
			要介護２	776円			1,396円
			要介護３	858円			1,478円
			要介護４	938円			1,558円
			要介護５	1,017円			1,637円
		多床室	要介護１	696円	0円		996円
			要介護２	776円			1,076円
			要介護３	858円			1,158円
			要介護４	938円			1,238円
			要介護５	1,017円			1,317円
	自己負担率割合２割の方	従来型個室	要介護１	1,391円	320円	300円	2,011円
			要介護２	1,552円			2,172円
			要介護３	1,715円			2,335円
			要介護４	1,876円			2,496円
			要介護５	2,033円			2,653円
多床室		要介護１	1,391円	0円	1,691円		
		要介護２	1,552円		1,852円		
		要介護３	1,715円		2,015円		
		要介護４	1,876円		2,176円		
		要介護５	2,033円		2,333円		

利用者負担第２段階の方

			介護サービス費	滞在費	食費	利用者負担額	
第２段階	自己負担率割合１割の方	従来型個室	要介護１	696円	420円	390円	1,506円
			要介護２	776円			1,586円
			要介護３	858円			1,668円
			要介護４	938円			1,748円
			要介護５	1,017円			1,827円
		多床室	要介護１	696円	370円		1,456円
			要介護２	776円			1,536円
			要介護３	858円			1,618円
			要介護４	938円			1,698円
			要介護５	1,017円			1,777円

			介護サービス費	滞在費	食費	利用者負担額	
第2段階	自己負担率割合2割の方	従来型個室	要介護1	1,391円	420円	390円	2,201円
			要介護2	1,552円			2,362円
			要介護3	1,715円			2,525円
			要介護4	1,876円			2,686円
			要介護5	2,033円			2,843円
	多床室	要介護1	1,391円	370円	2,151円		
		要介護2	1,552円		2,312円		
		要介護3	1,715円		2,475円		
		要介護4	1,876円		2,636円		
		要介護5	2,033円		2,793円		

利用者負担第3段階の方

			介護サービス費	滞在費	食費	利用者負担額	
第3段階	自己負担率割合1割の方	従来型個室	要介護1	696円	820円	650円	2,166円
			要介護2	776円			2,246円
			要介護3	858円			2,328円
			要介護4	938円			2,408円
			要介護5	1,017円			2,487円
		多床室	要介護1	696円	370円		1,716円
			要介護2	776円			1,796円
			要介護3	858円			1,878円
			要介護4	938円			1,958円
			要介護5	1,017円			2,037円
	自己負担率割合2割の方	従来型個室	要介護1	1,391円	820円		2,861円
			要介護2	1,552円			3,022円
			要介護3	1,715円			3,185円
			要介護4	1,876円			3,346円
			要介護5	2,033円			3,503円
多床室	要介護1	1,391円	370円	2,411円			
	要介護2	1,552円		2,572円			
	要介護3	1,715円		2,735円			
	要介護4	1,876円		2,896円			
	要介護5	2,033円		3,053円			

利用者負担第4段階の方

			介護サービス費	滞在費	食費	利用者負担額	
第4段階	自己負担率割合1割の方	従来型個室	要介護1	696円	1,150円	1,380円	3,226円
			要介護2	776円			3,306円
			要介護3	858円			3,388円
			要介護4	938円			3,468円
			要介護5	1,017円			3,547円
		多床室	要介護1	696円	840円		2,916円
			要介護2	776円			2,996円
			要介護3	858円			3,078円
			要介護4	938円			3,158円
			要介護5	1,017円			3,237円
	自己負担率割合2割の方	従来型個室	要介護1	1,391円	1,150円	1,380円	3,921円
			要介護2	1,552円			4,082円
			要介護3	1,715円			4,245円
			要介護4	1,876円			4,406円
			要介護5	2,033円			4,563円
多床室		要介護1	1,391円	840円	3,611円		
		要介護2	1,552円		3,772円		
		要介護3	1,715円		3,935円		
		要介護4	1,876円		4,096円		
		要介護5	2,033円		4,253円		

	従来型個室・多床室共通
特別な食事、理・美容、レクリエーション活動、健康管理費、日用品費	実費相当額

利用料に加算される額（円）

各種加算金	日額		内 容
	1割負担	2割負担	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	7	13	3年以上の勤務年数のある者が、30%以上配置されている場合
介護職員処遇改善加算Ⅰ	54~79	107~157	対象となる要介護度に各種加算合計の8.3%
送迎加算	(片道) 201	(片道) 401	事業所からご自宅までの送迎を行った場合
若年性認知症受入加算	131	261	若年性認知症利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを行った場合

☆ 小数点以下の端数処理の問題で若干の誤差が出てきます

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

○利用者負担の減免については別紙参照のこと。

ア. 窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み

三菱東京UFJ銀行 築港支店 普通預金 3 6 6 7 0 1 3

口座名義 社会福祉法人みなと寮

第2愛港園

理事長 大西豊美

りそな銀行

市岡支店 普通預金 0 2 0 4 8 0 7

口座名義

社会福祉法人みなと寮

第2愛港園

理事長 大西豊美

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、指定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ください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の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。但しご契約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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の20% (自己負担相当額)

○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契約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契約者に提示して協議します。

○ご契約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. 秘密の保持と個人情報の保護について（契約書第11条参照）

(1) 事業者及びサービス従事者又は従業員は、指定短期入所生活介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はその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。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

(2) 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

(3) 前2項にかかわらず、契約者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又は契約者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

6. 高齢者の虐待防止について

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

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	介護主任 萱野 裕一
-------------	------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 介護相談員を受け入れます。

(5) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、速やかにこれを市町村に通報します。

7. 緊急時の対応について

事業所は、現に指定短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の医師又はあらかじめ当事業所が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応について（契約書第 22 条参照）

事業所は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

(1) 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備します。

(2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。

(3) 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。

2 事業所は、利用者に対する指定短期入所生活介護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、当該事業利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

3 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

4 事業所は、利用者に対する指定短期入所生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

9. 非常災害対策について

1 事業所は、非常災害に備えて定期的に避難、救出、夜間想定を含めその他必要な訓練を年 2 回以上行います。

2 事業所は、消防法に準拠して非常災害に関する具体的計画を別に定め、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。

10. 身体拘束の廃止について

1 事業所は、指定短期入所生活介護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等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。

2 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かった理由を記録します。
- (3) 利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

11. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

(1) 苦情解決の概要

1. 利用者からの相談、文書などによる苦情への対応

①相談、苦情に関する常設窓口として担当者を設けています。また、担当者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。

常設受付窓口 (電話番号) 06-6571-5241 (ファクス) 06-6571-3613

担当者 萱野 裕一

②文書などの苦情への対応としては、1階に苦情受付ボックス（意見箱）を常設し、担当者が定期的にチェックを行い、文書などがあつた場合は封印したまま管理者まで届けることとしています。

2. 円滑迅速に苦情解決を行うための体制、手順

①相談、苦情があつた場合、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、ご契約者及びそのご家族等など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。

②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。

③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つた場合は、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。

第三者委員 道中 隆（関西国際大学 教育学部 教授）	TEL06-6498-4755
横瀧 洋（横瀧法律事務所）	TEL 06-6364-2636

④結果については個人情報保護を十分配慮した上で、事業所内の掲示板、懇談会での説明

をしていきます。

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、ご契約者及びそのご家族等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。

4. その他

・当事業所において、処理し得ない内容については、大阪市、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契約者の立場にたって検討し対応します。

(2) サービス内容に関する相談・苦情

【事業者の窓口】 特別養護老人ホーム第2愛港園 担当 萱野 裕一	所在地 大阪市港区八幡屋4-8-1 電話番号 06-6571-5241 FAX 06-6571-3613 受付時間 午前10時15分～午後6時45分 (苦情受付ボックスを1階ホールに設置しています。)
【大阪市の窓口】 大阪市福祉局高齢施策部 介護保険課指定・指導グループ	所在地 大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331号 電話番号 06-6241-6310 FAX 06-6241-6608 受付時間 午前9時～午後5時30分
【市町村の窓口】 大阪市港区役所 保健福祉センター地域保健福祉 担当(介護保険)	所在地 大阪市港区市岡1-15-25 電話番号 06-6576-9859 FAX 06-6572-9511 受付時間 午前9時～午後5時30分(金曜日のみ午後7時)
【市町村の窓口】 大阪市西区役所 保健福祉センター地域保健福祉 担当(介護保険)	所在地 大阪市西区新町4-5-14 電話番号 06-6532-9859 FAX 06-6538-7316 受付時間 午前9時～午後5時30分(金曜日のみ午後7時)
【市町村の窓口】 大阪市大正区役所 保健福祉センター地域保健福祉 担当(介護保険)	所在地 大阪市大正区千島2-7-95 電話番号 06-4394-9859 FAX 06-6553-1981 受付時間 午前9時～午後5時30分(金曜日のみ午後7時)
【市町村の窓口】 大阪市此花区役所 保健福祉センター地域保健福祉 担当(介護保険)	所在地 大阪市此花区春日出北1-8-4 電話番号 06-6466-9859 FAX 06-6462-0942 受付時間 午前9時～午後5時30分(金曜日のみ午後7時)
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1-3-8 中央大通FNビル内 電話番号 06-6949-5418 受付時間 午前9時～午後5時
【 】	所在地 電話番号 FAX 受付時間

＜重要事項説明書付属文書＞

1. 事業所の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上5階

(2) 建物の延べ床面積 2,462.96㎡

(3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護]

平成11年10月29日指定 大阪市2770400170号 定員12名

(4) 施設の周辺環境

港大橋を窓から展望できる海辺の施設です。日当たり良好。

八幡屋商店街が近くにあり、協力病院も近くですので、買い物や通院にも便利です。

阪神高速湾岸線の天保山出口から車で3分。地下鉄中央線朝潮橋駅下車徒歩15分。

2. 職員の配置状況

＜配置職員の職種＞

介護職員…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

生活相談員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活指導員を配置しています。

看護職員…主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

2名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

1名の機能訓練指導員を配置しています。

介護支援専門員…ご契約者に係る指定短期入所生活介護サービス計画を作成します。

1名の介護支援専門員を配置しています。

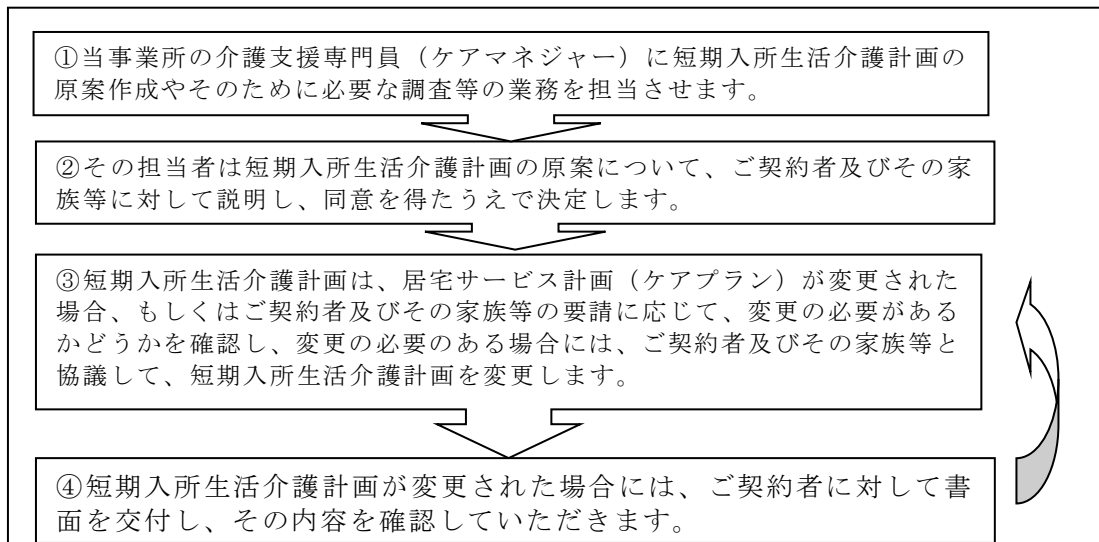
医師…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

栄養士…ご契約者に対して給食の管理及び栄養上の指導を行います。

1名の栄養士（管理栄養士）を配置しています。

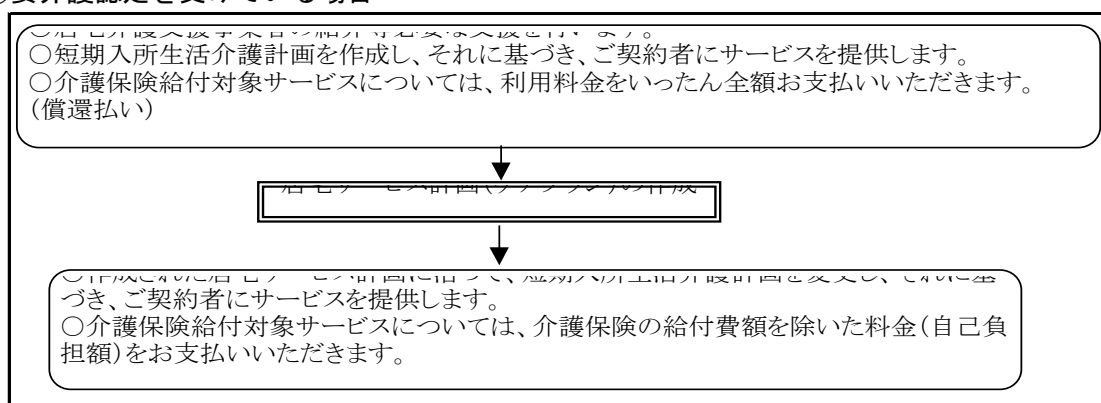
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約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）

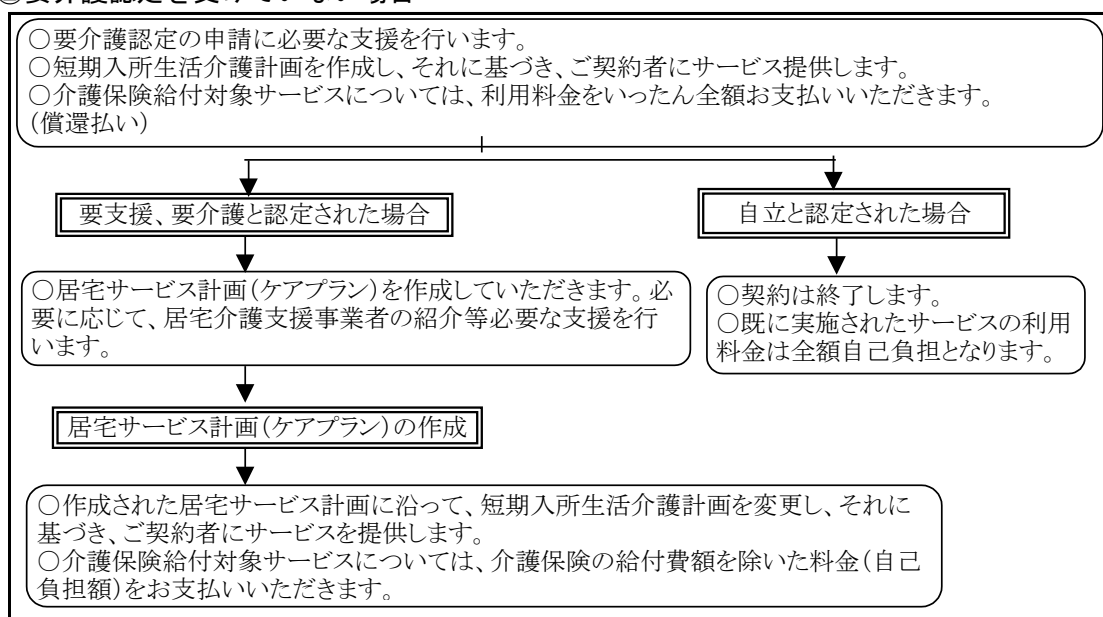


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

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



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第 10 条、第 11 条参照）

当事業所では、ご契約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ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、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、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、サービスを提供した日から 5 年間保管するとともに、ご契約者又はその家族等の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約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、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、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ご契約者へのサービス提供時において、ご契約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事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はその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）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者及びその家族等の同意を得ます。

5. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（1）持ち込みの制限

ご利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。
刃物などの危険物、ペット、騒音・異臭など共同生活上問題となる物。
又、大きな家具及び所持品の数量にも制限があります。

（2）面会

面会時間は自由です。
※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
※なお、来訪される場合、食品衛生上なまものの持ち込み、飲食はご遠慮ください。

（3）外出

外出をされる場合は、事務所に届けてください。

（4）食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。

(5) 事業所・設備の使用上の注意（契約書第12条参照）

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、事業所、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に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。
- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者が滞在される居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当事業所の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(7) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下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、下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。）

①協力医療機関

医療機関の名称	大阪みなと中央病院	Tel 06-6572-5721
所在地	大阪市港区築港1-8-30	
診療科	内科、外科、整形外科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科	

②協力医療機関

医療機関の名称	阪和病院	Tel 06-6692-1181
所在地	大阪市住吉区南住吉3-3-7	
診療科	内科、皮膚科、リハビリテーション科	

③協力医療機関

医療機関の名称	阪和住吉総合病院	Tel 06-6692-1001
所在地	大阪市住吉区南住吉3-2-9	
診療科	内科、消化器センター、整形外科、眼科、産婦人科、泌尿器科、小児科	

④協力医療機関

医療機関の名称	阪和記念病院	Tel 06-6696-5591
所在地	大阪市住吉区苅田7-11-11	
診療科	脳神経外科、循環器科	

⑤協力医療機関

医療機関の名称	阪和第2泉北病院	Tel 072-277-1401
所在地	大阪府堺市中区深井北町3176番地	
診療科	内科、歯科口腔外科、麻酔科、外科、眼科、整形外科、人工関節センター	

⑥協力医療機関

医療機関の名称	さわ病院	TEL 06-6865-1211
所在地：電話番号	大阪府豊中市城山町1-9-1	
診療科	主に精神科、神経科	

⑦協力歯科医療機関

医療機関の名称	おざさ歯科	TEL 06-6574-5155
所在地	大阪市港区池島1-3-53	

6. 損害賠償について（契約書第13条、第14条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約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、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置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。

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご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日前までにご契約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には、当事業所との契約は終了します。（契約書第16条参照）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①ご契約者が死亡した場合②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合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、ご契約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ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|--|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 17 条、第 18 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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ご契約者が入院された場合③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合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⑦他の利用者がご契約者の身体・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 |
|--|

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 19 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①ご契約者及びそのご家族等が、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、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ご契約者又はそのご家族等による、サービス利用料金の支払いが 6 ヶ月以上遅延し、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ご契約者が、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 |
|---|

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 16 条参照）

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

平成 年 月 日

指定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。

指定短期入所生活介護 特別養護老人ホーム第2愛港園

説明者職名 _____ 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、指定介護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（家族等）住所 _____

代理人（家族等）氏名 _____ 印

代理人（家族等）電話番号 _____

続 柄 _____

※この重要事項説明書及び付属文書は、全国社会福祉協議会全国社会福祉法人経営者協議会「福祉サービスの契約及び情報提供のあり方検討委員会」のとりまとめた「介護サービスモデル契約書」におけるモデル重要事項説明書（平成12年3月10日）をもとに平成28年4月処遇改善加算の変更にともない作成したものです。