

特別養護老人ホームやすらぎ（短期入所）

（指定地域密着型介護老人福祉施設短期入所生活介護）

重 要 事 項 説 明 書

当施設はご契約者に対して指定地域密着型介護福祉施設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。

この「重要事項説明書」は、「茨木市指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平 24 年 12 月 10 日茨木市条例第 46 号）に基づき、指定地域密着型サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

◇◆目 次◆◇
1. サービスを提供する事業者について
2. サービス提供を実施する施設について
3. 職員の配置状況
4. 提供するサービス内容及び費用について
5. 利用中の医療の提供について
6. 契約の終了について
7. 残置物引取人
8. サービス提供に関する相談、苦情について
9. 緊急時・事故発生時の対応方法について
10. 虐待の防止について
11. 身体拘束について
12. 秘密の保持と個人情報の保護について
13. 非常災害対策
14. 施設利用の留意点

1. ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会支部大阪府済生会
代表者氏名	支部長 三嶋 理晃
本社所在地	大阪府大阪市中央区谷町七丁目 4 番 15 号 (電話番号) 06-6763-0257
法人設立年月日	1911 年 5 月 30 日

2. 利用者に対してのサービス提供を実施する施設について

(1) 施設の所在地等

事業所名称	特別養護老人ホームやすらぎ(短期入所)
介護保険指定事業者番号	茨木市指定 第 2 7 7 4 2 0 5 1 3 8 号
施設所在地	大阪府茨木市上穂積一丁目 2 番 27 号
施設長(管理者)氏名	新實 彰男
連絡先 相談担当者名	(連絡先電話番号) 072-646-5520 (ファックス電話番号) 072-646-5521 (相談担当者氏名) 生活相談員 山下亜樹子 河本潤子
利用定員	6 名(茨木市民のみ)
開設年月日	2018 年 8 月 1 日

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業目的	地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものになるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会関係を築き、自律的な日常生活を営めるよう支援することを目指す。
運営方針	○利用者が住み慣れた地域の中で安心して生活できるよう本体施設の介護老人保健施設ならびに併設施設の病院と協力体制のもと、施設機能を最大限に活用して事業を行います ○地域福祉の拠点となるような施設を目指し、地域関係機関や住民との連携・協働に努めます。 ○介護と医療の連携により、ターミナルケアの体制を確保し、利用者が最後まで尊厳を保てるケアを目指します。

(3) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
居室（ユニット型個室）	18 室	① 9 名の小規模生活単位が 2 ユニット ② 居室の設備：ベッド（寝具一式）、洗面台、ナースコール、カーテン）
共同生活室（食堂）	2 室	各ユニットに設置
浴室	1 室	機械浴槽
トイレ	5 ヶ所	1 ユニット×2 ヶ所、共用部 1 ヶ所
キッチン	2 ヶ所	各ユニットに設置
医務室	1 室	

* 上記は、厚生労働省が定める基準により、ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設に設置が義務付けられている施設・設備です。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、ご契約者やご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

管理者	（氏 名） 西 重生
-----	------------

職 種	職 務 内 容 及 び 勤 務 体 制	指定基準	実際の配置
施設長	1. 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2. 従業者に、法令等の規定を順守させるため必要な指揮命令を行います。 3. 【主な勤務時間】9：00～17：00 本体施設に配置	1 名 本体施設に配置	1 名 本体施設に配置
生活相談員	1. 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2. それぞれの利用者について、施設サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の	1 名 本体施設に配置	1 名 本体施設に配置

	達成状況の記録を行います。 3. 【主な勤務時間】 9 : 00-17 : 00 本体施設に配置		
看護職員	1. サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2. 静養のため必要な措置を行います。 3. 病状が急変した場合等に、主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。 4. 【主な勤務時間】 9 : 00～17 : 00	1 名 常勤換算	1 名 常勤換算
介護職員	1. 施設サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。 2. 【主な勤務時間】 ① 7 : 00-15 : 00 ② 9 : 00-17 : 00 ③ 11 : 00-19 : 00 ④ 16 : 00-24 : 00 ⑤ 17 : 00-9 : 00	5 名	10 名 常勤 : 10 名
機能訓練指導員	1. 利用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、機能訓練を行います。 2. 【主な勤務時間】 9 : 00-17 : 00 本体施設に配置	1 名 本体施設に配置	1 名 本体施設に配置
介護支援専門員	1. 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した施設サービス計画を作成するとともに利用者およびその家族等への説明を行い、同意を得ます。 2. 施設サービス計画を交付します。 3. 施設介護の実施状況の把握及び施設サービス計画の変更を行います。 4. 【主な勤務時間】 9 : 00-17 : 00	1 名 兼務	1 名 兼務
管理栄養士	1. 利用者に対して、栄養ケア計画を作成し栄養・嗜好に考慮した食事の提供を行います。 2. 【主な勤務時間】 9 : 00-17 : 00	1 名 本体施設に配置	1 名 本体施設に配置
医師	健康管理及び療養上の指導	1 名 本体施設に配置	1 名 本体施設に配置
事務職員	1. 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 2. 【主な勤務時間】 9 : 00-17 : 00	規定なし	1 名

4. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

施設サービス 計画の作成	・当施設の介護支援専門員が作成した施設サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご契約者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた施設サービス計画を作成します。 ・施設サービス計画の作成にあたっては、その内容についてご契約者またはその家族に対して説明し同意を得ることとし、施設サービス計画書を交付します。 ・それぞれのご契約者の施設サービス計画に従ったサービス実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
食事	・当施設では、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事を取っていただくことを原則としています。 ・食事の提供時に介助が必要なご契約者に対して介助を行うとともに嚥下困難者のためのきざみ食、流動食の提供を行います。 （基本食事時間） 朝食 8：00－ 昼食 12：00－ おやつ 15：00－ 夕食 18：00－
入浴	・入浴又は清拭を週2回行います。 ・ご契約者の意向や状態に合わせた入浴を行うよう配慮いたします。 ・機械浴槽を使用して入浴することができます。
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。
機能訓練	・機能訓練指導員により、契約者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう配慮します。
その他	・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。 ・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。

(2) サービス利用料金（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）と居室と食事にかかる自己負担額の合計金額をお支払いください。（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。）

茨木地域密着型特別養護老人ホームやすらぎ 利用料金表

合計単位数は往復共に送迎加算算定として計算

点数 1 単位あたりの単位 10.55 円 全て非課税

ご契約者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護サービス利用単位数 (ユニット型個室)	704 単位	772 単位	847 単位	918 単位	987 単位
サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位
看護体制加算 (I)	4 単位	4 単位	4 単位	4 単位	4 単位
療養食加算	8 単位	8 単位	8 単位	8 単位	8 単位
送迎加算 (片道)	184 単位	184 単位	184 単位	184 単位	184 単位
合計利用単位数	914 単位	982 単位	1056 単位	1126 単位	1194 単位
サービス利用料合計 (単位数×10.55)	9,642 円	10,360 円	11,140 円	11,879 円	12,596 円
1 日当たりの自己負担額 (1 割負担者)	964 円	1,036 円	1,114 円	1,187 円	1,259 円
1 日当たりの自己負担額 (2 割負担者)	1,928 円	2,072 円	2,228 円	2,374 円	2,518 円
1 日当たりの自己負担額 (3 割負担者)	2,892 円	3,108 円	3,342 円	3,561 円	3,777 円
上記料金の他に居住費・食事代他(後述)の料金がかかります。					

(3) 加算の詳細

① 看護体制加算 (4 単位)
本体施設に常勤の看護師を一名配置している場合 1 日につき加算されます。
② 療養食加算 (8 単位)
厚生労働大臣の定める療養食を医師の食事箋に基づき提供した場合は、療養食加算として 1 日につき 3 回を限度として加算されます。
③ サービス提供体制強化加算 (I) (22 単位)
介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が 80% 以上の場合 1 日につき加算されます。
④ 送迎 (片道につき 184 単位)
入所及び退所の際ご自宅までの送迎を行った場合は片道につき算定されます。なお日時、居住地によっては送迎できない場合がありますのでご了承ください。
⑥ 個別機能訓練加算 (1 日につき 56 単位)

理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に個別機能訓練を行った場合は、加算されます。
<u>⑦ 夜勤職員配置加算</u> （１日につき 18 単位）
夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に規定する数に一を加えた数以上である場合は加算されます。
<u>⑧口腔連携強化加算</u> （１月につき 1 回限り 50 単位）
連携した歯科医療機関に必要な応じて相談し、歯科医療機関及び介護支援専門員に口腔の健康状態の評価の結果を情報共有した場合に加算されます。
<u>⑨生産性向上推進加算（Ⅰ）</u>
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）に加え、役割分担取組等を行い、成果が確認されている場合に加算されます。
<u>⑩生産性向上推進加算（Ⅱ）</u>
見守り機器等のテクノロジーを導入し、業務改善の取組による効果を示すデータ提供を行う場合に加算されます。
<u>⑫介護職員処遇改善加算</u>
定める基準に該当する場合、算定されます。 （Ⅰ） 算定した単位数の 14.0% （Ⅱ） 算定した単位数の 13.6% （Ⅲ） 算定した単位数の 11.3%

- * 市町村が発行する『高額介護サービス費承認通知書』を持っているご契約者は、負担が一定限度額を超えた場合、払い戻しされる「高額介護サービス費」の支給を受け、負担額が軽減されます。
- * 市町村が発行する『介護保険負担限度額認定証』を持っているご契約者は、特定入所者介護サービス費の支給を受け、居住費・食事代が軽減されます。
- * 社会福祉法人による利用者負担軽減制度の適用を受け、市町村が発行する『社会福祉法人等による利用者負担減免確認証』を持っているご契約者は負担額が軽減されます。
- * 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。
- * 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金額を一旦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）。償還払いとなる場合、ご契約者が介護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。

(5) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条参照）

①食事の材料及び調理にかかる費用 (食事代)	入居者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。 料金：1日あたり 1,495 円 (朝食 281 円 昼食 561 円 おやつ 91 円 夕食 562 円)
②居住費	施設の利用料と光熱水費相当分です。 料金：1日あたり 2,800 円

(参考) 特定入所者介護サービス費に関する滞在費・食事の負担限度額

対象者		区分	滞在費 (ユニット型個室)	食費
生活保護受給者		第1段階	880 円	300 円
世帯非課税者 市町村民税	高齢福祉年金受給者			
	年金等収入 80万円未満の方	第2段階	880 円	600 円
	年金等収入 80万円以上の方	第3段階	1,370 円	1,000 円
市町村民税 世帯課税対象の方		第4段階	2,800 円	1,445 円

③特別な食事 (お酒を含む)	利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。 要した費用の実費をご負担いただきます。(税込) なお、飲酒については医師の健康指導をお守りください。
④日常生活用品	日常生活品の購入代金等入居者の日常生活に要する費用で入居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。おむつ代は介護保険給付対象となりますのでご負担の必要はありません。
⑤教養娯楽費	レクリエーション、クラブ活動材料代等の実費を頂く場合があります。
⑥複写物の交付	利用者は、サービス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は実費を頂く場合があります。 一枚につき 10 円
⑦金銭管理料	入居者の希望により、金銭管理サービスを別途定める契約書によりご利用いただけます。 1日あたり 50 円
⑧電気代	居室に下記の電化製品を持ち込まれる場合、電気代をご負担いただきます。(税込)

	料金：テレビ、冷蔵庫、電気毛布、電気カーペット 1 品目 1 日あたり 55 円 ※火災等の恐れのある製品に関しては持ち込みができません。
⑨理髪・美容代	理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。 実費

* 市場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 1 月前までにご説明します。

* 入居者が、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を負担していただくことがあります。

(6) 利用料、利用者負担額その他の費用の請求及び支払い方法（契約書第 6 条参照）

①利用料、利用者負担額 （介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日以降にお届け（郵送）します。
②利用料、利用者負担額 （介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア 支払い方法につきましては、請求月の 27 日に、ご指定の金融機関預金口座より自動振替（引き落とし）をお願いしています。 イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。） ウ 事業者指定口座への振り込みや現金支払いをご希望される方は、窓口までご相談ください。

* 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払について、正当な理由がないにもかかわらず、支払期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの催促から 14 日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

5. 利用中の医療の提供について

利用中の主治医については、原則としてかかりつけ医にお願いします。利用者の希望により、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、下記医療機関での診療・入院を義務づけるものではありません。）

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	社会福祉法人 ^{恩賜財団} 大阪府済生会茨木病院
所在地	茨木市見付山二丁目1番45号
連絡先	072-622-8651（代表）
診療科	内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病・内分泌内科、腎臓内科、血液内科、呼吸器内科、小児科、外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、心臓血管外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、精神科・神経科、健診科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	ふじた歯科クリニック
所在地	茨木市郡四丁目5番11号 ダイヤイースト 1F
連絡先	072-646-8148

6. 契約の終了について

以下のような事由に該当するに至った場合には、利用中に退居していただくことになります。（契約書第15条参照）

- ① 要介護認定によりご入居者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 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閉鎖した場合
- ③ 事業者の滅失や重大な毀損により、ご入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 事業者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
- ⑤ 利用者から利用終了の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥ 事業者から利用終了の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) 利用者から終了の申し出があった場合（契約解除）（契約書第16条）

予定期間内であっても、利用者から当施設からの終了を申し出ることができます。その場合には、施設を退居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 利用者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が適当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 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
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご入所者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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

⑥他の入居者がご入居者の身体・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) 事業者からの申し出により退去していただく場合（契約解除）（契約書第 17 条）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ①入居者が、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入居者による、サービス利用料金の支払いが 2 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入居者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の入居者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、また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入居者が連続して 3 ヶ月以上病院または診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤利用者が介護老人福祉施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設・介護医療院等に入院した場合

(3) 入居者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第 20 条参照）

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、次の通りです。

○入院期間が 3 ヶ月以内の場合は契約者の希望により再入居を優先的に考慮致します。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

1 日あたり 居住費 2,800 円

※入居者の同意を得た上でベッドを短期入所生活介護に活用した場合には、居住費をご負担いただく必要はありません。

○3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。但し、退院できる状態になった場合には、当施設に再び入所できるよう努めます。

7. 身元引取人（契約書第 19 条参照）

- ① 身元引受人は、本契約に基づく契約者の事業者に対する利用料などの経済的な債務につき、契約者と連帯してその履行の責任を負います。
- ② 身元引受人は、前項の責任のほか、次に定める責任を負います。
 - 一 契約者が疾病などにより医療機関に入院する場合に、入院申込、費用負担などその入院手続きを円滑に遂行すること
 - 二 本契約が終了した場合に、事業者と協力し契約者の状態に応じた受入先を確保すること

- 三 契約者が死亡した場合、その他契約が終了した場合に速やかに、遺体及び身の回りの日常生活用品（貴重品は除外します）の引取りなど必要な処理を行うこと。引渡しにかかる費用については、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。なお、施設荷物の引き取りについては、責任を持って行っていただきます。

※利用契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、利用契約を締結することは可能です。

8. サービス提供に関する相談、苦情について（契約書第 21 条参照）

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した介護老人福祉施設サービスに係る入居者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に示す【施設の窓口】のとおり。）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りとします。

① 利用者等への周知徹底

○施設内への掲示、パンフレットの配布等により苦情解決責任者及び苦情受付担当者の氏名、連絡先や苦情解決の仕組みについて周知する。

② 苦情の受付

○利用者からの苦情は随時受け付けると共に、苦情受付簿を作成する。

○苦情受付簿を作成後は、速やかに苦情受付担当者へ申し送る。

○苦情受付担当者は苦情を受け付け、事情を聴取すると共に苦情相談表を作成する。

③ 苦情の受付の報告

○苦情受付担当者は受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告する。

④ 苦情解決に向けての話し合い

○苦情解決責任者は、苦情申し出人との話し合いによる解決に努める。

⑤ 苦情解決の記録、報告

○苦情受付担当者は苦情受付から解決、改善までの経過と結果について苦情相談処理報告書に記録。

○苦情解決責任者は苦情解決結果について、苦情申し出人に対して報告する。

○また解決・改善までに時間がかかる場合には経過等について報告する。

⑥ 苦情解決の公表

○サービスの質や信頼性の向上をはかるために、必要に応じて茨木市役所への報告を行う。

(2) 苦情申立の窓口

茨木地域密着型	所在地 茨木市上穂積一丁目 2 番 27 号
---------	------------------------

特別養護老人ホームやすらぎ	電話番号 072-646-5520 ファックス番号 072-646-5521 受付時間 9:00～17:00 苦情解決責任者 施設長 新實 彰男 苦情受付担当者 生活相談員 山下 亜樹子 ※ご意見箱を施設玄関に設置しています。
茨木市健康医療部介護保険課	所在地 茨木市駅前三丁目8番13号 電話番号 072-620-1639 ファックス番号 072-622-5950 受付時間 8:45～17:15
大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪府中央区常磐町一丁目3番8号 中央大通 FN ビル内 電話番号 06-6949-5418 受付時間 月曜日から金曜日の9:00～17:00
大阪府福祉部高齢介護室 介護事業者課	所在地 大阪府中央区大手前2丁目1番22号 電話番号 06-6944-7203 受付時間 月曜日から金曜日の9:00～18:00

9. 緊急時・事故発生時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医または施設が定める協力医療機関に連絡を行う等の必要な措置を講じます。

(1) 事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護老人福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、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。

■市町村連絡先

茨木市健康医療部長寿介護課 (電話) 072-620-1639

■家族連絡先

_____ 様 (電話) _____

また、入居者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供により、自己の責めに帰すべき事由があるような事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

(2) 心身の状況の把握

介護老人福祉施設サービスの提供にあたっては、定期的に行うサービス担当者会議等を通じて、入居者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービ

スまたは福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

(3) サービス提供の記録

- ① 介護老人福祉施設サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。その際、複写代金が発生する場合があります。

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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	施設長 新實 彰男
-------------	-----------

- 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 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- ⑤ 従業員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、従業員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。
- ⑥ 個別支援計画の作成など、適切な支援の実施に努めます。

11. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等について記録を行います。

また、事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 2. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用するもの（以下「従業者」という。）は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約に示しております。
個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

1 3. 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業員に周知します。
- ③ 年2回以上（うち1回は夜間想定）避難、救出その他必要な訓練を行います。

1 4. 施設利用の留意点

当施設のご利用にあたって、サービスを利用されている入居者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

（1）持ち込みの制限

入居にあたり、持ち込むことができないものがあります。（詳細は、入居のしおりを参照ください。）

（2）施設・設備の使用上の注意

○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ください。

○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、施設、設備を破壊したり、汚したりした場合には、入居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。

○当施設は敷地内含め全館禁煙となっております。

(3) サービス利用中の医療の提供について

当施設利用中に契約者の身体・精神に変化が生じた場合は、かかりつけ医へ状況を報告し、そのかかりつけ医の指示に従い、必要であれば受診を行うこととします。

(4) 面会

面会時間 9:00～20:00

来訪者は、必ずその都度職員に届け出て頂くと共に、面会簿へのご記入をお願いいたします。風邪症状等のある方は面会をご遠慮ください。

なお、来訪される場合、生もの食品や医療品の持ち込みはご遠慮ください。また、感染症対策にご協力ください。

(5) 外出

外出される場合は、お申し出ください。

(6) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があった場合には「食事に係る自己負担額」は減免されます。

重要事項説明の年月日

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

上記内容について、茨木市指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成 24 年 12 月 10 日茨木市条例第 46 号）に基づき、入居申込者またはその家族へ説明を行いました。

事業者 所在地 大阪府大阪市中央区谷町七丁目 4 番 15 号
 法人名 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部大阪府済生会
 代表者 支部長 三嶋 理晃 （委任により公印省略）
 施設名 茨木地域密着型特別養護老人ホームやすらぎ
 施設長名 新實 彰男

説明者職名

説明者氏名 印

本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を確かに受けました。

契約者 住 所
 氏 名 印

身元引受人 住 所
 氏 名 印

（契約者との関係 : ）

契約者が事業者から重要事項の説明を受けたことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

代理署名人 住 所
 氏 名 印