

## 重要事項説明書 (特定施設入居者生活介護用)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている特定施設入居者生活介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

### 1 指定特定施設入居者生活介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
代表者氏名	理事長 行松 英明
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府箕面市白鳥三丁目5番50号 (連絡先部署名) 企画・指導グループ (電話番号) 072-724-8166 (ファックス番号) 072-724-8165
法人設立年月日	昭和46年3月25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	豊中市立養護老人ホーム永寿園とよなか
介護保険指定 事業者番号	大阪府指定 2774006353
施設所在地	大阪府豊中市新千里南町三丁目2番地122
連絡先 相談担当者名	(連絡先電話) 06-6840-2211 (ファックス番号) 06-6840-2214 (相談担当者氏名) 藤重 裕
利用定員	30名
開設年月日	平成25年4月1日

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	(運営規程記載内容の要約) 要介護状態の利用者に対して、適切な指定特定入居者生活介護を提供することを目的とします。
運営の方針	(運営規程記載内容の要約) <ul style="list-style-type: none"><li>要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排せつの自立について必要な援助のほか食事、離床、着替え、整容その他の日常生活上の世話等、日常生活を営むことができるよう必要な援助を適切に行う。</li><li>介護は、入居者の心身の状況に応じ、入居者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術をもって行うものとし、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。</li><li>入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。</li></ul>

(3) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	69室	
2人部屋	1室	
合計	70室	
食堂	4室	3階・4階 各階2箇所
静養室	1室	
機能訓練室	1室	食堂と兼用
浴室	4室	3階・4階 各階一般浴槽・個浴
医務室	1室	

※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。

※居室に関する特記事項

洗面 トイレ ベッド カーテン ナースコール 整理タンス 加湿器 は備え付けられています。
---

(4) 施設の職員体制

管理者	(氏名) 石崎 剛
-----	-----------

職	職務内容及び勤務体制	指定基準 (最低人員)
管理者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 従業員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。</li> <li>2 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> <li>3 【主な勤務時間】 9:15 ~ 18:00</li> </ol>	1名
生活相談員	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2 それぞれの利用者について、特定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達成状況の記録を行います。</li> <li>3 【主な勤務時間】 9:15 ~ 18:00</li> </ol>	1名
看護職員	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2 利用者の静養のための必要な措置を行います。</li> <li>3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。</li> <li>4 【主な勤務時間】 9:15 ~ 18:00</li> </ol>	1名

介護職員	<p>1 特定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。</p> <p>2 【主な勤務時間】 ①7:00 ~ 15:45 ②9:15 ~ 18:00 ③13:15 ~ 22:00 ④22:00 ~ 7:00</p>	13. 8名
機能訓練指導員	<p>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。</p> <p>2 【主な勤務時間】 9:15 ~ 18:00</p>	1名
計画作成担当者	<p>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特定施設サービス計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。</p> <p>2 利用者へ特定施設サービス計画を交付します。</p> <p>3 特定施設介護の実施状況の把握及び特定施設サービス計画の変更を行います。</p> <p>4 【主な勤務時間】 9:15 ~ 18:00</p>	1名

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
特定施設サービス計画の作成		<p>1 施設の計画作成担当者が作成した特定施設サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用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特定施設サービス計画を作成します。</p> <p>2 特定施設サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。</p> <p>3 特定施設サービス計画の内容について、利用者の同意を得たときは、特定施設サービス計画書を利用者に交付します。</p> <p>4 それぞれの利用者について、特定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達成状況の記録を行います。</p>
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	<p>1 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また、嚥下困難者のためのきざみ食、ソフト食等の提供を行います。</p> <p>2 当施設では、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態および嗜好を考慮した食事を提供します。</p> <p>3 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。</p> <p>4 食事時間 朝食：7:30~8:30 昼食：12:00~13:00 夕食：18:00~19:00</p>
	入浴の提供及び介助	<p>1 入浴又は清拭を最低週2回行います。</p> <p>2 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。</p>
	排せつ介助	<p>1 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。</p> <p>2 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援助を行います。</p>
	更衣介助	<p>介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。</p>

	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
その他	自立への支援・創作活動など	1 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 2 寝たきり防止のため、医師より制限のある方以外はすべて離床します。 3 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。 4 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。

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について  
 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）をお支払い下さい。

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
1.介護サービス 利用料	①特定施設 入居者 生活介護費	542 単位	609 単位	679 単位	744 単位	813 単位
	②個別機能 訓練加算 (I)	12 単位/日				
	③個別機能 訓練加算 (II)	20 単位/月				
	④夜間看護 体制加算 (II)	9 単位/日				
	⑤協力医療 機関連携加 算 (II)	40 単位/月				
	⑥科学的介 護推進体制 加算	40 単位/月				
	⑦サービス 提供体制強 化加算 (I)	22 単位/日				
	⑧計 (①+② +③+④+⑤+ ⑥+⑦) ※① ②④⑦を3 0日分計算	17,650 単位	19,660 単位	21,760 単位	23,710 単位	25,780 単位

2.介護職員処遇改善加算Ⅰ (⑧×12.8%)		2,259 単位	2,516 単位	2,785 単位	3,035 単位	3,300 単位
3.1 単位あたりの単価		10.54 円				
4.サービス利用料金 (30日あたり)		209,840 円	233,735 円	258,704 円	281,892 円	306,503 円
5.④.内介護保険から給 付される金額(9割分)		188,856 円	210,361 円	232,833 円	253,702 円	275,852 円
6.④.サービス利用に係 る自己負担額 (4-5④)(1割分)		20,984 円	23,374 円	25,871 円	28,190 円	30,651 円
5.⑤.内介護保険から給 付される金額(8割分)		167,872 円	186,988 円	206,963 円	225,513 円	245,202 円
6.⑤.サービス利用に係 る 自己負担額 (4-5⑤)(2割分)		41,968 円	46,747 円	51,741 円	56,379 円	61,301 円
5.⑥.内介護保険から給 付される金額(7割分)		146,888 円	163,614 円	181,092 円	197,324 円	214,552 円
6.⑥.サービス利用に係 る 自己負担額 (4-5⑥)(3割分)		62,952 円	70,121 円	77,612 円	84,568 円	91,951 円

※自己負担額は、介護負担割合証に記載の割合をもとに6④若しくは6⑤若しくは6⑥の負担となります。

※「介護職員処遇改善加算Ⅰ」は、介護職員の処遇改善に関して、一定基準を超えた場合、事業所に対して月の総単位数に決められた%を掛けた単位数が加算されます(上記金額には、既に加算されています)。

※ご契約者がまだ要介護認定をう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。要支援又は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)。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者直接向介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料金の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

※提供するサービス内容及び費用について変更があった場合、変更を行う1ヵ月前までにご説明します。但し、報酬等に改定があった場合はこの限りではありません。

(3) ご契約者が介護サービスを利用した場合、支払うべき介護保険サービスの利用者負担月額として必要とされる額に、費用徴収基準に定める階層区分に応じて、次の表に定める割合を乗じた額が市町村より加算されます。

費用徴収階層	支弁割合	費用徴収階層	支弁割合
1	100%	30	65%
2~22	99%	31	64%
23	95%	32	63%

24	91%	33	62%
25	86%	34	57%
26	81%	35	54%
27	76%	36	51%
28	71%	37	48%
29	66%	38	45%

※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頂きます。要支援又は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)

※介護保険適用の場合でも、保険料の延滞等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料金の金額をお支払い下さい。利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

※介護保険からの給付額及び支弁割合の変更があった場合、変更された額に合わせて契約者の負担額が変更になります。

### 重度化した場合における対応に係る指針

豊中市立養護老人ホーム永寿園とよなか（特定施設入所者生活介護・夜間看護体制加算）

（急性期における医師や医療機関との連携体制）

入居者様の慢性疾患等の状態が重度化した場合、あるいは病状が急性期となった場合には、以下の医師および医療機関との連携体制により対応いたします。

#### ■永寿園とよなか診療所

- ・塚 未奈子医師（内科医）

施設内診療所の管理医師、施設嘱託医として入居者様の医療健康相談にあたる。

近隣病院・高度専門医療機関への紹介

- ・齋藤 伸一医師（精神科医）

施設内診療所の医師として入居者の医療健康相談にあたる。

近隣病院。高度専門医療機関への紹介

#### ■医療機関

緊急性が高い場合は、救急車搬送により協力医療機関あるいは当施設の指定する医療機関において受診、入院となります。

【協力医療機関】

- ・医療法人ダイワ会 大和病院

住所：大阪府吹田市垂水町 3-22-1 電話：06-6380-1981

内科、外科、循環器内科、整形外科、脳神経外科、眼科、放射線科  
リハビリテーション科、健康診断、人間ドック

24 時間救急対応可

- ・中垣歯科医院

住所：大阪府豊中市中桜塚町 4-7-4 電話：06-6841-8217

往診、訪問歯科対応

#### 4 その他の費用について

①特別な食事	ご入居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。消費税は課税されます。
②理容・美容サービス	月に1回、出張による理髪サービス（調髪、顔剃）、美容サービス（調髪、パーマ）をご利用いただけます。
③貴重金品の管理	契約者の希望があれば、当施設の入所者所持金等管理取扱要領により、貴重金品管理サービスをご利用いただけます。 お預かりするもの：小額の現金、預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書等 料金：1日あたり 50円
④電気使用料	居室にテレビ・冷蔵庫を持ち込まれる場合、電気代を負担いただきます。 料金：テレビ 1日あたり10円 冷蔵庫 1日あたり26円 他の電化製品の持ち込みに関しては電気代の負担はありません。 乾燥機を使用される場合、1ヶ月あたり100円の電気代をご負担していただきます。 火災等の恐れのある製品に関しては持ち込みできません。
⑤レクリエーション、クラブ活動	材料代等の実費をいただきます。
⑥複写物の交付	ご契約者は、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には実費（1枚につき1円）を頂く場合があります。
⑦日常生活用品	日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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。消費税は課税されます。

※その他の費用について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ヵ月前までにご説明します。

※ご入居者が、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については、本来自己負担すべき額の2倍相当額を負担して頂くことがあります。

※居室を明け渡された後のハウスクリーニング代は入居されていた方のご負担で行って頂きます。

#### 5 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及び支払い方法について

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	<p>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を計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてお届け（郵送）します。</p>
--	---

<p>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</p>	<p>ア 請求内容をご確認のうえ、請求月の22日までに、下記の いずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）利用者指定口座からの自動振替 （イ）現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、 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 します。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあ ります。）</p>
--	--

※ 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いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、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。

## 6 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご入居者の希望により、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・入院治療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	特定医療法人ダイワ会 大和病院
所在地	大阪府吹田市垂水町3丁目22番1号
連絡先	06-6380-1981
診療科	内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、リハビリテーション科

### ②協力歯科医療機関

医療機関の名称	中垣歯科医院
所在地	大阪府豊中市中桜塚4-7-4
連絡先	06-6841-8217

## 7 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	管理者 石崎 剛
-------------	----------

(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) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) 従業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、従業者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。

## 8 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、自傷他害等のおそれがある場合など、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の記録を行います。

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です。
- (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です。
- (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。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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・介護関係事業者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。</li> <li>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上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。</li> <li>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。</li> <li>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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</li> </ul>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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ぬ。また、利用者の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利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</li> <li>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もって管理し、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。</li> <li>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。）</li> </ul>

#### 10 緊急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、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	病院名	
	所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名 (続柄)	
	住所	
	電話番号 (携帯電話)	
	勤務先電話番号	

#### 11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する特定施設入居者生活介護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。

また、利用者に対する指定特定施設入居者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。

市町村：

市町村名	豊中市
担当部・課名	福祉部 長寿社会政策課
電話番号	06-6858-2234・06-6858-2868

市町村名	
担当部・課名	
電話番号	

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保険名	福祉事業者賠償責任保険

## 12 心身の状況の把握

特定施設入居者生活介護サービスの提供に当たっては、定期的に関催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又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。

## 13 サービス提供の記録

- ① 特定施設入居者生活介護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利用中止の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業所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。

## 14 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 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。  
避難訓練実施時期：（毎年2回以上）

## 15 衛生管理等

- ① 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 感染症が発生し、又はまん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。

## 16 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した特定施設入居者生活介護サービスに係る利用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。（下表に記す【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とおりとします。

### 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票を作成する。

③ 苦情受付の報告

○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する。

○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、必要に応じて市への報告を行う。

(2) 苦情申立の窓口

<p>【施設の窓口】 豊中市立養護老人ホーム 永寿園とよなか</p>	<p>所在地：大阪府豊中市新千里南町 三丁目2番地122 電話番号：06-6840-2211 ファックス番号：06-6840-2214 受付時間：9時15分～18時 苦情解決責任者：石崎 剛 苦情受付担当者：藤重 裕 ※ご意見箱を各階娛樂室に設置しています。</p>
<p>【市町村（保険者）の窓口】 豊中市 福祉部 長寿社会政策課</p>	<p>所在地：大阪府豊中市中桜塚3丁目1番1号 豊中市市役所第二庁舎 電話番号：06-6858-2234 ファックス番号：06-6858-3611 受付時間：月曜～金曜日 8時45分～17時15分</p>
<p>【市町村（保険者）の窓口】 豊中市健康福祉サービス 苦情調整委員会 「話して安心 困りごと相談」</p>	<p>所在地：大阪府豊中市中桜塚3丁目1番1号 豊中市市役所第二庁舎 電話番号：06-6858-2815 ファックス番号：06-6854-4344 受付時間：月曜～金曜日 9時00分～12時00分 13時00分～17時00分</p>
<p>【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会</p>	<p>所在地：大阪府大阪市中央区常盤町1丁目 3番8号 中央大通FNビル内 電話番号：06-6949-5418 ファックス番号：06-6949-5417 受付時間：月曜～金曜日 9時00分～17時00分</p>
<p>【公的団体の窓口】 大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会</p>	<p>所在地：大阪府大阪市中央区谷町7丁目 14番15号大阪府社会福祉会館内 電話番号：06-6191-3130 ファックス番号：06-6191-5660 受付時間：月曜～金曜日 10時00分～16時00分</p>

<b>【第三者委員】</b>	氏 名：水野 正直 住 所：大阪府東泉丘 4 丁目 3-5-5-607 電話番号：06-6853-8101 氏 名：山井 真理子 住 所：大阪府豊中市東泉丘 3 丁目 3-20-406 電話番号：06-6846-4720 氏 名：神保 由紀子 住 所：大阪府豊中市東泉丘 2 丁目 12-13 電話番号：06-6854-3284 氏 名：南 隆子 住 所：大阪府豊中市新千里東町 2 丁目 5-3-505 電話番号：06-6835-5254
----------------	---

## 17 施設利用の留意事項

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

入所にあたり、持ち込むことができないものがあります。(詳細は、生活のしおりを参照下さい)

### (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下さい。

共用スペースに私物は置けません。また、居室ベランダは非常用避難通路となりますので、私物を置かないで下さい。

○騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○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、ご契約者の居室内に立ち入り、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。

○当施設の職員や他の利用者に対し、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。

### (3) 喫 煙

決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。居室内での喫煙は契約解除の要件となります。

### (4) 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、契約者の掛かり付け医へ状況を報告し、その掛かり付け医の指示に従い、必要であれば受診を行うこととします。

(5) 面会

面会時間 9:00~21:00

来訪者は、必ずその都度職員に届け出ていただくとともに、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、生もの食品や医薬品の持ち込みはご遠慮ください。また、感染症対策に御協力下さい。

(6) 外出・外泊

外出、外泊される場合は、事前にお申し出下さい。

(7) 食事

食事が不要な場合は、5日前までにお申し出下さい。

18 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、仮にこ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、ご入居者に退所していただくこととなります。

- 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ホームを閉鎖した場合
- ③施設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当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
- ⑤ご入居者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご入居者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご入居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・解除し、施設を退所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ご入居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正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又は過失によりご入居者の身体・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
- 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所していただく場合（契約解除）

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 ご入居者が、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 ご入居者による、サービス利用料金の支払いが6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 ご入居者が、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入居者等の生命・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 ご入居者が連続して3ヶ月以上病院又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 ご入居者が介護保険施設等に入所した場合

## (3) 円滑な退所のための援助

ご入居者が当施設を退所する場合には、ご入居者の希望により、事業者はご入居者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご入居者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

## 19 残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残された入居者の所持品（残置物）をご入居者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

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。

※入所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、入所契約を締結することは可能です。

## 20 サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご入居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ご入居者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご入居者の体調、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、ご入居者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご入居者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご入居者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ご入居者に提供したサービスについて記録を作成し、その完結した日から5年間保管するとともに、ご入居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。
- ⑥ご入居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、ご入居者または他の入居者等の生命、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。
- ⑦事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご入居者また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)ただし、ご入居者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご入居者の心身等の情報を提供します。  
また、ご入居者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご入居者の同意を得ます。

## 21 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、「※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12月21日条例第69号）第221条の規定に基づき、入所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。



事業者	所在地	大阪府箕面市白島三丁目5番50号	
	法人名	社会福祉法人大阪府社会福祉事業団	
	代表者名	理事長 行松 英明	
	施設名	豊中市立養護老人ホーム永寿園とよなか	
	管理者名	所長 石崎 剛	
	説明者氏名		印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が（署名）記名押印を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

利用者	住所	大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏名	大阪 太郎 印

上記署名は、浪速 花子（子）が代行しました。