

# ユニット型指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ベルファミリア 「指定介護予防短期入所生活介護」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。  
(第2770101794号)

当施設はご契約者に対して指定介護予防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「要支援」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・・・・・・・・・・・・・・・・・・       | 1  |
| 2.  | 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・      | 1  |
| 3.  | 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・        | 2  |
| 4.  | 当施設が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・   | 3  |
| 5.  | サービス利用をやめる場合・・・・・・・・・・・・・   | 9  |
| 6.  | 身元引受人の指定・・・・・・・・・・・・・       | 10 |
| 7.  | サービス提供における事業所の責務・・・・・・・・    | 11 |
| 8.  | 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・      | 11 |
| 9.  | 損害賠償について・・・・・・・・・・・・・       | 12 |
| 10. | 緊急時の対応について・・・・・・・・・・・・・     | 12 |
| 11. | 事故発生時の対応について・・・・・・・・・・・・・   | 12 |
| 12. | 非常災害時の対応について・・・・・・・・・・・・・   | 13 |
| 13. | 高齢者虐待について・・・・・・・・・・・・・      | 13 |
| 14. | 身体拘束について・・・・・・・・・・・・・       | 13 |
| 15. | 介護職員による喀痰吸引等の実施について・・・・・・・・ | 13 |
| 16. | 感染症対策の強化について・・・・・・・・・・・・・   | 13 |
| 17. | 業務継続に向けた取組の強化について・・・・・・・・   | 13 |
| 18. | サービス利用に関する留意事項について・・・・・・・・  | 14 |
| 19. | 医療連携に関する説明について・・・・・・・・・・・・・ | 17 |

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 悠人会
- (2) 法人所在地 大阪府堺市中区東山 8 4 1 番地 1
- (3) 電話番号 0 7 2 - 2 3 4 - 2 0 0 5
- (4) F A X 番号 0 7 2 - 2 3 4 - 4 6 9 1
- (5) 代表者氏名 理事長 亀山 雅男
- (6) 設立年月 昭和 5 6 年 1 0 月 3 1 日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業所  
当事業所は特別養護老人ホーム ベルファミリアに併設されています。
- (2) 事業所の目的 指定介護予防短期入所生活介護事業所は、介護保険法令に従い、ご利用者が、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、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。この事業所は、身体的又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム ベルファミリア
- (4) 事業所の所在地 大阪府堺市中区東山 8 4 1 番地 1
- (5) 電話番号 0 7 2 - 2 3 4 - 2 0 0 5
- (6) F A X 番号 0 7 2 - 2 3 4 - 4 6 9 1
- (7) 施設長（管理者） 岸口 盟
- (8) 開設年月 昭和 5 7 年 5 月 1 7 日
- (9) 営業日及び営業時間

|      |                       |
|------|-----------------------|
| 営業日  | 年中無休                  |
| 受付時間 | 月～土 9時～17時 日・祝 9時～17時 |

- (10) 利用定員 1 6 名

### (11) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。少人数での生活単位（ユニット）による介護をご提供しており、入居される居室は、全室個室となります。

| 居室・設備の種類 | 室数／コーナー                                   | 備 考                                                                                |
|----------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 人部屋    | 1 6 室<br>その他 3 F～4 F に入居用として 1 0 0 室あります。 | 2 F…2 ユニット 1 6 室（短期入所）<br>2 F…2 ユニット 2 0 室<br>3 F…4 ユニット 4 0 室<br>4 F…4 ユニット 4 0 室 |
| 合 計      | 1 6 室                                     |                                                                                    |
| 食堂       | 各ユニット内に食事室があります。                          |                                                                                    |
| 機能訓練室    | 1 コーナー                                    | [主な設置機器]<br>テーブル・椅子等                                                               |
| 浴室       | 3 室                                       | 一般浴室・機械浴槽・ユニットバス                                                                   |
| 医務室      | 1 室                                       |                                                                                    |

☆トイレは各室に備えております。

☆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

当施設では、ご契約者に対し指定介護予防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            | 配置人数      | 指定基準（常勤換算） |
|----------------|-----------|------------|
| 1. 施設長（管理者）    | 1 名       | 1 名        |
| 2. 生活相談員       | 2 名以上     | 2 名        |
| 3. 看護師         | 6 名以上     | 6 名        |
| 4. 介護職員        | 4 0 名以上   | 4 0 名      |
| 5. 機能訓練指導員     | 2 名以上     | 2 名        |
| 6. 介護支援専門員（兼任） | 2 名以上     | 2 名        |
| 7. 医師          | 非常勤 1 名以上 | 必要数        |
| 8. 管理栄養士       | 2 名以上     | 2 名        |
| 9. 事務員         | 2 名以上     | 必要数        |

※職員の配置及び勤務体制は、入所 1 0 0 室、短期入所 1 6 室の合計を対象としています。

＜主な職種の勤務体制＞

| 職 種        | 勤 務 体 制                                                                       |                                                                |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1. 医師      | 金曜日 13:30～17:15                                                               |                                                                |
| 2. 介護職員    | (標準的な時間帯)<br>早出: 7:00～15:30<br>8:00～16:30<br>日勤: 8:45～17:15<br>夜勤: 16:45～9:15 | ＜最低人員基準＞<br>(介護職・看護職合わせ)<br>日勤帯 1ユニットにつき、1名<br>夜勤帯 2ユニットにつき、1名 |
| 3. 看護職員    |                                                                               | 各ユニットには、ユニットリーダーを配置しています。                                      |
| 4. 機能訓練指導員 | 月～土曜日 8:45～17:15                                                              |                                                                |

☆ 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<br>(2) 利用料金の全額をご契約者にご負担頂く場合 |
|----------------------------------------------------|

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）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

##### ＜サービスの概要＞

###### ① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

###### ② 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。

###### ③ 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。

###### ④ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

###### ⑤ 送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、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は、堺市中区・南区・東区とする。

## 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。

### ＜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）をお支払い下さい。（サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

※下記料金表は1割負担の金額を記載しています。負担割合により変更します。

（1日あたり）

|                        |                |                |
|------------------------|----------------|----------------|
| 1. ご契約者の介護度とサービス利用料金   | 要支援1<br>6,773円 | 要支援2<br>8,302円 |
| 2. うち介護保険から給付される金額     | 6,095円         | 7,471円         |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 678円           | 831円           |

☆上記金額には、機能訓練体制加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算を含みます

☆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。

＜介護サービス提供体制等の加算について＞

＊介護サービス提供体制などの要件を満たしているため、すべての方に加算させて頂いています。

＊下記料金表は1割負担の金額を記載しています。負担割合により変更します。

| 加算項目           | 加算額   | 内容                                                                                                                                                                             |
|----------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供強化加算（Ⅰ）  | 24円/日 | 当該指定介護老人福祉施設の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50以上であること。<br>当施設では90%以上の介護職員が介護福祉士を取得しております。                                                                                               |
| 機能訓練体制加算       | 13円/日 | 常勤専従の機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、看護職員）を1名以上配置しており、その他の職種のものも共同して、入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合                                                                          |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 11円/月 | ①利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減の対策を軽減する委員会の開催し、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にを行っていること。<br>②見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入（見守り機器・インカム・ICT機器など）していること。<br>③1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。 |
| 介護職員等処遇改善加算    |       | 1ヵ月分の総単位数に17.6%を加算                                                                                                                                                             |

※介護保険法の改正により変更される場合は、事前に加算一覧や料金表にてご案内致します。

＜その他の加算について＞

＊ご利用者様の必要に応じてサービス提供料金として加算させて頂きます。

＊下記料金表は1割負担の金額を記載しています。負担割合により変更します。

| 加算項目          | 加算額                    | 内容                                                                                                                                                                           |
|---------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 送迎加算          | (片道) 193円<br>(往復) 386円 | ・事業者が送迎に対応できる車を所有していること<br>・運営規程に送迎の実施地域を定めていること<br>・利用者の心身の状態、家族等の事情などからみて送迎が必要と認められ、利用者宅と事業所との間の送迎を行うこと                                                                    |
| 個別機能訓練加算      | 59円/日                  | 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で他の職種等と共同し個別の機能訓練計画書を作成する。また3ヶ月に1回以上、居宅を訪問し利用者又はその家族に対し訓練内容と計画書の進捗状況を説明し、訓練内容を見直すこと。                                                                    |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 105円/月                 | 個別機能訓練加算を算定している利用者において、訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては許可病床数200床未満のものに限る）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が介護老人福祉施設を訪問し、介護老人福祉施設の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する。 |

## (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、第7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。

なお、居住費と食事については、利用者の所得（第1～4段階）に応じ、負担限度額が定められています。

### ＜サービスの概要と利用料金＞

#### ① 個室の利用（居住費）

利用料金：1日あたり 2,550円（第4段階の方）

利用者負担段階 第1～3段階の方の利用料金は次のとおりです。

|           |       |        |
|-----------|-------|--------|
| 第3段階②の方は  | 1日あたり | 1,470円 |
| 第3段階①の方は  | 〃     | 1,370円 |
| 第2・1段階の方は | 〃     | 880円   |

#### ② 食事

- ・ 当事業所では、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態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ HACCP方式を採用した衛生・安全性の高い調理施設に業務委託し、クックチルにより調理され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 |

利用料金：1日あたり 1,700円（第4段階の方）

＜朝食 400円 昼食 600円 夕食 700円＞

利用者負担段階 第1～3段階の方の1日あたり負担限度額は次のとおりです。

|          |             |        |
|----------|-------------|--------|
| 第3段階②の方は | 1日あたりの負担限度額 | 1,360円 |
| 第3段階①の方は | 〃           | 1,030円 |
| 第2段階の方は  | 〃           | 600円   |
| 第1段階の方は  | 〃           | 300円   |

#### ③ 特別な食事（お酒を含みます。）

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：要した費用の実費

#### ④ 理容 【理髪サービス】

理容師の出張による理容サービス（調髪、顔剃、パーマ、洗髪）をご利用いただけます。  
利用料金は実費負担となります。

#### ⑤ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂くことが出来ます。  
利用料金：材料代等の実費を頂きます。

## ⑥ 行事費

ご契約者の希望により行事に参加していただくことができます。

利用料金：実費となります。

## ⑦ 日常生活上必要となる諸費用実費

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係る費用をご負担頂きます。

- 介護保険給付対象外のサービスに係る利用料金を変更する場合には、変更を行う2ヶ月前までに契約者へ説明します。
- 前各号に定める実費費用には消費税が含まれる項目があります。

## (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、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月指定日までにお支払い下さい。

金融機関口座からの自動引き落としとなります。

銀行・信用金庫・郵便局・農協等のほとんどの金融機関がご利用可能です。

## (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、介護予防短期入所生活介護サービスの利用の中止又は変更、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4日前までに申し出がなく、利用の中止もしくは日程変更の申し出をされた場合、キャンセル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4日前までに申し出があった場合  | 無 料        |
| 利用予定日の4日前までに申し出がなかった場合 | 食材料費の自己負担額 |

○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、既の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) 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。）

治療費については自己負担となります。また緊急時以外の送迎はご家族様にてお願い致します。

①協力医療機関

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院       |
| 所在地     | 大阪府堺市中区東山５００番地３           |
| TEL     | ０７２－２３４－２００１              |
| 診療科     | 内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、神経科 等 |

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人生長会 ベルピアノ病院  |
| 所在地     | 大阪府堺市西区菱木１－２３４３－１１ |
| TEL     | ０７２－３４９－６７００       |
| 診療科     | 内科、整形外科 等          |

②協力歯科医療機関

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 太原歯科診療所            |
| 所在地     | 大阪府堺市東区日置荘西町３－３８－６ |
| TEL     | ０７２－２８７－６０４８       |

|         |                |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 富田歯科医院         |
| 所在地     | 大阪府堺市中区深井沢町３１５ |
| TEL     | ０７２－２７９－８１４８   |

## 5. 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）

- 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又は要介護と判定された場合
- 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施設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
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合

### （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。但し、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指定介護予防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・不当要求、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。

- ① ご契約者が、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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが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・信用等を傷つける、又は他の利用者・職員等へ迷惑となる言動及び著しい不信行為・不当要求等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 下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合
  - I 暴力または乱暴な言動、無理な要求
    - ・物を投げつける                      ・刃物を向ける                      ・服をひきちぎる
    - ・手を払いのける                      ・怒鳴る                      ・奇声、大声を発する
    - ・対象範囲外のサービスの強要
  - II セクシャルハラスメント
    - ・介護従事者の体を触る                      ・手を握る
    - ・腕を引っ張り抱きしめる                      ・ヌード写真を見せる
    - ・性的な話をし、卑猥な言動をする
  - III その他
    - ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く                      ・ストーカー行為など
  - IV カスタマーハラスメントへの対応
    - 1 事業所は、利用者又はその家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超える要求又は言動により、職員の就業環境を害するおそれのある行為（以下「カスタマーハラスメント」という。）について、職員の安全及び尊厳を確保し、適切な介護サービスを継続的に提供するため、組織として必要な対応を行うものとする。
    - 2 前項に定めるカスタマーハラスメントには、次に掲げる行為を含むものとする。  
ただし、これらに限られるものではない。
      - (1) 暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言
      - (2) 業務の範囲を超える過度又は不当な要求
      - (3) 合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・苦情
      - (4) その他、職員の就業環境を著しく害する行為
    - 3 事業所は、職員が安心して相談できる相談体制を整備し、職員研修や対応マニュアルを整備して、必要に応じて法人本部、関係機関等と連携しながら対応するものとする。
    - 4 事業所は、カスタマーハラスメントが発生した場合、複数名による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じて適切な対応を講ずるものとする。
    - 5 カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について、利用者又はその家族等と協議を行うことがある。

## (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。

## 6. 身元引受人の指定について（契約書第21条参照）

- ①契約締結にあたり、身元引受人の選定をお願いいたします。
- ②身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきたご家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。
- ③身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的債務については、極度額140万円の範囲内で、契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。
- ④身元引受人が死亡、破産宣告をうけた場合には、事業所は、新たな身元引受人を立てていただくために、ご契約者にご協力をお願いする場合があります。但し、入所において社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる場合には、入所利用契約締結にあたって、身元引受人を立てていただく必要はありません。

## 7. 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、健康状態について必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、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、当該サービスを提供してから5年間とその完結の日から2年間保管するとともに、ご契約者又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ご契約者への人権の擁護・虐待防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。
  - ・研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
  - ・個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
  - ・職員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、職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。
  - ・当施設は、サービス提供中に、当施設従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。
- ⑥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措置を講じ、利用者の家族へ連絡致します。
- ⑦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、ご契約者の同意を得ます。

## 8. 苦情の受付について（契約書第21条参照）＊

（１）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      生活相談員          竹田 駿

○苦情受付責任者    施設長（管理者） 岸口 盟

○受付時間            毎週月曜日～土曜日    １０：００～１６：００

                         電話番号            ０７２－２３４－２００５

                         FAX番号          ０７２－２３４－４６９１

また、ご意見箱を１階及び各階に設置しています。

（２）行政機関その他苦情受付機関

|                       |                                                                  |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|
| 第三者委員                 | 〔氏名〕 栴矢 晋<br>TEL 072-237-0464<br>〔氏名〕 森内 啓子<br>TEL 072-237-0160  |
| 国民健康保険団体連合会           | 所在地 大阪府大阪市中央区常盤町1-3-8<br>TEL 06-6949-5418      FAX 06-6949-5417  |
| 堺市健康福祉局<br>長寿社会部介護保険課 | 所在地 大阪府堺市堺区南瓦町3-1<br>TEL 072-228-7513      FAX 072-228-7853      |
| 堺市中区地域福祉課             | 所在地 大阪府堺市中区深井沢町2470-7<br>TEL 072-270-8195      FAX 072-270-8103  |
| 堺市堺区地域福祉課             | 所在地 大阪府堺市堺区南瓦町3-1<br>TEL 072-228-7477      FAX 072-228-7870      |
| 堺市東区地域福祉課             | 所在地 大阪府堺市東区日置荘原寺町195-1<br>TEL 072-287-8112      FAX 072-287-8117 |
| 堺市西区地域福祉課             | 所在地 大阪府堺市西区鳳東町6-600<br>TEL 072-275-1912      FAX 072-275-1919    |
| 堺市南区地域福祉課             | 所在地 大阪府堺市南区桃山台1-1-1<br>TEL 072-290-1812      FAX 072-290-1818    |
| 堺市北区地域福祉課             | 所在地 大阪府堺市北区新金岡町5-1-4<br>TEL 072-258-6771      FAX 072-258-6836   |
| 堺市美原区地域福祉課            | 所在地 大阪府堺市美原区黒山167-1<br>TEL 072-363-9316      FAX 072-362-0767    |

## 9. 損害賠償について（契約書第13条、第14条参照）

当施設において、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。但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、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。

## 10. 緊急時の対応について

当施設において、サービス提供を行っている際、ご入居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、あらかじめ施設が定めた協力医療機関ベルランド総合病院への連絡を行うとともに必要な措置を講じ、ご利用者の家族へ連絡致します。

## 11. 事故発生時の対応について

当事業所において、ご契約者に対する指定介護予防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は速やかに市町村、ご契約者の家族、ご利用の居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

## 12. 非常災害時の対応について

当施設は、非常災害等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実施します。また、消防法に準拠して非常災害等に関する具体的計画を別に定め、非常災害時等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。

## 13. 高齢者虐待について

当施設は、ご入居者等の人權の擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- （ア）研修等を通じて、従業者の人權意識の向上や知識の向上に努めます。
- （イ）個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- （ウ）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、従業者がご入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 14. 身体拘束について

当施設は、身体拘束その他入居者の行動制限する行為は致しません。ただし、当該入居者又は他の入居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は記録を記載するなど、適正な手続きにより身体を拘束する場合があります。

## 15. 介護職員による喀痰吸引等の実施について

社会福祉士及び介護福祉士法の改正により、登録特定喀痰吸引等事業者として研修を受けた介護職員が医師の指示を受け、看護職員と協働で口腔内及び鼻腔内吸引、胃ろうによる経管栄養を実施致します。

喀痰吸引等の必要性が生じた時点で、ご利用者又はご家族の同意を得て実施します。

## 16. 感染症対策の強化について

当施設は、感染症の発生及びまん延等に関する取組として、以下を義務付ける。

(ア) 安全対策委員会を設置、開催し、また指針を整備します。

(イ) 感染対策に関する研修の実施訓練（シュミレーション）を実施します。

## 17. 業務継続に向けた取組の強化について

当施設は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制として、業務継続計画（BCP）ガイドラインを策定、研修、訓練（シュミレーション）を実施します。

## 18. 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共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### 【けが・病気について】

- 高齢者になると、何もないところで転倒することがあります。
- 職員が介護する際には、細心の注意はしておりますが、突発的な事故が生じる場合があります。
- 歩行ができなくてもベッドから降りようとして転落する事があります。
- 食事中、又は間食しているときなど、食べ物をのどに詰める事があります。  
(ご利用者の身体状況に応じた食事形態をとっています。)
- 集団生活を送っていますので、最善の対策は行っていますが風邪など感染する事も考えられます。
- 入居時、元気に入居されても環境の変化などにより、体調を崩されたり、認知症が進んだりする事もあります。
- 歩行が不安定となり、状況に応じて車椅子を使用する事もあります。残存機能を生かしながら、安全にも考慮しなければなりません。ご家族のご希望に添えない場合もあります。
- ご高齢ですので何の予兆もなく、亡くなられる場合も考えられます。

### 【外出】

- 外出される場合は事前にお申し出下さい。
- 必ずご家族の付き添いを必要とします。
- 体調によって、外出が出来ない場合もあります。
- 外出の際は、必ず所定の届出が必要です。
- お薬を服用している方は、外出の際にお薬を受け取り、指定どおり服用して下さい。

### 【面会・差し入れについて】

- 面会に来られた際、ご利用者に食べ物を摂取していただいた場合は、必ず職員にご報告して下さい。
- 生ものの差し入れはご遠慮下さい。

### 【嗜好品について】

- 基本的には可能ですが、医師の承諾が必要です。但し、規律を守れない方は、禁止させていただきます。
  - ※ タバコについて
    - ・施設内での歩きタバコや居室内での喫煙は、防犯上および他の方への迷惑などをご理解して頂き、指定場所以外での喫煙は禁止します。
    - ・ご利用者の健康状態によっては、医師・看護師・ご家族と相談の上、職員によって管理する場合があります。
  - ※ アルコールについて
    - ・居室での飲酒や、時間的観念のない様な飲酒はご遠慮下さい。
    - ・ご利用者の健康状態によっては、医師・看護師・ご家族と相談の上、職員によって管理する場合があります。

### 【所持金品について】

- 万一の紛失に備えて、衣類・生活用品等の持ち物には、すべて名前を油性のマジックで記入して下さい。
- ご利用者本人が管理している所持品が紛失した場合、施設は探す努力は致しますが、一切責任は負いかねますので御了承下さい。
- 施設の食事、おやつ以外のもので、体調不良・食中毒等が発病した場合は、一切責任は負いかねます。
- ご利用者同士で金品等の貸し借りはしないで下さい。何らかの問題が生じた場合でも施設は一切責任を負いかねます。
- 刃物・危険物、ペットの持ち込みは出来ません。

### 【医療について】

- ご利用者本人での内服薬の管理が難しい場合、看護師が管理します。  
処方内容の変更があった場合、必ず職員にお申し出下さい。
- 体調不良などによって医療機関を受診する場合は、ご家族の方の付き添いを必要とします

### 【居室について】

- 居室の配置は、ご利用者の状態等に合わせて行いますので、ご希望に添えないこともあります。
- ご利用者の身体の状態に合わせた居室の変更を行うことがあります。

### 【ユニットの特性について】

- ベルファミリアでは、全室個室のユニット型の施設であり、現在の厚生労働省の介護保険制度に基づき新型（ユニット型）特養として人員配置基準及び施設基準に従い、施設運営を行っております。当施設の職員の人員配置は昼間1ユニット（8名の利用者様）に対して 1名、夜間は2ユニット（16名の利用者様）に対して1名の職員配置となっております。
- 全室個室であることから居室内にて1名の入居者様のケアなどを行っている場合、他の入居者様の状況を常時把握することは難しく、また特に夜間帯は巡回などによりいずれか一方のユニットは時間帯により職員が不在となる場合もあります。
- 施設といたしましては、厚生労働省が定める人員基準以上に配置し、定期的な巡回はもちろんナースコールの対応及び応援体制など対策強化し、また日々のご入居者様の状態観察や行動パターンの把握など危険回避に努め、安心して日常生活を送っていただけるよう努力はさせていただきますので、何卒ご利用者様はじめご家族様には上記施設の特性をご理解頂きますようお願い申し上げます。

### 【その他】

- 集団生活となりますので、ご利用者本人の状態によっては利用をご遠慮頂く場合がございます。（発熱や嘔吐などの症状・他の利用者への影響が考えられる認知症状など）
- 職員の心づけ、その他一切受け取れません。
- ユニット入口では外靴からスリッパへの履き替えにご協力お願いします。
- 各階のエレベータホールに洗面台を設置しています。手洗い・うがいのご協力お願い致します。
- 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、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。
- 当事業所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。

## 19. 医療連携体制に関する説明について

当施設は、医師が常駐しておらず、利用中の健康管理は看護師に委ねられています。  
また、ご利用の方の多くは高齢であり、急激な状態変化（突然、心筋梗塞や脳出血、脳梗塞、重症肺炎、吐血、その他の疾患等で急に重篤な状態に陥る）や、もともとの病気の再発や悪化により、病状変化がみられることがあります。

そこで、当施設を安心してご利用いただくにあたり下記の医療連携体制を整備しています。

### 【当施設の医療連携体制】

- ・看護職員を日勤帯8時45分から17時15分まで配置しています。
- ・看護職員の夜間不在時には、オンコールの連絡体制を整備しています。
- ・看護職員による定期的な巡視により健康管理を致します。

### 【急変が生じた場合の対応】

- ・ご家族へ連絡をとり、かかりつけ医への相談を依頼します。
- ・かかりつけ医や相談可能な医療機関との連絡がとれない場合や往診対応が難しい場合は、ベルランド総合病院（協力医療機関）への受診を検討致します。
- ・ベルランド総合病院（協力医療機関）との間において緊急時の連絡方法と受入可能な場合の搬送方法を整備しています。（時間帯により方法は異なります）
- ・緊急・急変時等の場合は、救急要請を行い救急車での搬送となることがあります。
- ・救急要請の場合は、ベルランド総合病院（協力医療機関）以外に搬送されることがあります。

### 1. かかりつけ医

医療機関： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_

主治医名： \_\_\_\_\_ 施設への往診（可・不可） \_\_\_\_\_

かかりつけ医から日常生活において留意すべきことを聞かれていますか。

※かかりつけ医との間で緊急時等に相談できる医療機関を定めている場合は下記2に必ずご記入ください。

### 2. 受診（急変時）が必要な場合に希望する医療機関

☐ ベルランド総合病院（ベルファミリア協力医療機関）

☐ その他の医療機関（医療機関名： \_\_\_\_\_）（TEL： \_\_\_\_\_）

※ベルランド総合病院以外の医療機関へは、ご家族の方からご連絡をお願いします。

※ベルランド総合病院へ受診となった場合も、ご家族の方の付き添いが必要です。

### 3. 医療連携強化加算（在宅中重度者の受入について）（特定の症状）

- |                |                          |
|----------------|--------------------------|
| ・喀痰吸引を実施       | ・呼吸障害により人工呼吸器を使用している     |
| ・中心静脈注射を実施     | ・人工腎臓を実施                 |
| ・人工膀胱・人工肛門の処置  | ・心機能、呼吸障害等により常時モニター測定を実施 |
| ・鼻腔、胃ろうなどの経腸栄養 | ・褥瘡に対する治療                |
| ・気管切開が行われている   |                          |

※医療連携強化加算・・・62円/日（1割負担の場合）の負担が発生します。

## 1. 事業所の概要

(1) 建物の構造                      鉄筋コンクリート造    地上4階建            地下1階

(2) 建物の延べ床面積            総延べ床面積 7 3 4 9 ,    1 6 m<sup>2</sup>

(3) 事業所の周辺環境

ベルランド総合病院に隣接し、入所者の方の健康管理については、ベルランド総合病院と連携してきめ細かい医療サービスを提供致します。

## 2. 職員の配置状況

### ＜配置職員の職種＞

|         |                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------|
| 生活相談員   | ご契約者（利用者）の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。                    |
| 介護職員    | ご契約者（利用者）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。             |
| 看護職員    | 主にご契約者（利用者）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。       |
| 機能訓練指導員 | ご契約者（利用者）の機能訓練を担当します。                                 |
| 介護支援専門員 | ご契約者（利用者）に係る短期入所生活介護計画（ケアプラン）を作成します。生活相談員が兼ねる場合もあります。 |
| 医師      | ご契約者（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   | ご契約者（利用者）の栄養状態の管理並びに食事を提供する調理センターの委託管理を行います。          |

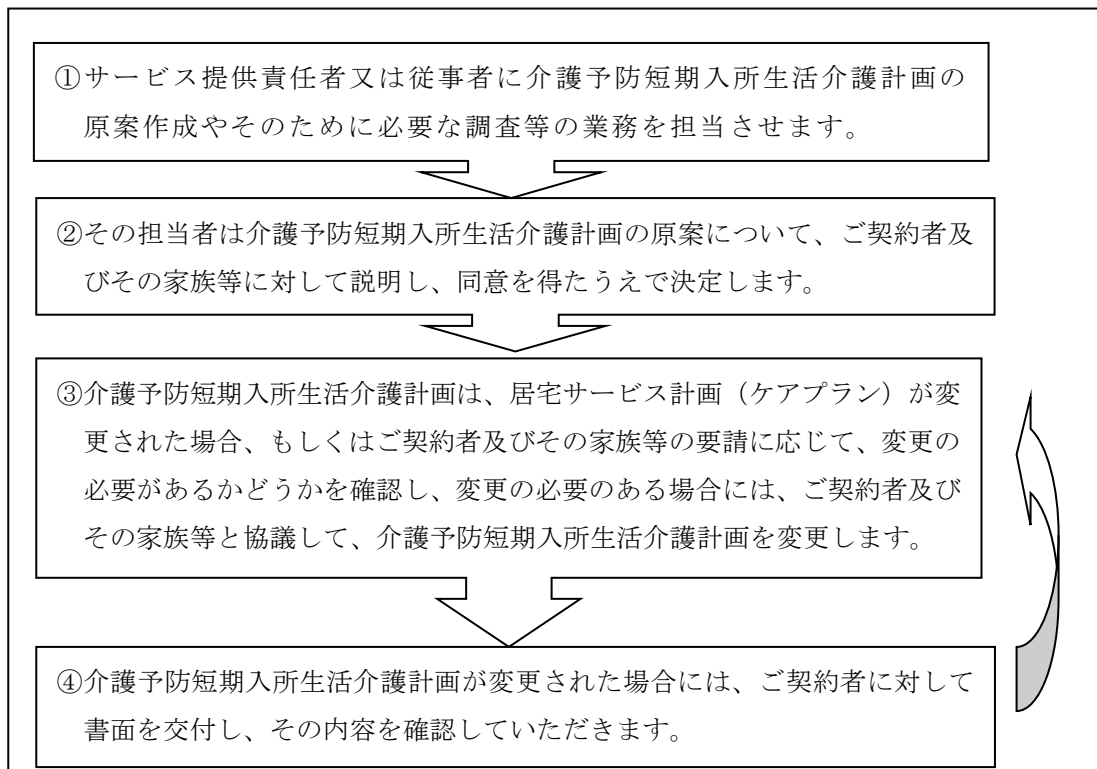
## 3. 第三者評価の実施について

最終実施日            :                      年                      月                      日  
実施評価機関            :                      \_\_\_\_\_  
評価結果開示            :                      \_\_\_\_\_へ開示

## ＜重要事項説明書付属文書＞

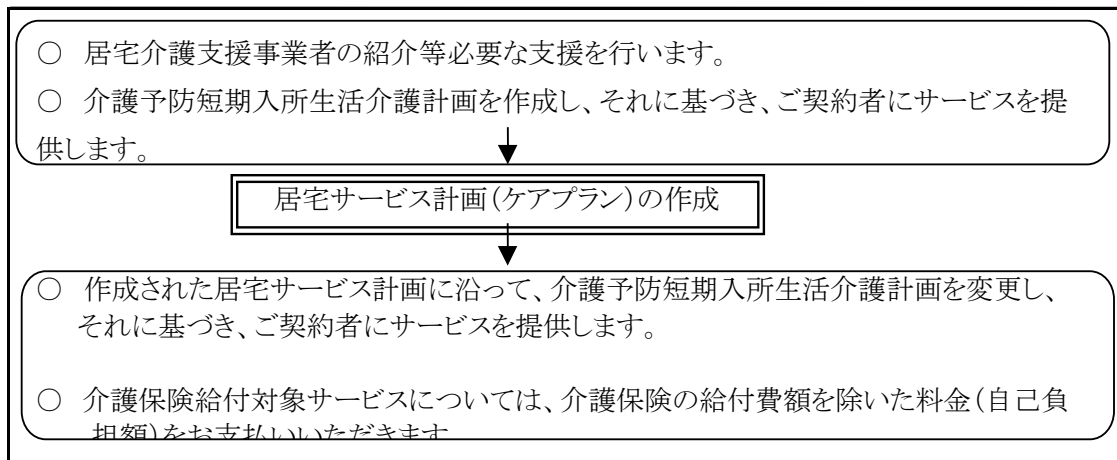
### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (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「介護予防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）

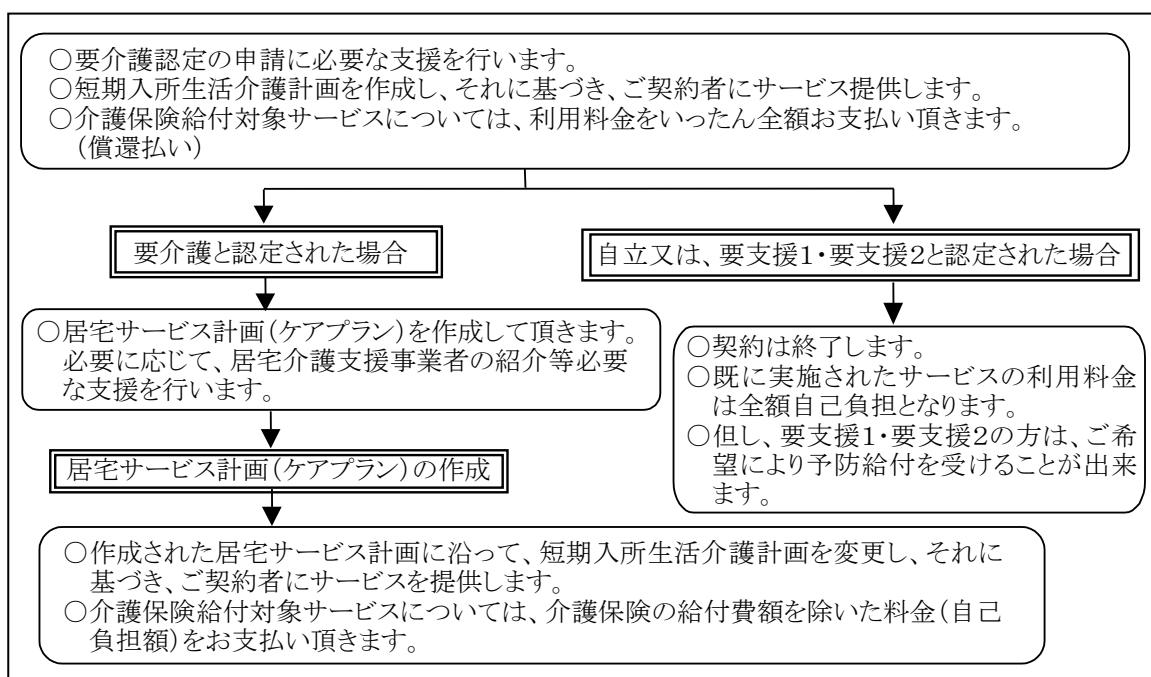


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

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



令和 年 月 日

指定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事項の説明を行いました。

指定介護予防短期入所生活介護 特別養護老人ホーム ベルファミリー

説明者職名 生活相談員          氏名

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。

契約者（利用者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

身元引受人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

契約者との関係（ ）

