

「特別養護老人ホーム オズ」

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。
(大阪府指定 第 2770600076号)

当施設はご契約者に対して指定介護老人福祉施設入所者生活介護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ご説明申し上げます。

◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1.	施設経営法人	2
2.	ご利用施設	2
3.	施設入居対象者	3
4.	居室の概要	4
5.	職員の配置状況	4
6.	当施設が提供するサービスと利用料金	6
7.	施設を退居していただく場合（契約の終了について）	13
8.	秘密保持と個人情報の取り扱い（使用同意など）	14
9.	事故発生時の対応	15
10.	損害賠償について	16
11.	身元引受人	16
12.	苦情の受付及び苦情処理の体制・手順	17
13.	緊急やむを得ず身体拘束等を行う際の手続き	17
14.	高齢者虐待防止について	18
15.	緊急時の対応	18
16.	非常災害時の対策	18
17.	サービス提供における事業者の義務	18
18.	施設利用の留意事項	19

1. 施設経営法人

- | | |
|------------|---|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 サポートハウス |
| (2) 法人所在地 | 大阪府泉大津市菅原町10番33号 |
| (3) 電話番号 | 0725-33-6001 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 鈴木 章司 |
| (5) 設立年月日 | 平成10年 1月 21日 |
| (6) ホームページ | http://www.oz-tokuyo.jp/ |
| (7) E-mail | support@xj8.so-net.ne.jp |

2. ご利用施設

- | | |
|-------------------|---|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設
平成12年 4月 1日指定
介護保険事業所番号 大阪府指定 第2770600076号 |
| (2) 建物の構造 | 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上4階 |
| (3) 建物の延べ床面積 | 3,312㎡ |
| (4) 施設の目的 | 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に基づき、ご契約者（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出来るように支援する事を目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。
この施設は、身体上又は精神上著しい障がい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。 |
| (5) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム オズ |
| (6) 施設の所在地 | 大阪府泉大津市菅原町10番33号 |
| (7) 電話番号 | 0725-33-6001 |
| (8) 管理者 | 鈴木 美幸 |
| (9) 当事業所の
運営方針 | 地域の方々から信頼され、親しみをもった地域密着型の施設を目指し、入所者の方々との信頼関係を高め、心と心の触れ合いを大切し、心豊かに生きることの喜びを感じ得る生活の場を築きます。
又、利用者の身体的側面の支援に留まらず、主体性や人格の尊厳、人権等に配慮しながら自立支援に基礎を置き、暖かでゆったりした生活が出来る環境を整える。 |
| (10) 開設年月日 | 平成11年 4月 1日 |
| (11) 入所定員 | 58名 |
| (12) 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。

- | | | |
|-------------|-------------|-----------------|
| 「居宅介護支援事業所」 | 平成11年10月29日 | 大阪府第2770600027号 |
| 「指定訪問介護事業所」 | 平成11年10月29日 | 大阪府第2770600050号 |

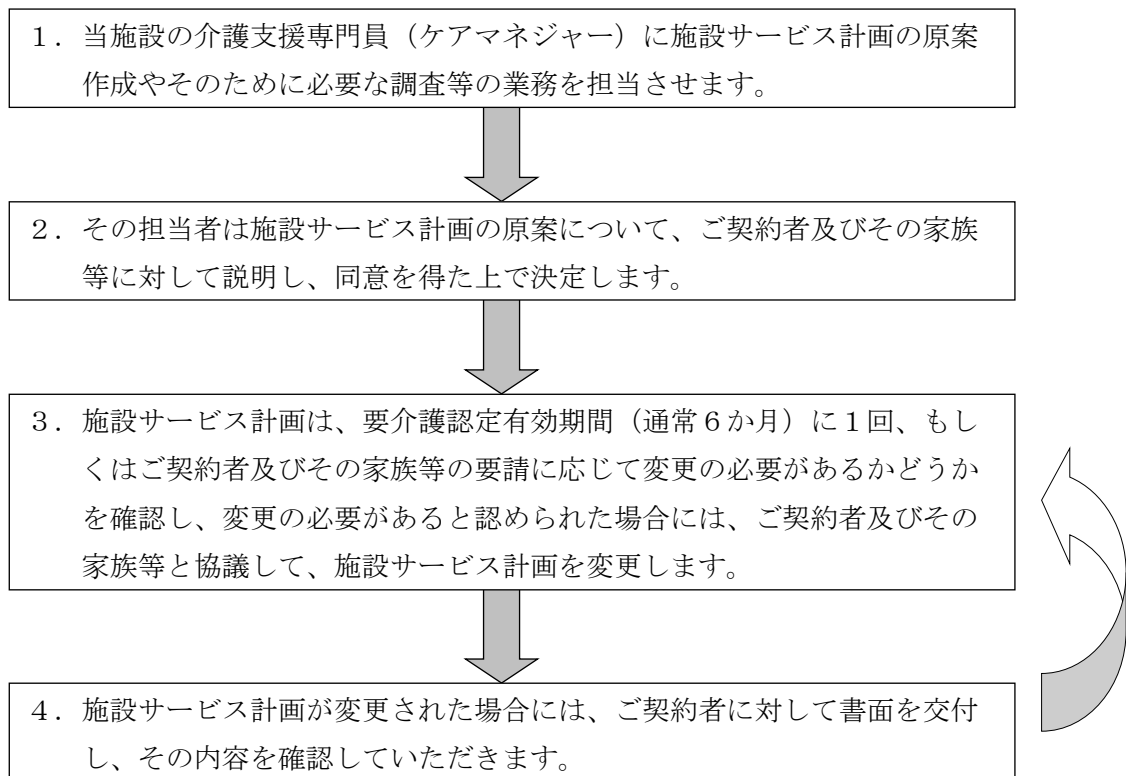
「指定通所介護事業所」平成11年10月29日 大阪府第2770600068号

「指定短期入所介護事業所」平成11年10月29日 大阪府第2770600076号

※介護予防の事業も併せて実施しています。

3. 施設入居対象者

- (1) 当施設に入居頂けるのは、原則として要介護3以上と認定された方となります。但し、要介護1又は2の認定者においても、特定入所の要件に該当する方は、入所申し込みの対象となります。また既に入所されている方であっても、『要介護3以上の方が、要介護2以下と認定された場合』又は特定入所であっても『要支援と認定された場合』には、退所して頂くこととなります。
- (2) 入居契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。ご契約者はこれにご協力下さるようお願いいたします。
- (3) 契約締結からサービス提供までの流れ（契約書第2条参照）
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、入居前後に作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。
「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成、及びその変更は次の通り行います。



4. 居室の概要

(1) 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。利用される居室は個室と多床室です。

施設の指定する居室以外への入居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等により、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）	14室	
2人部屋	2室	
4人部屋	10室	
合計	26室	
食堂	3室	各階に1室
機能訓練室	1室	[主な設備機器] 平行棒・矯正鏡・肋木滑車等
浴室	2室	一般浴室（リフト浴含む）・特殊浴室
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、個人により異なってきます。
- ※ 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。又、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、ご契約者やご家族と協議の上、決定するものとします。
- ※ 居室の特記事項：トイレ・洗面所は居室内部に設置、インテリアは生活の場としての「やすらぎ」を感じる工夫をしています。また、水にこだわり、超活水器を設置することで、全館に“身体にやさしい”水を提供しています。

5. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設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。

<主な職種の配置状況> ※ 各職種の配置については、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	25名	15名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 介護支援専門員	1名	1名
5. 看護職員	3名	3名
6. 機能訓練指導員	1名	1名
7. 嘱託医師	「1」名	「1」名
8. 管理栄養士	1名	1名
9. 事務職員	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総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。
 （例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
 1名（5時間×8名÷40時間＝1名）となります。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	標準的な時間帯における基本配置人員 早出： 7：30 ～ 16：30 3名 日勤：10：00 ～ 19：00 3～4名 遅出：11：00 ～ 20：00 3名 夜勤：17：00 ～ 10：00 3名
2. 生活相談員及び 介護支援専門員	日中： 8：30 ～ 17：30 1名 9：00 ～ 18：00 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における基本配置人員 日中： 8：30 ～ 17：30 1名 日中： 9：30 ～ 18：30 1名
4. 機能訓練指導員	看護職員の兼務
5. 嘱託医師	毎週金曜日 14：00 ～ 17：00 1名
6. 管理栄養士	日中： 9：00 ～ 18：00 1名

<職務内容>

一. 管理者

施設の従事者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。管理者に事故あるときは、あらかじめ理事長が定めた従事者が管理者の職務を代行します。

二. 介護職員

入居者の日常生活の介護、相談及び援助業務に従事します。

三. 生活相談員

入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入居者又はその家族の相談に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。

四. 介護支援専門員

入居者の有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて、入居者が自立した日常生活を営む上での課題を把握し、施設サービス計画の原案を作成し、必要に応じて変更を行います。

五. 看護職員

医師の診療補助及び医師の指示を受けて、入居者の看護、施設の保健衛生業務に従事します。

六. 機能訓練指導員

入居者の日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための各種訓

練を行います。

七. 嘱託医師

入居者の健康管理、療養上の指導及び施設の保健衛生の管理指導に従事します。

八. 管理栄養士

入居者に提供する食事の管理、入居者の栄養指導に従事します。

九. 事務員

施設の庶務業務及び会計事務に従事します。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについては、「(1) 利用料金が介護保険から給付される場合」と「(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合」とがあります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第3条参照)

以下のサービスについては、利用料金の9割もしくは8割又は7割が、介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事

- ・ 食品の種類及び調理方法について常に工夫し、栄養士（管理栄養士）の立てる献立により、栄養並びにご契約者の心身の状況及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、離床して共同生活室にて食事を摂っていただくことを原則としています。但し、食堂で食事を摂ることが出来ないご契約者にあたっては、居室に配膳し、必要な食事補助を行います。

(食事時間) 朝食：8：00～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～

② 入浴

- ・ ご契約者の状態に応じ、一般浴・リフト浴・特別浴（座位保持が困難な方を対象）にて、週2回以上入浴することが出来ます。

③ 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。

④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員、介護及び看護職員により、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。

⑤ 口腔ケア

- ・ 日々の口腔内の清潔や衛生管理に努めるため、口腔内の特徴やそれに伴う周辺の影響などを十分に把握した上で、毎日食後に口腔ケアを行います。

⑥ 健康管理

- ・ 医師（嘱託医）や看護職員を中心として、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、でき得る限り離床した生活となるよう配慮します。
- ・ 生活のリズムを考慮し、毎朝夕の着替え、更衣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。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス（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 居住に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等））

- ・ 当施設を使用し滞在されるにあたり、ご負担していただく費用です。

但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された居住費の金額（1日あたり）のご負担となります。

※ 外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合にも料金が発生します。

1日当たり 個室：1, 231円 多床室：915円

② 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

- ・ ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。（1日あたり1, 445円）但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担となります。

③ 特別な食事（アルコールを含む）

- ・ ご契約者の希望に基づいて、特別な食事を提供します。

○ 施設で定められた食事以外：要した費用の実費（税込）

○ 施設で定められた食事に替わる場合：要した費用の実費から、所定の食事代を差し引いた金額

④ 理容・美容

- ・ ご希望により、月1回、理容師・美容師の出張による理髪・美容サービスをご利用いただけます。

○ カット：2, 000円 ○ 顔剃り（カット込）：2, 600円

○ 毛染めのみ：4, 300円 ○ 毛染め（カット込）：6, 300円

○ パーマ（カット込）：6, 500円

⑤ 日常生活上必要となる諸費用

- ・ ご契約者の日常生活に要する費用のうち、ご契約者にご負担いただく事が適当であるものにかかる費用の実費をご負担していただきます。

おむつ代は介護保険給付の対象になっていきますのでご負担の必要はありません。

但し、入院・外泊・外出時の使用分及び当施設で使用している以外の銘柄を指定される場合は、実費負担となります。

- ご契約者の希望により施設が提供する教養娯楽費 : 実費
- ご契約者の希望により実施するインフルエンザワクチン等の健康管理費 : 実費
- ご契約者の希望により持ち込まれた機器の電気料金
 - ・テレビ : 300円/月
 - ・電気毛布 : 900円/月
- ご契約者の希望により施設が提供する飲食物代
 - ・おやつ : 50円/日
 - ・嗜好飲料 : 100円/日
- ご契約者の身体状況の低下により必要と判断した栄養補強食品 : 実費
- ご契約者の身体状況の低下により必要と判断したとろみ剤費 : 25円/日

⑥ 契約書第19条に定める所定の料金

- ・ ご契約者及び家族が、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。
 - 1日あたり 15,000円 (一律)

⑦ 小口現金等出納管理費

- ・ ご希望により、別に定める預り金管理規程に基づき、施設にて小口現金等の貴重品の管理を行うことにかかる料金。
 - お預かりするもの : 運営規程第9条第3項(5)に規定する金品
 - 統括管理責任者 : 事業所長
 - 出納担当者 : 生活相談員等
 - 出納方法 : 特別養護老人ホーム オズ預かり金管理規程参照
 - 利用料金 : 1か月あたり 1,500円

※ 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、事業者は、ご契約者に対して当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。その場合、変更の内容と変更する事由について、当事業所より事前にご説明いたします。

(3) サービス利用料金 (1日あたり)

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、介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担額)と、利用居室料金(居住費)と食事代(食材料費・調理費)をお支払い下さい。

なお、サービス利用料金につきましては、ご契約者の要介護度及び被保険者の所得区分に応じて、又、利用居室料金(居住費)と食事代(食材料費・調理費)につきましても、ご契約者の所得区分により異なります。

① 介護福祉施設介護サービス費 (1日あたり自己負担額)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
605円	677円	752円	824円	895円

※ 自己負担が2割または3割の方は、上記負担額を乗じて下さい。

② 介護福祉施設介護サービス費 体制加算 : 当事業所が要件を満たした場合に、ご契約者全員に対し加算されます。(詳細は別紙1に記載)

③ 介護福祉施設介護サービス費 個別加算 : ご契約者の心身の状態が要件の対象となった場合に、ご契約者個々に対し加算されます。
(詳細は別紙2及び3に記載)

④ 居住費自己負担額 (介護保険給付対象外) (1日あたり自己負担額)

介護保険負担限度額認定証に記載されている額					【 基準額 】
	第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②	
個室	380円	480円	880円	880円	1,231円
多床室	0円	430円	430円	430円	915円

⑤ 食費自己負担額 (介護保険給付対象外) (1日あたり自己負担額)

介護保険負担限度額認定証に記載されている額				【 基準額 】
第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②	
300円	390円	650円	1,360円	1,445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一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、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。

※ 介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、その認定証に記載された食費及び居住費額のご負担となります。

- 第1段階 : 世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金を受給されている方
- 第2段階 : 世帯全員が市民税非課税で、年金収入金額と合計所得金額の合計が、80万円以下の方
- 第3段階① : 世帯全員が市民税非課税で、年金収入金額と合計所得金額の合計が、80万円 ~ 120万円以下の方
- 第3段階② : 世帯全員が市民税非課税で、年金収入金額と合計所得金額の合計が、120万円以上の方
- 第4段階 : 本人が市町村民税課税者もしくは、世帯に課税者がいる方

※ 第1段階から第3段階の方は、配偶者も市民税非課税であり、且つ預貯金額などが単身で500万円等以下(夫婦の場合は1,000万円を上乗せ)である事も要件となります。

(4) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）、（2）の料金及び費用は、1か月ごとに計算して、ご請求いたしますので、翌月22日（指定金融機関定休日の場合はその翌営業日）までに、以下の方法でお支払いいただきます。なお、1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

金融機関口座からの自動引き落とし（引き落とし手数料は事業者負担）

(5) 入居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や入院治療を義務付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	医療法人 泉秀会 かわい病院
診療科目	内科・整形外科・小児科
所在地	泉大津市豊中町2丁目6番5号
連絡先	0725-21-6222

医療機関の名称	医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院
診療科目	内科・外科・整形外科・麻酔科・放射線診断科・眼科・リハビリテーション科・歯科口腔外科・嚥下外来
所在地	堺市中区深井北町3176番地
連絡先	072-277-1401

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人 成智会 石橋歯科医院（訪問していただきます）
所在地	堺市堺区北瓦町2丁1-17 双葉ビル2F
連絡先	072-223-8847

7. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）（契約書第13条参照）

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、ご契約者に退居していただくことになります。

- ① 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が要介護2以下と認定された場合、及び特例入所の方が要支援と認定された場合
- ② 事業者が解散、破産した場合、又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ③ 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
- 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 ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は以下の（1）をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下の（2）をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第14条・第15条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者は当施設からの退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する7日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居する事が出来ます。

- 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 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合
- 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介護福祉施設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）事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）（契約書第16条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居し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関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

- ④ ご契約者が、連続して1か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 ご契約者が、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設等の他施設へ入所した場合

(3) ご契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第18条参照）

当施設に入居中に医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は以下の通りです。

① 6日間以内の短期入院の場合

6日間（複数の月にまたがる場合は12日間）以内に退院された場合は、退院後再び当施設に入居することができます。但し、入院期間中であっても、1日あたり253円の外泊時加算費用をご負担いただきます。

② 7日間以上1か月以内の入院の場合

1か月以内に退院された場合には、退院後再び当施設に入居することができます。

この場合、上記①の利用料金（1日あたり253円）のご負担はありませんが、居住費として1日あたり個室：1,231円・多床室：915円（入院中のため、利用者負担限度額認定証は適用されません）をお支払いいただきます。

③ 1か月以上の入院の場合

1か月以上の入院継続が見込まれる場合には、契約を解除する場合があります。但し、契約を解除した場合であっても3か月以内に退院された場合には、再び当施設に入居できるように努めます。（※ 当施設への優先的な入居を保証するものではありません。）

(4) 円滑な退居のための援助（契約書第17条参照）

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

- ① 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
- ② 居宅介護支援事業所の紹介
- ③ その他保健医療サービス又は福祉サービス事業者の紹介

8. 秘密保持と個人情報の取り扱い（使用同意など）（契約書第8条参照）

(1) 利用目的

事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービスを提供する上で知り得たご契約者及びそのご家族の個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。又、この守秘義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

事業者は、ご契約者及びそのご家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議や下記の目的等において、ご契約者及びそのご家族の個人情報を用いません。

- ① ご契約者に提供する介護サービス等
- ② 介護保険事務
- ③ ご契約者のために行う管理運営業務

(入退居等の管理、会計、事故報告、介護及び医療サービスの向上等)

④ 施設の管理運営業務

(介護サービスや業務の維持改善にかかる基礎資料の作成、施設において行われる学生等への実習への協力、職員の教育のために行う事例研究等)

(2) 第三者への提供

当施設では、下記の利用目的のためにご契約者及びご家族等の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ① 介護保険事務などの施設業務の一部を外部事業者へ業務委託を行う場合
- ② 他の介護保険事業所等との連携（サービス担当者会議等）及び連絡調整が必要な場合
- ③ ご契約者の受診等にあたり、外部の医師の意見及び助言を求めめるための会議記録やケアプラン等を提供する場合
- ④ ご家族等への心身の状態や生活状況の説明
- ⑤ 研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ⑥ 保険事務の委託（一部委託含む）
- ⑦ 損害賠償保険などの請求にかかる保険会社等への相談又は届出等
- ⑧ 保険者等、行政機関や他の関係機関からの照会への回答
- ⑨ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑩ 介護保険審査支払機関へのレセプト請求及び介護保険審査支払機関からの照会への回答

(3) ご契約者に関するお問い合わせへの対応

当施設では、ご契約者に関する来訪や電話でのお問い合わせに対し、慎重に対応しており、ご契約者のプライバシーに関わる個人情報につきましては、上記（2）の場合を除き、外部に対し情報提供はいたしません。ご契約者が施設を利用されているかどうかについてのみ情報提供させていただきます。お問い合わせに対し回答して欲しくない方の指定や、提供する情報の範囲についてご希望がある場合はお申し出下さい。

(4) 施設内での写真の掲示及び施設広報誌等での氏名・写真の掲示

当施設では、行事等にかかる写真記録等を、ご契約者の方々の楽しみの一環として施設内に掲示する場合があります。又、ご家族や施設外の方々に施設内の様子を伝え、施設への理解を深めていただくために、施設広報誌等に写真を掲載することもあります。

施設内での写真の掲示、施設広報誌等への写真の掲載について希望されない場合はお申し出下さい。

9. 事故発生時の対応

当施設が、ご契約者に対して行う指定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、速やかにご契約者のご家族、市町村等に連絡を行うとともに、賠償すべき事故の場合には、速やかに賠償を行うなど必要な措置を講じます。又、事故の状況及び事故に際して行った処置を記録するとともにその原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

なお、当施設は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 : 三井住友海上火災保険会社
保 險 名 : 福祉事業者総合賠償責任保険

10. 損害賠償について (契約書第10条・第11条参照)

- (1) 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。但し、その損害の発生について、ご契約者側に故意又は過失が認められる場合において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場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
- ① ご契約者 (その家族も含む) が、契約締結に際し、ご契約者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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ② ご契約者及びご家族が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ ご契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

11. 身元引受人 (契約書第20条参照)

- (1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。
しかしながら、ご契約者において社会通念上、身元引受人を立てることが出来ないと考えられる事情がある場合には、契約締結にあたって身元引受人の必要はありません。
- (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家族や親族の方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、ご契約者の利用料金等の経済的な債務については、ご契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。
また、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退居する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には、当施設と協力・連携して退居後のご契約者の受け入れ先を確保するなどの責任を負うことになります。
- (4) ご契約者が入院中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置物の引き取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。
また、ご契約者の残置物をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。これらの引き取り等の処理にかかる費用については、ご契

約者又は身元引受人にご負担いただくこととなります。

(5) 身元引受人が死亡したり、破産宣告を受けた場合には、事業者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。

1 2. 苦情の受付及び苦情処理の体制・手順 (契約書第 2 2 条参照)

苦情又は相談があった場合、ご契約者の状況を詳細に把握するために状況の聞き取りや事情の確認を行い、ご契約者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。受付担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、ご契約者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する場合は、その旨を翌日までには連絡いたします。)

(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専用窓口で受け付けています。

- 苦情解決責任者 : 鈴木 美幸 (管理者)
- 苦情受付担当者 : 高尾 晃司 (施設相談課 生活相談員)
藤本 恭子 (施設相談課 介護支援専門員)
- 受付時間 : 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (全日)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

泉大津市役所高齢介護課	所在地 : 泉大津市東雲町 9 - 1 2
	電話番号 : 0 7 2 5 - 3 3 - 1 1 3 1
	受付時間 : 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (平日)
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
	電話番号 : 0 6 - 6 9 4 9 - 5 4 1 8
	受付時間 : 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (平日)
大阪府福祉部高齢介護室 介護事業者課	所在地 : 大阪市中央区大手前 2 丁目
	電話番号 : 0 6 - 6 9 4 4 - 7 2 0 3
	受付時間 : 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 (平日)

1 3. 緊急やむを得ず身体拘束等を行う際の手続き

当施設は、指定介護老人福祉施設サービスの提供にあたり、当該ご契約者の生命又は保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行いません。

- ① 事故・苦情・身体拘束廃止委員会を設置する。
- 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、その際ご契約者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。
- ③ ご契約者又はご家族に説明し、その他の方法がなかったか改善方法を検討する。

1 4. 高齢者虐待防止について

当施設は、ご契約者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識・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 支援にあたって従業者の悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者がご契約者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

1 5. 緊急時の対応

当施設は、サービス提供中にご契約者の身体状況の急変が生じた場合には、速やかに主治医へ連絡を行うなどの必要な措置を講じるとともに、ご契約者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

1 6. 非常災害時の対策

当施設では、非常災害に備え、消防法に準拠した非常災害に関する具体的計画を定めるとともに、定期的に避難・救出・その他必要な訓練を年3回（内、1回は夜間）行います。

1 7. サービス提供における事業者の義務（契約書第7条・第8条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり、次のことを遵守します。

- ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- 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上、ご契約者から聴取・確認します。
- ご契約者が受けている要介護認定の有効期間満了日の30日までに、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。
- ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、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。
- 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。但し、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、記録に記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- 事業者、サービス従事者及び従業員は、サービスを提供する上で知り得たご契約者に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）
但し、ご契約者に医療上の必要がある場合には、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、ご契約者の円滑な退居のための援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、あらかじめ文書にてご契約者の同意を得て行います。

18. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている入居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。

(1) 持ち込み制限

施設利用にあたり、原則として以下の物は持ち込む事が出来ません。

ライター等の火器、ナイフ等の刃物類、ペット等の生き物、他の利用者に迷惑が かかると思われる物

(2) 面会

面会時間：原則として9：00～19：00

※ 施設は19：00に施錠いたします。

※ 来訪者は必ずその都度、1階事務所窓口の面会簿にご記入下さい。

※ 犬、猫等のペット類を連れてのご来訪は、原則禁止とさせていただきます。

(3) 外出、外泊（契約者第21条参照）

外出、外泊を希望される場合は、2日前まで（但し、緊急やむを得ない場合は除く）にお申し出下さい。なお、外泊については、最長で月6日までとさせていただきます。

(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) 施設及び設備の使用上の注意（契約者第9条参照）

① 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。

② 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、ご契約者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。

③ 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにも関わらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の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。

④ 当施設の職員や他の入居者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

(6) 喫煙

施設で指定された喫煙スペース（正面玄関横）以外での喫煙はできません。

※ 当施設の職員が付き添い対応する事はできません。

説明年月日：令和 年 月 日

契約の締結にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム オズ

説明者職氏名： _____ (印)

契約の締結にあたり、本書面により重要事項の説明を受けました。又、契約者本人及び家族等に関する個人情報を、本書に定める個人情報の取り扱いの範囲内において利用、提供、収集する事について同意しました。

令和 年 月 日

入居契約者 住 所： _____

氏 名： _____ (印)

家族又は 住 所： _____
代理人

氏 名： _____ (印)

(ご契約者との関係： _____)

身元引受人 住 所： _____

氏 名： _____ (印)

(ご契約者との関係： _____)

この証として、契約当事者は本書2通を作成し署名捺印の上、各自その1通を保有します。

※ この重要事項説明書は、「大阪府指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」(平成24年大阪府条例117号)の規定に基づき、入居申込者又はそのご家族への重要事項の説明のために作成したものです。

家族又は
代理人 住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)
(ご契約者との関係 : _____)

家族又は
代理人 住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)
(ご契約者との関係 : _____)

家族又は
代理人 住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)
(ご契約者との関係 : _____)

家族又は
代理人 住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)
(ご契約者との関係 : _____)

家族又は
代理人 住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)
(ご契約者との関係 : _____)