

【指定短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）】

（介護保険事業所番号0270100654）

特別養護老人ホーム正寿園 重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 平元会
(2) 法人所在地 青森県青森市大字高田字川瀬187番地14
(3) 電話番号 017-763-5508
(4) 代表者氏名 理事長 藤本 由美子
(5) 設立年月日 平成元年11月28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（介護予防短期入所生活介護）
平成12年4月1日指定
介護保険事業所番号0270100654
- (2) 事業所の目的
- 1 高齢者の自立支援という観点に立って、在宅の要介護者等を一時的に施設に入所させることにより、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
 - 2 当事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたってサービスの提供に努めます。
 - 3 当事業所は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス提供事業者、他の介護保険施設、その他保健医療サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム 正寿園
(4) 施設の所在地 青森県青森市大字田茂木野字阿部野63番地2
(5) 電話番号 017-738-3711
(6) 施設長（管理者） 中井 堅 司
(7) 当施設の運営方針 高齢者の自立支援という観点に立って、居宅生活の支援、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
(8) 開設年月日 平成12年4月1日
(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～日 8:00～17:00 (緊急対応可能)

- (10) 利用定員 10人
(11) 通常の事業実施地域 青森市

3. 居室等の概要

(1) 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、原則として一人又は二人部屋です。(ただ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)	4室	4床
2人部屋	3室	6床
4人部屋	0室	
合計	7室	短期ベッド数10床
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	5室	一般浴槽・特殊浴槽・リフト浴槽
医務室	1室	

※ 上記は厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)事業所に必置が義務づけられている施設・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して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や他利用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。

4. 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(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	員数
施設長(管理者)	1
副施設長	1
介護職員	3以上
生活相談員	1以上
看護職員	1以上
機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上
管理栄養士	1以上

《主な職種の勤務体制》

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	週 1 回 回 診
2. 介 護 職 員	早番： 7：00～16：00 7：30～16：30 日勤： 9：00～18：00 遅番：10：00～19：00 10：15～19：15 夜勤：17：00～ 8：30
3. 看 護 職 員	日勤： 7：45～16：45 夜勤：16：30～ 8：30
4. 機 能 訓 練 指 導 員	8：00～17：00

5. 事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、入居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、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険給付の対象となるサービス）
 (2) 利用料金の全額を入居者に負担いただく場合（介護保険の給付対象とならないサービス）

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の1割が自己負担、9割が介護保険から給付されます。なお、一定所得以上の方は、利用料金の2割もしくは3割が自己負担、8割もしくは7割が介護保険から給付されることとなります。詳しくは、行政機関より交付される『介護保険負担割合証』をご確認ください。なお、『介護保険負担割合証』については、介護保険証とご一緒に当施設までご提示くださいますようお願いいたします。

《サービスの概要》

①食 事

- ・当施設では、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況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・下記の時間に限らず、ご本人に合わせて提供いたします。

・食事時間

朝食： 7：30～ 8：30
 昼食：12：00～13：00
 夕食：18：00～19：00

②入 浴

- ・入浴を週2回行います。但し、ご契約者の状況に応じ、入浴できない場合には清拭等を実施します。
- ・浴室にはご契約者が使用しやすいよう、一般浴室の他に要介護者のためのリフト浴・特殊浴槽・個浴を設けております

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健康管理

- ・看護職員が健康管理を行います。

⑥送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と当事業所間の送迎を行います。

⑦生活相談、その他自立への支援

- ・生活相談員による、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床した生活を送る事ができるよう援助します。
- ・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、適切な整容が行われるよう援助します。

《サービスの利用料金（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てサービス利用料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担額）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。）

①併設型短期入所生活介護費（Ⅱ）（1割負担の方）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 6,030円	要介護度2 6,720円	要介護度3 7,450円	要介護度4 8,150円	要介護度5 8,840円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,427円	6,048円	6,705円	7,335円	7,956円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	603円	672円	745円	815円	884円

①併設型短期入所生活介護費（Ⅱ）（2割負担の方）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 6,030円	要介護度2 6,720円	要介護度3 7,450円	要介護度4 8,150円	要介護度5 8,840円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,824円	5,376円	5,960円	6,520円	7,072円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	1,206円	1,344円	1,490円	1,630円	1,768円

①併設型短期入所生活介護費（Ⅱ）「3割負担の方」

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 6,030円	要介護度2 6,720円	要介護度3 7,450円	要介護度4 8,150円	要介護度5 8,840円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,221円	4,704円	5,215円	5,705円	6,188円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	1,809円	2,016円	2,235円	2,445円	2,652円

下記は上記基本料金に加算されます。()内は2割負担「 」内は3割負担の金額になります。

②機能訓練指導体制加算

(1日につき12円(24円)「36円」が利用料金に加算されます。)

③個別機能訓練加算

(1日につき56円(112円)「168円」が利用料金に加算されます。)

④送迎加算

(施設での送迎サービスを行った場合、片道1回につき184円(368円)「552円」が利用料金に加算されます。)

⑤緊急短期入所受入加算

(利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合で、短期入所生活介護を行った日から起算して7日(利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日)を限度として1日につき90円(180円)「270円」が利用料に加算されます。)

⑥療養食加算

(医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合、1回につき8円(16円)「24円」が利用料に加算されます。)

⑦夜勤職員配置加算Ⅲ

(夜勤を行う介護・看護職員の数が基準より1名以上配置しており、かつ、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している事で、1日につき15円(30円)「45円」が利用料金に加算されます。)

⑧看護体制加算

【Ⅰ】イ 常勤の看護師を1名以上配置している場合、1日につき4円(8円)「12円」が利用料金に加算されます。【Ⅱ】イ 看護職員数が基準を1名以上上回っており、医療機関との24時間連絡体制が確保されている場合、1日につき8円(16円)「24円」が利用料金に加算されます。)

(尚、上記の看護体制加算【Ⅰ】【Ⅱ】に加えて、利用者のうち要介護3以上の利用者を70%以上受け入れる事業所は【Ⅲ】12円(24円)「36円」、【Ⅳ】23円(46円)「69円」が利用料金に加算されます。)

⑨医療連携強化加算

(看護職員により定期的な巡視を行い、主治医と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行い、利用者から合意を得ている場合1日につき58円(116円)「174円」が利用料金に加算されます。)

⑩サービス体制強化加算Ⅰ

(介護職員のうち介護福祉士の資格者の占める割合が80%以上配置している場合、1日につき22円(44円)「66円」が利用料金に加算されます。)

⑪認知症専門ケア加算Ⅰ

(一定数以上の認知症高齢者、及び認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、利用者の総数のうち、認知症の日常生活自立度Ⅲ以上の入所者が5割以上を占め、認知症の日常生活自立度Ⅲ以上の者の場合は、1日につき3円(6円)「9円」が利用料金に加算されます。)

⑫認知症専門ケア加算Ⅱ

(認知症専門ケア加算Ⅰを満たし、認知症介護指導者の研修修了者を1人以上配置し、介護職員・看護職員ごとに研修計画を作成し実施している事で、1日につき4円(8円)「12円」の利用料金が加算されます。)

⑬長期利用者に対する減算

(連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合であって、指定短期入所生活介護を受けている利用者に対して、指定短期入所生活介護を行った場合、所定単位数から1日につき30円(60円)「90円」が減算されます。)

⑭介護職員処遇改善加算Ⅰ

(所定単位数にサービス加算率8.3%を乗じた額が加算されます。)

⑮介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ

(所定単位数にサービス加算率2.7%を乗じた額が加算されます)

⑯介護職員等ベースアップ等支援加算

(所定単位数にサービス加算率1.6%を乗じた額が加算されます)

(介護予防) 短期入所生活介護

①基本料金（1割負担の方）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1 4,510円	要支援2 5,610円
2. うち介護保険から給付される金額	4,059円	5,049円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	451円	561円

①基本料金（2割負担の方）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1 4,510円	要支援2 5,610円
2. うち介護保険から給付される金額	3,608円	4,488円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	902円	1,122円

①基本料金「3割負担の方」

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1 4,510円	要支援2 5,610円
2. うち介護保険から給付される金額	3,152円	3,927円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	1,353円	1,683円

下記は上記基本料金に加算されます。（ ）内は2割負担、「 」内は3割負担の金額になります。

②機能訓練指導体制加算

（1日につき12円（24円）「36円」が利用料金に加算されます。）

③個別機能訓練加算

（1日につき56円（112円）「168円」が利用料金に加算されます。）

④送迎加算

（施設での送迎サービスを行った場合、片道1回につき184円（368円）「552円」が利用料金に加算されます。）

⑤療養食加算

（医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合、1回につき8円（16円）「24円」が利用料金に加算されます。）

⑥サービス提供体制強化加算Ⅰ

（介護職員のうち介護福祉士の資格者の占める割合が80%以上配置している場合、1日につき22円（44円）「66円」が利用料金に加算されます。）

⑦認知症専門ケア加算Ⅰ

（一定数以上の認知症高齢者、及び認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、利用者の総数のうち、認知症の日常生活自立度Ⅲ以上の入所者が5割以上を占め、認知症の日常生活自立度Ⅲ以上の者の場合は、1日につき3円（6円）「9円」が利用料金に加算されます。）

⑧介護職員処遇改善加算Ⅰ

（所定単位数にサービス加算率8.3%を乗じた額が加算されます。）

⑨介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ

（所定単位数にサービス加算率2.7%を乗じた額が加算されます）

⑩介護職員等ベースアップ等支援加算

(所定単位数にサービス加算率 1.6%を乗じた額が加算されます)

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途にいただきます。(下記(2)②参照)

☆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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用金額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居室の利用料金

区分	利 用 料	備 考
従来型個室及び 多床室 居室 (負担限度額)	一日 855円	基準費用額
	一日 370円	利用者負担第3段階②
	一日 370円	利用者負担第3段階①
	一日 370円	利用者負担第2段階
	一日 0円	利用者負担第1段階

②食費の利用料金

区分	利 用 料	備 考
食費の基準費用額	一日 1,445円	基準費用額
	一日 1,300円	利用者負担第3段階②
	一日 1,000円	利用者負担第3段階①
	一日 600円	利用者負担第2段階
	一日 300円	利用者負担第1段階

※食費1日当たり1,445円(朝400円、昼500円、夕545円)となっております。

(ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日のお支払いいただく食費の上限となります。)

・当事業所では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に配慮した食事を提供します。(嗜好についてはできるだけ配慮しますが、基準額以上の希望については自己負担していただきます。)

③家電製品電気料

個人専用に限り、日額32円。

④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：要した費用の実費

⑤理 容・美 容

[理髪サービス]

月に4回、理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃)をご利用いただけます。

利用料金：理髪1,500円

[美容サービス] 実 費

⑥レクリエーション、クラブ活動(教養娯楽費)

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場合があります。

⑦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、実費をご負担していただくことがあります。

1枚につき 10円

⑧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、ご契約者にご負担していただくことが適当であるものにかかる費用をご負担していただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

⑨健康管理費 インフルエンザ予防接種 実費

(3) 利用料金のお支払い方法

前期(1)、(2)の料金・費用等は、1ヶ月(月末締め)ごとに計算しご請求いたします。支払方法は原則口座引き落としとしていますが、引き落とし以外でのお支払いを希望される方は以下のいずれかの方法となります。詳細は個別に相談させていただきます。(1ヶ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。)

ア. 口座引き落とし(毎月末日に引き落とし)

※引き落とし以外のお支払方法をご希望される場合は以下の通りです。

イ. 事務窓口で現金支払い(8:00 ~ 17:00)

ウ. 下記口座へ振り込み

青森銀行 浜館支店 普通預金 3014586

特別養護老人ホーム正寿園 園長 中井堅司

(4) 利用の中止・変更・追加について

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、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所に申し出てください。

○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、但しご契約者の著しい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10% (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、事業所の稼動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、他の利用可能な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) 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、原則的に事業所からご家族へ連絡し、ご家族によりかかりつけの医療機関へ受診していただいております。また、緊急を要する場合にはご家族の同意を得たうえで、下記の医療機関と連携し緊急搬送する場合があります。(ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障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	白取医院
所在地	青森市大字高田字川瀬 2 9 4 番地 9
診療科	内科

医療機関の名称	藤本クリニック
所在地	青森市大字大野字片岡 3 4 番地 3
診療科	脳神経外科、内科

医療機関の名称	あおもり協立病院
所在地	青森市東大野 2 丁目 1 番 1 0 号
診療科	内科、消化器科、循環器、呼吸器、神経内科、外科、精神科

医療機関の名称	青森新都市病院
所在地	青森市石江 3 丁目 1 番地
診療科	脳神経外科・内科、形成外科、整形外科、内科 リハビリテーション科、歯科口腔外科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	ふじもと歯科医院
所在地	青森市大字荒川字柴田 1 5 番地 2

6. 事業所を退所していただく場合 (契約終了について)

事業所との契約では契約が終了する期日(原則として要介護認定有効期間満了日まで)としております。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。

- | |
|---|
| <p>①ご契約者が死亡した時。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>⑤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。</p> <p>⑥ご契約者から退所の申し出があった場合 (詳細は以下を参照下さい。)</p> <p>⑦事業者から退所の申し出があった場合 (詳細は以下を参照下さい。)</p> |
|---|

(1) ご契約者からの退所の申し出があった場合（中途解約・契約解除）

ご契約者の有効期間であっても、ご契約者から利用契約の解除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。
- ③事業者若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。
- ④事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・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。
- ⑥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若しくは、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) 事業所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、本契約から解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、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。
- ②ご契約者及びそのご家族が、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。
- ③ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅滞し、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。
- ④ご契約者若しくはそのご家族又はその関係者が、故意または重大な過失により事業者及びサービス従事者、並びに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等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合、若しくは恐れがある場合。
- ⑤ご契約者が他の介護老人福祉施設等に入所、または医療機関へ入院した場合
- ⑥ご契約者が、病状・心身の状況等の著しい変化により医学的管理の必要性が増し、施設でのサービスが継続して適さないと判断した場合。
- ⑦ご契約者が症状、心身状態等が著しく悪化した事や、伝染性疾患、感染症等により他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れ等で、事業所でのサービスの提供は適さないと判断された場合。

(3) 契約の終了に伴う援助

ご契約者が、当事業所を退所される場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境などを勘案し、円滑な退所のため必要な援助を行うよう努めます。

7. 身元保証人

契約者は、契約時に契約者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元保証人を定めて頂きます。事業者が身元保証人に求める役割とは、①利用料金の支払に関する事、②緊急の連絡先に関する事、③ケアプランや医療行為への同意、④入院手続きや入院中に必要な物品に関する事、⑤入院費等に関する事、⑥退院支援に関する事、⑦遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事、となります。また、引渡しにかかる費用については、身元保証人にご負担頂きます。

8. 連帯保証人

連帯保証人となる方については、本契約から生じる契約者の債務について、極度額 50 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、契約者又は連帯保証人が亡くなった時に確定し、生じた債務についてご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、連帯保証人の方に利用料等の支払状況、滞納金の額、損害賠償の額等、契約者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

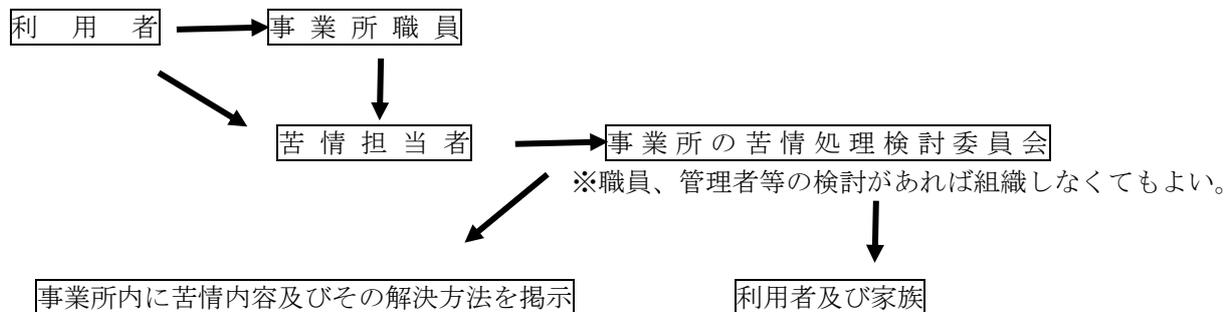
9. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付について

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おります。

- 苦情受付窓口 生活相談員
- 電話番号 017-738-3711
- 受付時間 毎週 月曜日～金曜日 8:00～17:00
また、苦情受付ボックスを正面玄関に設置しています。

(2) 苦情処理体制



(3) 行政機関その他苦情受付機関

青森市役所介護保険課	所在地 青森市新町1丁目3番7号 電話番号 017-734-5257 受付時間 8:30～18:00
国民健康保険団体連合会	所在地 青森市新町2丁目4-1 電話番号 017-723-1336 受付時間 9:00～17:00
青森県社会福祉協議会	所在地 青森市中央3丁目20-30 電話番号 017-723-1391 受付時間 9:00～17:00

(4) 第三者評価事業実施の有無 無し

10. 守秘義務・個人情報の保護について

- (1) 当事業所の職員及び職員であった者は、職員である間及び職員でなくなった後においても正当な理由なくその業務上知り得たご契約者及びご家族の情報を漏らしません。
- (2) 事業者は当事業所の職員及び職員であった者が、正当な理由なくその業務上知り得た秘密を漏らす事がないよう、職員との誓約書に盛り込むこととしています。
- (3) サービス担当者会議、医療機関等各関係機関からの依頼のあった①利用者の個人情報②利用者のご家族の個人情報を提供する場合には、あらかじめ同意を得た上でのみ行います。

11. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、過失の程度に応じ事業所は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。

契約者が故意又は過失により、事業所の施設又は設備・備品の利用につき通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要になった場合は、その費用を全額契約者が負担するものとします。

事業所は明白な責任が無い場合、損害賠償責任を負いません。

なお、当施設では下記の損害賠償保険会社と契約しております。

保険会社	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
------	------------------

1.2. 身体の拘束等

当事業所は原則としてご契約者に対して身体拘束、その他行動を制限する行為を廃止しております。ただし、当該ご契約者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため等、やむを得ず身体拘束を行う場合は、ご家族の同意を得た上で当施設のマニュアルに従い行うことがあります。

1.3. 褥瘡対策等

事業所は、ご契約者に対し良質なサービスを提供する取り組みの一つとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

1.4. 感染症対策等

感染症の発生又は蔓延しないように、感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。

1.5. 事故発生時の対応

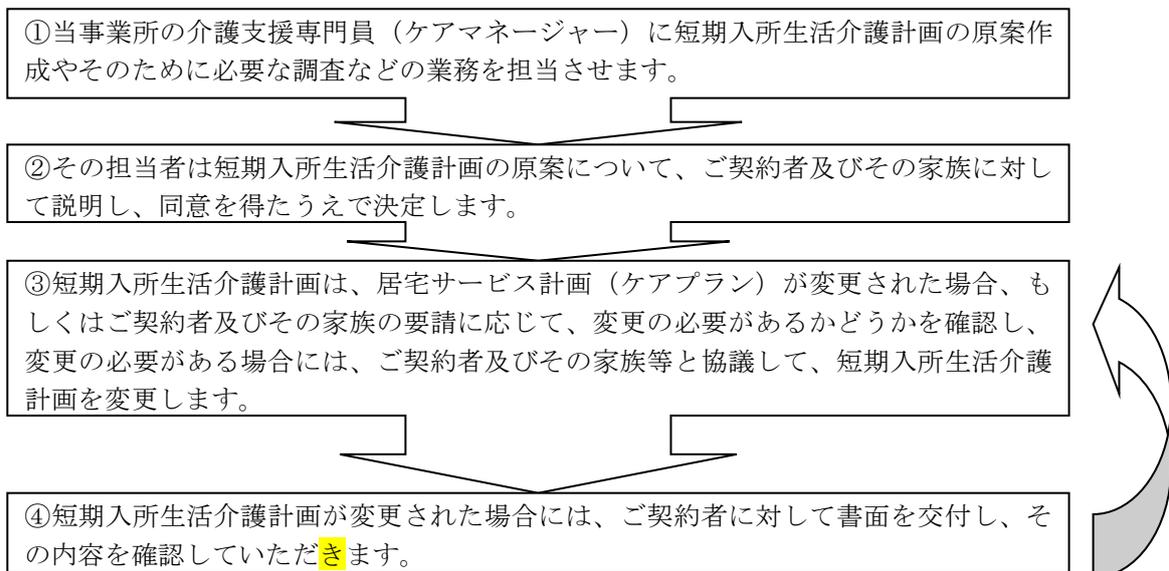
事業所は、サービス提供中に事故が起こった場合には、ご家族、協力病院、関係機関、介護支援専門員へ迅速に報告・連絡を行う等の必要な措置を講じ、協議して対応します。また、事故の状況及び事故に際してとった処理等について記録し、その原因を解明し再発を防止する対策を講じます。

1.6. 非常災害時の対応

非常災害時は、ご契約者の安全第一を優先し、迅速適切な対応（避難、二次災害の防止等）に努めます。また、災害に備えるため、年2回以上の防災訓練を行います。

1.7. 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。



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

①要介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 短期入所生活介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。(償還払い)

居宅サービス計画 (ケアプラン) の作成



- 作成された居宅サービス計画に沿って、短期入所生活介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金 (自己負担額) をお支払いいただきます。

②要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 短期入所生活介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。(償還払い)



要支援、要介護と認定された場合



- 居宅サービス計画 (ケアプラン) を作成していただきます。居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。



居宅サービス計画 (ケアプラン) の作成



- 作成された居宅サービス計画に沿って、短期入所生活介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金 (自己負担額) をお支払いいただきます。



自立と認定された場合



- 契約は終了します。
- 既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

18. 施設利用の留意事項

事業所のご利用にあたって、入所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。

(1) 持込の制限

- ・入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。
- ・生鮮食品（職員とご相談下さい）ペット等。また、場合によっては施設で管理させて頂く場合があります。

(2) 面会

面会時間 10:00～16:00

感染対策として面会希望者は事前予約を取り、所定の場所で1組2名まで30分以内とします。尚、看取りケア中の入居者はこの限りではありません。個別に相談の上対応いたします。

感染状況により変更となることがあります。

(3) 外出・外泊

- ・外出・外泊される場合は、事前に連絡をお願いします。

(4) 食事

- ・食事の提供を受けなかった場合には、食事自己負担分を請求いたしません。

(5) 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ご利用して下さい。
- ・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きます。
- ・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、必要な措置をと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。
- ・喫煙
施設内での利用者以外の喫煙は全面禁止となっております。
利用者の喫煙は所定の場所にて可能ですが、たばこ、ライター等は施設で管理させていただきます。

年 月 日

指定短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスの提供の開始にあたり、入所者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

【施設】

所在地 青森県青森市大字田茂木野字阿部野63番地2
施設名 特別養護老人ホーム正寿園
園長 中井堅司
指定番号 介護保険事業所番号0270100654
説明者職種 生活相談員

氏名 _____

私は、契約者及び本書面により、施設から介護福祉施設サービスについて重要事項の説明を受け同意しました。

契約者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

身元保証人1 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

身元保証人2 住所 _____
(1と別世帯者)

氏名 _____

続柄 _____

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記の場合に必要な最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握する為に必要な場合。
- (2) 上記（1）のほか、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整の為に必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又は怪我等で病院へ行った時、医師又は看護師に説明する場合。

2. 個人情報を利用する事業所

- (1) 利用されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3. 個人情報を使用する期間

介護サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件（介護サービス事業者の責務）

- (1) 個人情報の利用については、必要最低限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等その経過を記録すること。

以上

年 月 日

施設の名称 特別養護老人ホーム 正寿園
園長 中井 堅 司 殿

利用者 住所 _____

氏名 _____

利用者家族 住所 _____

氏名 _____