ふれ愛の家「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。
特別養護老人ホーム　ふれ愛の家
事業所番号　　２７７０１０１２４０

当事業所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1」「要支援2」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 3
４．当事業所が提供するサービスと利用料金 4
５．苦情の受付について 13

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　東光学園
（２）法人所在地　　大阪府堺市中区土塔町２０２８番地
（３）電話番号　　０７２－２３７－６１６１
（４）代表者氏名　　理事長 渡邉　純
（５）設立年月　　昭和２７年５月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
令和６年４月１日指定
堺介事第２８４０号
※当事業所は特別養護老人ホームふれ愛の家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は、介護保険法に伴い、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できるように支援することを目的とします。ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共有施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。

（３）事業所の名称　　特別養護老人ホーム　ふれ愛の家

建物の構造　　鉄骨鉄筋コンクリート造　地上３階

建物の延べ床面積　　４３１８．２０㎡

事業所の周辺環境　　児童養護施設に併設

（４）事業所の所在地　大阪府堺市中区土塔町２０２８番地

（５）電話番号　　０７２－２３７－１９７９

（６）事業所長（管理者）氏名　　梶山　尚也

（７）当事業所の運営方針　　利用者の身体的、精神的状態に応じた個別的な介護サースを提供しながら、利用者の意志を尊重し、自立支援を行うことを基本に介護サービス計画を作成します。

（８）開設年月　　平成８年３月２９日

（９）利用定員　　１６人

(10) 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 4 人部屋ですが、個室など他の種類の居室の利用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）	２４室	
多床室（4 人部屋）	１９室	
合　　計	４３室	１００名（特養入所を含む）
食堂	３室	
機能訓練室	１室	[主な設置機器] 訓練マット、肋木、交互滑車運動器等
浴室	４室	機械浴・特殊浴槽
医務室	１室	

※上記は、厚生省が定める基準により、指定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いただく費用はありません。

※老人介護福祉施設に併設のため兼用となります。

☆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

当事業所では、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	指定基準	備考
１．事業所長（管理者）	１名	
２．介護職員	３１名	常勤換算
３．生活相談員	１名	
４．看護職員	３名	常勤換算
５．機能訓練指導員	１名	
６．介護支援専門員	１名	
７．医師（精神科医含む）	必要数	
８．栄養士	１名	

上記の職員数は必要に応じて増員いたします。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の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
（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

※ 特養併設のため定員１００名に対する人員配置する。

〈配置職員の職種〉

介　護　職　員…ご契約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。
３名の利用者に対して１名の介護職員を配置しています。

生 活 相 談 員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
１名以上の生活指導員を配置しています。

看　護　職　員…主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
３名以上の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。
１名の機能訓練指導員を配置しています。

医　　師…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
１名の医師を配置しています。

栄　　養　　士…ご契約者に対して栄養管理した食事を調理し、提供します。

調　　理　　員　栄養士、調理員を配置しています。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤　務　体　制
１．医師	月・水・金　9:00～12:00、
２．介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝：　７：００～１６：００　　２名 日中：　８：００～１７：００　　２名 日中：　９：００～１８：００　　２名 遅出：１０：００～１９：００　　２名 遅出：１１：００～２０：００　　２名 夜間：１７：００～翌９：３０　　４名
３．看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出：　8：００～17：００　　1名 日中：　9：００～18：００　　2名
4、機能訓練指導員	日中：　9：００～18：００　　1名

☆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
（2）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

○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「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)

①当事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）に短期入所生活介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

②その担当者は短期入所生活介護計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

③短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、短期入所生活介護計画を変更

④短期入所生活介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

（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

○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。必要に応じて、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。

○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、ご契約者から聴取、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、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処置を講じます。

⑥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。

（３）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非該当と判定された場合
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（詳細は以下をご参照下さい。）
⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

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。

ただし、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、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、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

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。

（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（通常９割）が介護保険から給付されます。※居住費・食費については別途(自費)料金を頂きます。

〈サービスの概要〉

①食事

・当事業所では、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　7:30～8:30　　昼食　11:30～12:30　夕食　17:30～18:30

②入浴

・入浴又は清拭を週２回行います。

・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

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。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

基本料金　（１割負担）

【従来型個室】

１. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援１ 4,821 円	要支援２ 5,981 円
２. うち、介護保険から給付される金額	4,338 円	5,382 円
３. サービス利用に係る自己負担額（１－２）	483 円	599 円

【多床室】

１. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援１ 4,821 円	要支援２ 5,981 円
２. うち、介護保険から給付される金額	4,338 円	5,382 円
３. サービス利用に係る自己負担額（１－２）	483 円	599 円

＊基本料金には、サービス提供体制加算Ⅲ（6 単位）が含まれています。
＊２割負担の方はおよそ 2 倍、3 割負担の方はおよそ 3 倍の金額になります。
個別加算
【送迎加算】195 円　＊片道につき
　　＊送迎範囲（堺市および和泉市）
【若年性認知症利用者受入加算】127 円　＊１日につき
【処遇改善加算Ⅱ】　　所定単位数の 13.6%
＊地域加算として１単位＝10.55 円で算出しております。

☆ご契約者に提供する居室と食費に係る費用は別途いただきます。ただし、負担限度額認定を受けている場合については、認定証に記載している負担額とします。
☆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。

（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。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食事の提供（食費）　　※標準負担額の場合

ご契約者に提供する食事費にかかる自己負担額です。

料金：1 日あたり 1,445 円（朝食 265 円、昼食 600 円、夕食 580 円）

②居室の提供　(滞在費)　※標準負担額の場合

ご契約者に提供する滞在費にかかる自己負担額です。

料金：1 日あたり 1,231 円　(個室部屋)　　915 円(相部屋)

◇　当施設の滞在費・食費の負担額(特養入所者も含む)

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、ショートステイ(施設入所者も含む)の滞在費・食費の負担が軽減されます。利用者負担額は第 1～3 段階の方であり、具体的には、次のとおりです。

<table>
<tr><th rowspan="3">利用者負担額</th><th colspan="4">ご利用者負担額一覧(一日あたり)</th></tr>
<tr><th colspan="2">滞在費</th><th colspan="2">食費</th></tr>
<tr><th>基準額</th><th>負担額</th><th>基準額</th><th>負担額</th></tr>
<tr><td>第 1 段階
・生活保護受給者
・市民税世帯非課税の老年福祉年金受給者</td><td rowspan="3">個室
1,231 円

多床室
915 円</td><td>個室
380 円

多床室
0 円</td><td rowspan="3">朝食
265 円

昼食
600 円

夕食
580 円

計
1,445 円</td><td>300 円</td></tr>
<tr><td>第 2 段階
・市民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得額の合計 80 万円以下の方</td><td>個室
480 円

多床室
430 円</td><td>600 円</td></tr>
<tr><td>第 3 段階―①
・市民税非課税であって、利用者負担第 2 段階以外の方(課税年金収入 80 万円超 120 万円未満の方など)</td><td>個室
880 円

多床室
430 円</td><td>1,000 円</td></tr>
<tr><td>第 3 段階―②
・市民税非課税であって、利用者負担第 2 段階以外の方(課税年金収入 120 万円超 266 万円未満の方など)</td><td></td><td>個室
880 円

多床室
430 円</td><td></td><td>1,300 円</td></tr>
</table>

③理髪・美容

[理髪サービス]

月１回、理容師の出張による理髪サービス(調髪・顔そり)をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 2,000 円（(顔そり 600 円別）

［美容サービス］

月１回、美容師の出張による美容サービス（調髪、顔そり）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたりパーマ 6,500 円　カラー4,300 円

④ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ、ｸﾗﾌﾞ活動

ご契約者の希望によりﾚｸﾘｴｰｼｮﾝやｸﾗﾌﾞ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きます。

⑤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いただきます。(1 枚につき　　１０円)

⑥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、ご契約者に個別に対応するものにかかる費用については負担していただきます。

日用品費　　実費

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。

※持ち込み物品の制限

利用にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

着替え、日用品等、日常生活に必要なもの

注：紛失防止のため所持品には、必ず氏名のご記入をお願いします。

現金、貴重品の保証は致しかねます。

（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か月ごとに計算しに、契約者はこれを翌月の２２日までに事業者が指定する方法で支払うものとします。基本的に契約書で定めた方法によるお支払いとなります。

●金融機関口座からの自動引き落とし 金融機関、郵便局でご利用になれます。

（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、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者と担当ケアマネ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５０％ （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） 施設・設備の使用上の注意（契約書第１２条参照）

○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。

（６）喫煙

○事業所外の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

（７）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。）又、特定の疾患により指定の医療機関がありましたら、お知らせ下さい。（但し、緊急時の対応はこの限りではありません。）

なお、医療機関での診療におけるご契約者の送迎、付き添い等については、ご家族等で対応していただいております。

①協力医療機関

医療機関の名称	ベルランド総合病院
所在地	堺市中区東山５００－３
ＴＥＬ	０７２－２３４－２００１
医療機関の名称	堺平成病院
所在地	堺市中区深井沢町 6-13
ＴＥＬ	０７２－２７８－２４６１
医療機関の名称	阪和第２泉北病院
所在地	堺市中区深井北町３１７６
ＴＥＬ	０７２－２７７－１４０１
医療機関の名称	馬場記念病院
所在地	堺市西区浜寺船尾町東４－２４４
ＴＥＬ	０７２－２６５－５５５８

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	れんげクリニック
所在地	大阪市住吉区長居東 3-15-26
ＴＥＬ	０６－６５３６－３７８１

（８） サービス利用中の金品の授受について

利用者間や職員への金品の授受は、禁止します。利用者間で問題が生じた場合においても事業所では、一切責任をとりません。

（９）診断書の提出依頼について

初回のご利用の際には、医師の診断書を提出して頂きます。継続して利用されている場合でも利用者の健康状態により、提出して頂く場合があります。

（１０）衛生管理について

入所者の使用する施設、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、衛生上必要な措置を講じます。介護福祉施設において感染症が発症し、または蔓延しないように必要な措置を講ずるものとします。

5. 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う短期入所生活介護の提供により、事故が発生した場合には速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うと共に必要な処置を講じます。

また、当事業所が利用者に対して行った短期入所生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

６．緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

７．非常災害対策について

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震などに対処する計画を作成し、防火管理者または、火気・消防などについての責任者を定め、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行なうものとします。

８．損害賠償について（契約書第１３条、第１４条参照）

当事業所において、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。）

ただし、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。

9. 苦情の受付について（契約書第 21 条参照）

（1）苦情処理の体制及び手順

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用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。

相談担当者は、把握した状況を管理者と共に検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。

対応内用に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します）

（2）当事業所における苦情の受付

当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。

○苦情解決責任者　　施設長　梶山　尚也

○苦情受付窓口（担当者）　　前岡　宏明

ＴＥＬ　２３７－１９７９・ＦＡＸ　２３５－７８５７

○受付時間　　毎週月曜日～金曜日

９：００～１７：００

また、苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

（３）行政機関その他苦情受付機関

堺市　介護保険課	所在地　　堺市堺区南瓦町３－１ 電話番号　２２８－７５１３・ＦＡＸ　２２８－７８５３ 受付時間　月～金曜日　　９：００～１７：１５
堺市中区　地域福祉課 堺市堺区　地域福祉課 堺市東区　地域福祉課 堺市西区　地域福祉課 堺市南区　地域福祉課 堺市北区　地域福祉課 堺市美原区　地域福祉課	所在地　　堺市中区深井沢町２４７０－７ 電話番号　　０７２－２７０－８１９５ 所在地　　堺市堺区南瓦町３－１ 電話番号　　０７２－２２８－７５２０ 所在地　　堺市東区日置荘原寺町１９５－１ 電話番号　　０７２－２８７－８１１２ 所在地　　堺市西区鳳東町６丁６００ 電話番号　　０７２－２７５－１９１２ 所在地　　堺市南区桃山台１丁１－１ 電話番号　　０７２－２９０－１８１２ 所在地　　堺市北区新金岡町５丁１－４ 電話番号　　０７２－２５８－６６５１ 所在地　　堺市美原区黒山１６７－１ 電話番号　　０７２－３６３－９３１６ 受付時間　　月～金曜日　　９：００～１７：００
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　TEL　06-6949-5418　FAX　06-6949-5417 受付時間　　９：００～１７：００

10. 高齢者虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・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）　利用者の人権擁護・虐待の防止等の観点から、虐待の発生またはその再発を防止するための指針を整備します。

（２）　虐待防止に関する責任者を選定し、虐待防止委員会を年２回以上開催します。

（３）　研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。

（４）　個別支援計画の作成等、適切な支援の実施に努めます。

（５）　従業者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、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

１１．身体拘束について

身体拘束は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、入所者の生活の質を根本から損なう危険を有している為、身体拘束をしない取り組みを行なうこととします。

入所者の安全を確保する観点からやむを得ない状態にある時には、切迫性・非代替性・一時的という要件を満たす場合に限り身体拘束を行ないます。

但し、身体拘束委員会において協議し、入所者本人、家族に対して身体拘束の内容・目的・理由・拘束の時間・期間を説明し、十分な理解を得ることとします。

12. 秘密保持と個人情報保護（使用同意など）

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えた利用者の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。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。

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、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ん。

当施設においては、個人情報の保護の観点から、保有する個人情報の適正な取扱いの確保に関し必要な事項を定めることにより、本会の事業の適正かつ円滑な運営を図りつつ、個人の権利利益を保護することを規定により定めます。

ふれ愛の家個人情報保護規程福祉、介護、医療業務に関する個人情報取扱業務概要説明書

ふれ愛の家　個人情報保護規程第５条の規定に基づく、福祉、介護、医療業務　（以下「本業務」という。）にかかわる個人情報の種類等についての規定は、下記のとおりである。

個人情報の種類 （本業務にかかわって取得・利用する個人情報）	本業務事業利用者入所者に関する事項、入所者の診療に関する事項、料金の支払い、請求に関する事項、保険事務に関する事項 介護業務、医療業務、相談業務に関する事項
個人情報の利用目的	本業務による介護、医療サービスの提供を適正かつ円滑に行うこと、利用者の日常生活の支援、健康管理、福祉の向上を図ることを目的とする。
個人情報の利用・提供方法	１）事業所内での利用 １、利用者に提供する介護、医療サービス ２、介護、医療保険事務 ３、利用料金の請求、支払いに関する業務 ４、介護事故、医療事故などの報告 ５、利用者への介護、医療サービスの向上 ６、事業所内実習への協力 ７、その他利用者に係る管理運営業務 ２）事情所外への情報提供としての利用 １、他の事業所、医療機関、薬局、介護サービス事業所、福祉施設、などとの連携 ２、他の医療機関、介護サービス事業所、福祉施設などからの照会への回答 ３、利用者がサービス利用のため、外部の専門職などの意見、助言を求める場合 ４、検査業務などの業務委託 ５、ご家族への状態説明、家族会活動への情報提供 ６、審査支払機関へのレセプトの提出 ７、審査支払機関または、保険者からの照会への回答 ８、賠償責任保険などに係わる、介護、医療に関する専門の団体や保険会社などへの相談または届け出等

	９、その他利用者への介護、医療事務に関する利用 ３）その他の利用 外部監査機関への情報提供
その他の情報	本事業担当者が、上記情報の取得その他の機会において、本事業利用者から相談を受けた事項は、本人の同意のない限りは、本事業担当者以外には、伝えてはならない。
個人情報保護担当者	施設長　梶山　尚也
本事業における苦情対応担当者	苦情相談窓口　前岡　宏明

※個人情報の開示・訂正・更新・利用中止・削除等への対応

本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用中止・削除等の申し出がある場合には速やかに対応いたします。

これらを希望される場合には、ふれ愛の家　TEL０７２－２３７－１９７９　までお問い合わせください。

13. 第三者評価の実施状況　　（有 ・ 無）

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施設　　特別養護老人ホーム　ふれ愛の家

説明者職名　　氏名　　印

私は、本書面に基づいて事業者から指定介護予防短期入所生活介護サービスの重要事項の説明を受けました。

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代筆者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）印

代理人　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印