

**特別養護老人ホームヴァンサンク東住吉**  
**【介護予防短期入所生活介護重要事項説明書】**

(目 次)

**介護予防短期入所生活介護重要事項説明書**

1	事業者（法人）の概要	・・・ P 2
2	事業所（ご利用施設）	・・・ P 2
3	事業の目的及び運営方針	・・・ P 2
4	事業所の概要	・・・ P 3
5	事業所の職員体制	・・・ P 4
6	職員の勤務体制	・・・ P 4
7	短期入所生活介護の内容と費用	・・・ P 5
8	利用料等のお支払い方法	・・・ P 10
9	サービス内容に関する苦情等相談窓口	・・・ P 10
10	非常災害時の対策	・・・ P 11
11	協力医療機関等	・・・ P 12
12	事業所の利用にあたっての留意事項	・・・ P 12
13	利用者へのお願い	・・・ P 13
14	虐待防止について	・・・ P 13
15	身体拘束その他の行動制限について	・・・ P 13
16	緊急時の対応について	・・・ P 14
17	事故発生時の対応について	・・・ P 14

# 特別養護老人ホームヴァンサンク東住吉 介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

## 1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 嘉 誠 会
代 表 者 名	理事長 山本 真澄
所在地、連絡先	(住 所) 〒546-0013 大阪市東住吉区湯里 2 丁目 5 番 8 号 (電 話) 06-6760-7011 (FAX) 06-6760-7012

## 2 事業所（ご利用施設）

施 設 の 名 称	特別養護老人ホーム ヴァンサンク東住吉
所在地・連絡先	(住 所) 〒546-0013 大阪市東住吉区湯里 5 丁目 1 3 番 5 号 (電 話) 06-6760-7011 (FAX) 06-6760-7012
事 業 所 番 号	2770803068
施設長の氏名	北口 慎一郎

## 3 事業の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

特別養護老人ホームヴァンサンク東住吉は、介護保険法等の関係法令及びこの契約に従い、本施設において、利用者がその有する能力に応じて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するとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目的として施設サービスを提供し、利用者の療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

### (2) 運営方針

事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その居宅において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、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

2 事業の実施に当たっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

### (3) その他

事 項	内 容
介護予防短期入所生活介護計画の作成及び事後評価	相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用者及びご家族の直面している課題等を評価し、利用者及びご家族の希望を踏まえて、介護予防短期入所生活介護計画を作成し、利用者又はその家族に対し説明いたします。また、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。
従業員研修	従業員採用後6ヶ月以内に採用時研修を行っています。 年1回従業員の継続研修を行っています。

## 4 事業所の概要

### (1) 構造等

敷地		1915.98 m <sup>2</sup>
建物	構造	鉄筋コンクリート造 地上6階（耐火建築）
	延べ床面積	4422.47 m <sup>2</sup>
	利用定員	100名（入所90名、短期入所10名）

### (2) 居室

居室の種類	室数	面積	備考
1人部屋 居室の種類	2室	13.35 m <sup>2</sup>	ナースコール設置
	4室	13.41 m <sup>2</sup>	ナースコール設置
	4室	13.72 m <sup>2</sup>	ナースコール設置

### (3) 主な設備

設備	室数	面積	備考
共同生活室	1室	21.26 m <sup>2</sup>	
特殊浴室	1室	29.25 m <sup>2</sup>	特殊浴槽1台設置
一般浴室	1室	6.34 m <sup>2</sup>	
脱衣室	1室	4.63 m <sup>2</sup>	
医務室	1室	14.75 m <sup>2</sup>	
トイレ	6カ所		

### (4) 通常の送迎の実施地域

大阪市東住吉区・大阪市阿倍野区・大阪市住吉区  
大阪市平野区の一部（瓜破1～7丁目、瓜破西1～3丁目、瓜破東1～8丁目、喜連1～7丁目、喜連西1～6丁目、喜連東1～5丁目、背戸口1～5丁目、長吉川辺1～2丁目、長吉出戸1～6丁目、長吉長原1～4丁目、長吉長原西1～4丁目、流町1～4丁目、西脇1～4丁目、平野市町3丁目、平野上町1～2丁目、平野西1～6丁目、平野馬場2丁目、平野東1～4丁目、平野本町1～5丁目、平野南1～4丁目、平野宮町1～2丁目、平野元町）の区域

## 5 事業所の職員体制

	常 勤	非 常 勤	合 計
医 師	1 名		1 名
看護職員	1 名		1 名
介護職員	3 4 名		3 4 名
支援相談員	1 名		1 名
機能訓練指導員	1 名		1 名
管理栄養士	1 名		1 名
介護支援専門員	1 名		1 名
事務職員	必要数		必要数

## 6 職員の勤務体制

＜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	従事するサービス種類、業務	最低人員基準
施設長（管理者）	施設の業務を統括する。施設長に事故あるときは、事務長が施設長の職務を代行する。	1 名
事務員	施設の庶務及び会計事務に従事する。	必要数
生活相談員	利用者の入退所、生活相談及び援助の企画立案・実施に関する業務に従事する。	1 名
介護支援専門員	利用者の介護支援に関する業務に従事する。	1 名
介護職員	利用者の日常生活の介護、相談及び援助の業務に従事する。	3 4 名
看護職員	利用者の看護、保健衛生の業務に従事する。	1 名
機能訓練指導員	利用者の機能回復、機能維持に必要な訓練及び指導に従事する。	1 名
栄養士（管理栄養士）	給食管理、利用者の栄養マネジメントに従事する。	1 名
医師	利用者の診療及び保健衛生の管理指導の業務に従事する。	必要数

※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施設における常勤職員の所定勤務時間数（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。

## <主な職種の勤務体系>

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	水曜日： 9：30～12：00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早 出： 7：15～16：15 1名 遅 出： 11：00～20：00 1名 夜 勤： 16：00～ 9：30 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤： 8：30～17：30 必要数
4. 機能訓練指導員	月～金： 8：30～17：30 1名

◎土日は上記と異なります。

## 7 介護予防短期入所生活介護の内容と費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### ① サービス内容

種 類	内 容								
食 事	<table border="1"> <tr> <td>食 事 時 間</td> <td>朝 食 8時00分～ 9時00分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>昼 食 12時00分～13時00分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>おやつ 15時00分～15時30分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>夕 食 18時00分～19時00分</td> </tr> </table> <p>管理栄養士を配置して、医師・看護師・介護支援専門員等の職員と連携して利用者の身体状況や嚥下状態等に配慮した食事を提供します。</p>	食 事 時 間	朝 食 8時00分～ 9時00分		昼 食 12時00分～13時00分		おやつ 15時00分～15時30分		夕 食 18時00分～19時00分
食 事 時 間	朝 食 8時00分～ 9時00分								
	昼 食 12時00分～13時00分								
	おやつ 15時00分～15時30分								
	夕 食 18時00分～19時00分								
健康管理	医師や看護職員が、健康管理を行います。 必要に応じて、協力病院等への外来受診も配慮します。								
介護	利用者の病状、心身の状況に応じ、日常生活の充実に資するように適切な介護を行います。								
入 浴	週に2回入浴していただけます。ただし身体状態に応じて、特別浴・個浴または清拭のみとなります。(入浴日が決まっておりますので、ご利用の間、利用できないもしくは1回の入浴になる可能性がございます)								
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。								
離床、着替え 整容等	寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。								
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。 お気軽にご相談ください。								
送 迎	利用者の心身の状態、ご家族等の事情等から見て送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。								

② 費用

ア 施設利用料

【別紙】参照

イ 加算料金

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

送迎加算	送迎を行った場合 <b>片道 200円</b> が加算されます。
看護体制加算	看護職員の配置数が厚生労働大臣が定める基準に適合している場合、 <b>1日につき13円又は25円</b> が加算されます。
療養食加算	利用者の病状等に応じて医師により疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食等を提供した場合 <b>1回につき9円</b> を請求させていただきます。
緊急短期入所 受入加算	厚生労働大臣が定めた必要性等のある場合に、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない緊急のご利用については7日（日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむをえない事情がある場合には14日）を限度として、 <b>1日につき98円</b> を加算します。
夜勤職員配置加算	夜勤を行う看護・介護職員の数が厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合は、 <b>1日につき22円 又は 20円</b> が加算されます。
認知症行動・心理症状 緊急対応加算	認知症の行動や心理症状が医師により認められ、在宅での生活が困難であり緊急利用した場合に、7日間を限度として、 <b>1日につき218円</b> が加算されます。
若年性認知症 受入加算	若年性認知症の方が短期生活入所生活介護のサービスを受けた場合は、 <b>1日につき131円</b> が加算されます。
サービス提供体制 強化加算	介護福祉士の占める割合、又は常勤職員の占める割合、或いは一定の勤続年数を有する職員の占める割合等、厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、 <b>1日につき24円、20円 又は 7円</b> が加算されます。
介護職員 処遇改善 加算  (令和6年5月末まで)	厚生労働大臣が定める基準に適合した介護職員の処遇改善を実施しているものとして都道府県知事に届け出た場合、所定単位数の <b>1000分の83に、又は1000分の60、又は1000分の33</b> に相当する単位数を加算します。  ※令和6年6月より介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ支援加算については、介護職員等処遇改善加算に一本化になります。
介護職員等 特定処遇 改善加算  (令和6年5月末まで)	厚生労働大臣が定める基準に適合したキャリアのある介護職員に対し、更なる処遇の改善を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た場合、所定単位数の <b>1000分の27又は1000分の23</b> に相当する単位数を加算します。  ※令和6年6月より介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ支援加算については、介

	<p>護職員等処遇改善加算に一本化になります。</p>
<p>介護職員等ベースアップ等支援加算 (令和6年5月末まで)</p>	<p>厚生労働大臣が定める基準に適合した場合、所定単位数の<u>1000分の16</u>に相当する単位数を加算します。</p> <p>※令和6年6月より介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ支援加算については、介護職員等処遇改善加算に一本化になります。</p>
<p>介護職員等処遇改善加算 (令和6年6月以降)</p>	<p>厚生労働大臣が定める基準に適合した介護職員の処遇改善を実施しているものとして都道府県知事に届け出た場合、所定単位数の<u>1000分の140に、又は1000分の136、又は1000分の113、又は1000分の90</u>に相当する単位数を加算します。</p> <p>※令和6年6月より介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ支援加算が、介護職員等処遇改善加算に一本化になります。</p>
<p>機能訓練指導体制加算</p>	<p>機能訓練指導員の職務に従事する配置数等、厚生労働大臣が定める基準に適合している場合、<u>1日につき13円</u>が加算されます。</p>
<p>生活機能向上連携加算</p>	<p>外部のリハビリテーション専門職が、施設に訪問し、施設職員と連携して計画的に機能訓練を実施する場合は、<u>1月につき218円</u>（個別機能訓練加算を算定している場合は<u>1月につき109円</u>）が加算されます。</p>
<p>認知症専門ケア加算</p>	<p>厚生労働大臣が定める条件を満たし、認知症ケアを実施している場合は、<u>1日につき3円又は4円</u>が加算されます。</p>
<p>看取り連携体制加算</p>	<p>看護体制加算（Ⅱ）を算定しているか、看護体制加算（Ⅰ）を算定し、かつ短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していて、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ている場合、死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度として、<u>1日につき70円</u>を加算します。</p>
<p>口腔連携強化加算</p>	<p>事業所が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、厚生労働大臣の定める歯科訪問診療の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決め、事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、<u>1月に1回に限り544円</u>を加算します。</p>

生産性向上推進体制 加算	見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、業務改善 取組による効果を示すデータを監督官庁に提出するなどの 厚生労働大臣の定める基準を満たした生産性向上に向けた 改善活動を行っている場合、 <u>1月につき 109円 又は 11円 又は この両方である 120円</u> を加算します 。
-----------------	--



(2) 介護保険給付対象外サービス

居 住 費	2, 200円/日 (税込)			
食 費	朝 食300円/日(税込), 昼 食(おやつ含)770円/日(税込), 夕 食630円/日(税込)			
地域外送迎料	4 (4) に定める通常の事業の実施地域を越えて行う介護予防短期入所生活介護の送迎を行った場合は、片道1kmごとに500円を頂きます。			
※居住費・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居住費・食費を負担限度額とします。				
理 容 ・ 美 容 額	カット	2, 600円/回 (税込)	パーマ	3, 700円/回 (税込)
	顔剃り	700円/回 (税込)	毛染め	3, 700円/回 (税込)
特別な食事	実 費 (税込)			
	基本食事サービス費の費用の額ではご提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行うなど、その内容が通常の基本食事サービス費の費用の額を超えた必要な費用			
文 書 料	各種診断書等 3, 300円/通 (税込) 上記以外 1, 100円/通 (税込)			
レクレーション・行事費	レクレーションや季節の行事等に参加された場合の必要実費費用			
電気料金	居室内にテレビをお持込になった場合。 33円/日 (税込)			
複写物(コピー)の交付	サービス提供記録等について、その複写物(コピー)を必要とする場合。10円/1枚(税込)			
その他の費用	料金を掲示したもの以外に、利用者からの依頼により購入する日常生活品等、ご利用者に負担頂くことが適当と認められる費用については実費を徴収します。施設で洗濯できないクリーニング、クラブ活動費、契約終了時の残置物処分費用、ご利用者様専用の日用品など。			

(3) キャンセル料

利用者のご都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日(午後3時)までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日(午後3時)までに連絡がなかった場合	居住費・食費相当分

(4) 利用料金などの変更について

介護保険制度の改正や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ヶ月前までにご説明します。

## 8 利用料等のお支払い方法

毎月、15日までに「7 介護予防短期入所生活介護の内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書によりご請求いたしますので、毎月末日にご指定の口座より、下記口座へ引落し致します。ご入金確認後、領収書を発行いたします。

引落受入れ口座 ゆうちょ銀行 振替口座番号 00920-4-159295 名 義 社会福祉法人嘉誠会
---

## 9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設 相談窓口	窓口担当者	生活相談員		
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時00分		
	ご利用方法	電話06-6760-7011		
	面 接	お気軽にご相談ください	ご意見箱	1階玄関前に設置

大阪市の相談窓口	所在地	大阪府中央区船場中央3丁目1番7-331号		
大阪市福祉局 高齢者施策部介護保険課	電話番号	06-6241-6310		
	F A X	06-6241-6608		
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時30分		
大阪市の相談窓口	所在地	大阪府阿倍野区旭町1丁目2番7号1000号		
公的団体の相談窓口	所在地	大阪府中央区常盤町1丁目3番8号		
大阪府国民健康保険 団体連合会	電話番号	06-6949-5418		
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時00分		
区役所の相談窓口	所在地	大阪府東住吉区東田辺1丁目13番4号		
東住吉区保健福祉課 福祉・介護保険グループ	電話番号	06-4399-9859		
	F A X	06-6622-9999		
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時30分		

その他区役所の相談窓口	郵便番号	所在地	電話番号	F A X
北区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	530-8401	大阪府北区扇町2-1-27	06-6313-9859	06-6362-3821
都島区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	534-8501	大阪府都島区中野町2-16-20	06-6882-9859	06-6352-4558
福島区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	553-8501	大阪府福島区大開1-8-1	06-6464-9859	06-6462-0792
此花区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	554-8501	大阪府此花区春日出北1-8-4	06-6466-9859	06-6462-0942
中央区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	541-8518	大阪府中央区久太郎町1-2-27	06-6267-9859	06-6264-8283
西区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	550-8501	大阪府西区新町4-5-14	06-6532-9859	06-6538-7319
港区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	552-8510	大阪府港区市岡1-15-25	06-6576-9859	06-6572-9514
大正区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	551-8501	大阪府大正区千島2-7-95	06-4394-9859	06-6553-1986
天王寺区保健福祉センター保険福祉課（介護保	543-8501	大阪府天王寺区真法院町20-33	06-6774-9859	06-6772-4904
浪速区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	556-8501	大阪府浪速区敷津東1-4-20	06-6647-9859	06-6644-1937

西淀川区保健福祉センター保険福祉課（介護保	555-8501	大阪市西淀川区御幣島1-2-10	06-6478-9859	06-6477-0635
淀川区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	532-8501	大阪市淀川区十三東2-3-3	06-6308-9859	06-6885-0537
東淀川区保健福祉センター保険福祉課（介護保	533-8501	大阪市東淀川区豊新2-1-4	06-4809-9859	06-6327-1920
東成区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	537-8501	大阪市東成区大今里西2-8-4	06-6977-9859	06-6972-2781
生野区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	544-8501	大阪市生野区勝山南3-1-19	06-6715-9859	06-6717-1160
旭区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	535-8501	大阪市旭区大宮1-1-17	06-6957-9859	06-6952-3247
城東区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	536-8510	大阪市城東区中央3-5-45	06-6930-9859	06-6932-0979
鶴見区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	538-8510	大阪市鶴見区横堤5-4-19	06-6915-9859	06-6913-6235
阿倍野区保健福祉センター保険福祉課（介護保	545-8501	大阪市阿倍野区文の里1-1-40	06-6622-9859	06-6621-1412
住之江区保健福祉センター保険福祉課（介護保	559-8601	大阪市住之江区御崎3-1-17	06-6682-9859	06-6686-2040
住吉区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	558-8501	大阪市住吉区南住吉3-15-55	06-6694-9859	06-6692-5535
平野区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	547-8580	大阪市平野区背戸口3-8-19	06-4302-9859	06-6700-0190
西成区保健福祉センター保険福祉課（介護保険）	557-8501	大阪市西成区岸里1-5-20	06-6659-9859	06-6659-9468

## 10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームヴァンサンク東住吉消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「特別養護老人ホームヴァンサンク東住吉消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉	あり
	避難階段	あり	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	あり		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	大阪市東住吉消防署への届出をしております。 防火管理者：尾崎 新之介			

## 1 1 協力医療機関等

医療機関	名称	医療法人橘会 東住吉森本病院	病床数：329床
	住所 電話	大阪市東住吉区鷹合3丁目2番66号 06-6606-0010	診療科目 内科・外科・循環器内科・消化器内科・脳神経外科・消化器外科・心臓血管外科・形成外科・整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科・放射線診断科・病理診断科・救急科・麻酔科
歯科	名称	医療法人嘉誠会 山本医院	病床数：無床
	住所 電話	大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号 06-6704-2982	診療科目 外科・胃腸科・肛門科・リハビリテーション科・整形外科・放射線科
歯科	名称	山本歯科医院	病床数：無床
	住所 電話	大阪市東住吉区湯里2丁目5番10号 06-6797-2202	歯科

## 1 2 事業所の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・来訪者は、面会時間を遵守し、必ず1階事務所受付にて面会簿にご記帳頂き、その都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。面会時間：午前9時～午後5時30分</li> </ul>
外出・外泊	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外泊、外出の際には必ず外泊・外出届に必要な事項を記入の上、事前に職員に申し出てください。</li> </ul>
他の医療機関への受診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の判断のもと、充分にご理解いただき、必要に応じて受診していただきます。</li> <li>・受診に際しては診療情報提供書のもとに行いますので他の医療機関へ受診を希望される場合は事前に施設へご相談下さい。</li> </ul>
設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。</li> </ul>
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙は決められた場所以外ではお断りします。</li> <li>・原則として飲酒はできません。</li> </ul>
外部からの食事の持込	<ul style="list-style-type: none"> <li>・O-157やノロウイルス等の食中毒を予防する観点から、弁当や出前等の食事を外部から施設内に持ち込むことはご遠慮ください。</li> </ul>
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。</li> </ul>
所持品の管理 現金等の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、自己の責任のもと、管理していただきます。</li> <li>・貴重品は持ち込まないでください。</li> </ul>
宗教活動 政治活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。</li> </ul>
動物飼育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。</li> </ul>

そ の 他	・この重要事項説明書の内容に関する変更等が生じた場合には、別途文書により変更内容を明記したうえ契約を更新します。
贈り物	・ご利用者様、ご家族様から施設及び職員への贈り物などはご遠慮下さい。
お願い	施設利用中、職員は利用者にサービス計画に基づき可能な限りの支援をさせていただきますが、転倒等の危険予知には限界があることをご理解、ご了承下さい。

### 1 3 利用者へのお願い

- ◎ サービス利用の際には、居宅支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）に相談の上、下記の書類を揃えて、ヴァンサンク東住吉にお申込み下さい。

（提出必要書類）

1. 短期入所生活介護利用申込書 1 通（ヴァンサンク東住吉指定）
2. 「ご家庭から施設への連絡事項」 1 通（ヴァンサンク東住吉指定）
3. 介護保険被保険者証（写し）
4. 介護保険負担限度額認定証（写し）所持されている方のみ
5. 健康保険被保険者証（写し）
6. 後期高齢者医療被保険者証（写し）
7. 一部負担相当額等一部助成証明書（写し）所持されている方のみ
8. 身体障害者手帳、障害者手帳、公害手帳、（写し）所持されている方のみ
9. 診療情報提供書 1 通（写し可）

- ◎ サービスの利用にあたっては、利用を希望する期間の初日の 2 ヶ月前から、利用する期間を明示して申し込むことができます。

（上記の提出必要書類 #1「短期入所生活介護利用申込書」にご記入下さい。）

### 1 4 虐待防止について

当施設は、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 施設長 尾崎 新之介
- （2）成年後見制度の利用を支援します。
- （3）虐待等に対する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。

### 1 5 身体拘束その他の行動制限について

本施設は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しません。本条における「緊急やむを得ない場合」とは、次の本項①～③の「例外 3 原則」をすべて満たし、本条 2 項記載の手続きのもと行う場合に限りま

### [例外3原則]

- ①切迫性：本人やほかの利用者等の生命、身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- ②非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代わりになる介護方法がないこと
- ③一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

2 本施設が利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限する場合は、利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するとともに、事前又は事後速やかに、利用者の後見人又は利用者の家族（利用者に後見人がなく、かつ身寄りがない場合には身元引受人）に対しても、利用者に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。

また、実際に利用者に対し前述の行動制限を行った場合は、施設サービスの提供に関する書類に次の事項を記載し、原則利用者又は利用者の後見人若しくはその家族（利用者に後見人がなく、かつ身寄りがない場合には身元引受人）の同意を得るものとします。

- ①利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
- ②前項に基づく利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
- ③前項に基づく利用者の後見人又は利用者の家族（利用者に後見人がなく、かつ身寄りがない場合には身元引受人）に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

## 16 緊急時の対応について

当施設は、介護予防短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ定めた医療機関及び家族、担当の介護支援専門への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

## 17 事故発生時の対応について

当施設が利用者に対して行う介護保険サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、担当介護支援専門員、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当施設の介護保険サービスの提供に伴って本施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、本施設は利用者に対して速やかに損害を賠償するものとします。

【別紙】

施設利用料（要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。）  
 ※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。  
 ※下表には、加算料金は含まれておりません。

《1割負担の場合》

要介護度（日額：円）	要支援1	要支援2
サービス費（10割）	5,756円	7,137円
サービス費保険給付（9割）	5,180円	6,423円
サービス費自己負担（1割）	576円	714円
居住費	2,200円	2,200円
食費	1,700円	1,700円
<b>自己負担合計</b>	<b>4,476円</b>	<b>4,614円</b>

《2割負担の場合》

要介護度（日額：円）	要支援1	要支援2
サービス費（10割）	5,756円	7,137円
サービス費保険給付（8割）	4,605円	5,710円
サービス費自己負担（2割）	1,151円	1,427円
居住費	2,200円	2,200円
食費	1,700円	1,700円
<b>自己負担合計</b>	<b>5,051円</b>	<b>5,327円</b>

《3割負担の場合》

要介護度（日額：円）	要支援1	要支援2
サービス費（10割）	5,756円	7,137円
サービス費保険給付（7割）	4,029円	4,996円
サービス費自己負担（3割）	1,727円	2,141円
居住費	2,200円	2,200円
食費	1,700円	1,700円
<b>自己負担合計</b>	<b>5,627円</b>	<b>6,041円</b>

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人福祉施設のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	大阪府大阪市東住吉区湯里5丁目13番5号
	法人名	社会福祉法人 嘉 誠 会
	施設名	特別養護老人ホーム ヴァンサンク東住吉
	代表者名	理事長 山 本 真 澄 印

重要事項説明者	職 名	
	氏 名	印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人福祉施設のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者	住 所	
	氏 名	印

代理人(選任した場合)	住 所	
	氏 名	印

本書は、事業者、利用者各署名押印して1通ずつを保有します。