

## 特別養護老人ホーム 萱振苑

|  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設                  | (大阪府指定第2775500313号) |
| <input type="checkbox"/> 指定短期入所生活介護事業                | (大阪府指定第2775500313号) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防短期入所生活介護事業 | (大阪府指定第2775500313号) |

※当施設は、介護保険の指定を受けて、指定介護老人福祉施設と併設する短期入所生活介護事業と一体的運営を行っています。

## 重要事項説明書

### ～ 法人理念 ～

- 「敬愛の心で利用者に接する」
- 「健康で笑みのある生活を支援する」
- 「福祉の拠点として地域に貢献する」

### ～ 基本方針 ～

- ①利用者一人一人の人権を尊重し、日常生活に重点を置いて、質の高いケアを目指します。
- ②社会福祉法人として地域に貢献します。  
地域の様々なニーズに応えられるように努力します。
- ③職員がやりがいを持てる、魅力ある職場作りに取り組みます。自主的に考え、行動できる職員を育成します。
- ④公共的・公益的かつ信頼性の高い経営を行います。公益性に根ざした事業活動を行う為に、適正な収益を確保し、安定的な財務基盤を確立します。

## 社会福祉法人 つくし会

あなた(又はあなたの家族)様が入所しようと考えている施設について、契約を締結する前に知っておいていただきたいこと、施設の概要やサービスの内容、入所していただくにあたってご注意していただきたいこと等を次のとおり説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく、ご質問してください。  
なお、文中では、あなた様を「利用者」、ご家族様を「家族」と表示していますので、ご了承ください。

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年大阪府条例第117号)」第7条の規定により、施設サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

## 【1】運営規程の概要

### 1) 開設者の情報

|       |                         |                      |
|-------|-------------------------|----------------------|
| 法人名   | 社会福祉法人 つくし会             |                      |
| 法人所在地 | 〒574-0044 大東市諸福6丁目3番33号 |                      |
| 連絡先   | 電話番号 072-823-9817       | ファックス番号 072-873-9818 |
| 代表者氏名 | 理事長 川畑 浩子               |                      |
| 設立年月日 | 昭和53年2月28日              |                      |

### 2) 施設の情報(併設事業所を含む)

| 施設の種類    | 指定介護老人福祉施設 (大阪府指定第2775500313号)  |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
|----------|---|---------------|----|----|----|----|-----|-----|--|------|----|----|--|------|-----|-----|--|----|-----|------|--|-----|----|---------------|----|----|---------------|------|---|--------|-----|---|-------------|-----|----|--------|----------|----|--------|-------|----|--------|--|
| 施設の名称    | 特別養護老人ホーム 萱振苑   |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 施設の住所    | 〒581-0834 八尾市萱振町5丁目10番  |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 連絡先      | 電話番号 072-999-2077 ファックス番号 072-999-7747  |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 管理者氏名    | 施設長 安藤 麻紀   |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 指定年月日    | 平成12年4月1日   |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 施設の形態    | 従来型   |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 併設事業     | 短期入所生活介護 (大阪府指定第2775500313号)<br>介護予防短期入所生活介護 (大阪府指定第2775500313号)  |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 建物の構造    | 鉄筋コンクリート造 地上4階建   |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 延べ床面積    | 3739.0m <sup>2</sup>  |               |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 設備関係     | <table border="1"> <thead> <tr> <th>居室</th> <th>室数</th> <th>定員</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個室</td> <td>20室</td> <td>20人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2人部屋</td> <td>0室</td> <td>0人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4人部屋</td> <td>20室</td> <td>80人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>40室</td> <td>100人</td> <td></td> </tr> </tbody> </table><br><table border="1"> <tbody> <tr> <td>静養室</td> <td>1室</td> <td>介護職員室に近接して設置。</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>2室</td> <td>一般浴槽、特殊浴槽を設置。</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>-</td> <td>各階に設置。</td> </tr> <tr> <td>トイレ</td> <td>-</td> <td>各居室に近接して設置。</td> </tr> <tr> <td>医務室</td> <td>1室</td> <td>1階に設置。</td> </tr> <tr> <td>食堂/共同生活室</td> <td>3室</td> <td>各階に設置。</td> </tr> <tr> <td>機能訓練室</td> <td>1室</td> <td>1階に設置。</td> </tr> </tbody> </table> | 居室            | 室数 | 定員 | 備考 | 個室 | 20室 | 20人 |  | 2人部屋 | 0室 | 0人 |  | 4人部屋 | 20室 | 80人 |  | 合計 | 40室 | 100人 |  | 静養室 | 1室 | 介護職員室に近接して設置。 | 浴室 | 2室 | 一般浴槽、特殊浴槽を設置。 | 洗面設備 | - | 各階に設置。 | トイレ | - | 各居室に近接して設置。 | 医務室 | 1室 | 1階に設置。 | 食堂/共同生活室 | 3室 | 各階に設置。 | 機能訓練室 | 1室 | 1階に設置。 |  |
| 居室       | 室数  | 定員            | 備考 |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 個室       | 20室   | 20人           |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 2人部屋     | 0室  | 0人            |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 4人部屋     | 20室   | 80人           |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 合計       | 40室   | 100人          |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 静養室      | 1室  | 介護職員室に近接して設置。 |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 浴室       | 2室  | 一般浴槽、特殊浴槽を設置。 |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 洗面設備     | -   | 各階に設置。        |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| トイレ      | -   | 各居室に近接して設置。   |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 医務室      | 1室  | 1階に設置。        |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 食堂/共同生活室 | 3室  | 各階に設置。        |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |
| 機能訓練室    | 1室  | 1階に設置。        |    |    |    |    |     |     |  |      |    |    |  |      |     |     |  |    |     |      |  |     |    |               |    |    |               |      |   |        |     |   |             |     |    |        |          |    |        |       |    |        |  |

### 3) 入所定員/ユニットの数及び各ユニットの入居定員/短期入所の定員

| 指定介護老人福祉施設 | 従来型 | 定員  | ユニット型 | ユニット数 | 1ユニットの定員 |
|------------|-----|-----|-------|-------|----------|
|            |     | 90人 |       | 0     | 0人       |

| (介護予防)短期入所生活介護 | 併設型 | 定員  | 併設型 | 定員  |
|----------------|-----|-----|-----|-----|
|                |     | 10人 |     | 10人 |

#### 4) 目的及び運営の方針

##### ①目的

居宅要介護者等に対して、介護保険法(以降「法」という)に基づき施設に短期間入所し、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なうことを目的とする。

##### ②運営の方針

- 1、指定短期入所生活介護の提供にあたっては、短期入所生活介護計画にもとづき、要介護状態の利用者に、認知症の状況等を利用者の心身の状況を踏まえて、利用者の人格に十分に配慮し、利用者の家庭環境を十分に踏まえて、自立している機能の低下が起きないようにするとともに残存機能の維持向上が図られるよう、適切な技術を持ってサービスの提供を行なうものとする。
- 2、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の予防に資するよう、その目的を設定し、計画的に行うものとする。
- 3、事業所は、利用者の意志及び人格の尊重し、常にその者の立場に立ってサービスを提供するように努める。
- 4、事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所・他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努める。

##### ①従業者の職種、員数、勤務体制

| 職種       | 基準配置人数 | 常勤換算人数 | 常勤・非常勤の別<br>(実人数)       | 勤務体制(主な勤務時間)  |
|----------|--------|--------|-------------------------|---|
| 管理者(施設長) | 1      | 1.0    | 常勤<br>1人                | 09:00～18:00   |
| 医師       | 週3日    | 1.0    | 常勤<br>0人<br>非常勤<br>1人   | 10:00～12:00(月・水・金)                                  |
| 生活相談員    | 1以上    | 1.5    | 常勤<br>1人<br>非常勤<br>0人   | 09:00～18:00   |
| 看護職員     | 3以上    | 3.2    | 常勤<br>2人<br>非常勤<br>2人   | 06:30～15:30/9:00～18:00/10:00～19:00の3勤務体制。夜間はオンコール体制 |
| 介護職員     | 30以上   | 38.0   | 常勤<br>28人<br>非常勤<br>15人 | 7:00～16:00/10:00～19:00/16:00～9:30の3勤務体制で24時間サポート    |
| 管理栄養士    | 1以上    | 1.0    | 常勤<br>1人<br>非常勤         | 9:00～18:00  |
| 介護支援専門員  | 1以上    | 1.0    | 常勤<br>1人<br>非常勤         | 9:00～18:00  |
| 機能訓練指導員  | 1以上    | 1.0    | 常勤<br>1人<br>非常勤<br>0人   | 9:00～18:00  |
| その他職員    | 必要数    | 8.0    | 常勤<br>5人<br>非常勤<br>7人   | 9:00～18:00  |

※基準配置人数は、人員基準に従い施設の規模により配置が必要な人数。常勤換算数は、当施設の常勤が勤務する時間により算出した人数であり基準配置人数以上の配置にしています。実人数は、この重要事項説明書を作成した時点の基本的な実人数を表示していますので、説明時点では人数が異なる場合がありますのでご了解ください。

##### ②従業者の業務の内容

| 職種       | 職務の内容   |
|----------|---|
| 管理者(施設長) | 施設の職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。              |
| 医師       | 入所者に対して、健康管理及び療養上の指導を行う。                        |
| 生活相談員    | 入所者(利用者)の入退所、生活相談及び援助に関する業務を行う。                 |
| 看護職員     | 医師の診療補助及び医師の指示を受けて、入所者(利用者)の看護や施設の保健衛生業務を行う。    |
| 介護職員     | 入所者(利用者)の日常生活全般にわたる介護業務を行う。                     |
| 管理栄養士    | 食事の献立、栄養管理・栄養指導等を行う。                            |
| 介護支援専門員  | 施設サービス計画の作成等、入所者の介護支援に関する業務を行う。                 |
| 機能訓練指導員  | 入所者の状況に適した機能訓練や生活リハビリにより心理的・身体的機能の低下を防止するよう努める。 |
| その他職員    | 事務等、その他業務を行う。                                   |

## 6) 入所者に対するサービス提供の流れ、提供するサービスの内容

### (1) 入所者に対するサービス提供の流れ

ご契約者様に対する具体的なサービス内容や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、その内容を踏まえて、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の提供までの流れは次の通りです。

1. ご利用中の居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員(ケアマネジャー)に短期入所生活が必要又は、家族の希望があった場合、申し込みいただく。
2. その担当者は、短期入所生活介護計画書の原案について、ご契約者様及びその家族などに対して説明し、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、居宅サービス計画書(ケアプラン)が変更された場合、もしくは利用者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要のある場合には、利用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します。
4. 短期入所生活介護計画書が変更された場合には、ご契約者様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 ご契約者様に係わる「居宅サービス計画書(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。

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行ないます。
- 短期入所生活介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者様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

- 製作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、利用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も除いた料金(自己負担額)をお支払いいただきます。

(2) 提供するサービスの内容

| サービスの種類     | サービスの内容  |
|-------------|--|
| 食事の提供及び栄養管理 | 栄養士(管理栄養士)の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。<br>入所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ですが、体調不良時等の場合は居室で食事をとっていただくこともあります。またご希望があれば、食事席の変更もさせていただきます。<br>食事時間<br>朝食 7:40 ~ 、 昼食 11:45 ~ 、 夕食 17:45 ~ |
| 医療及び看護      | 診察、血圧測定・検温等による日常的な健康管理、服薬管理、緊急時の医療対応   |
| 入浴          | 入浴又は清拭を週2回以上行います。利用者の体調等により、当日入浴ができなかった場合は、清拭及び入浴日の振替にて対応します。<br>寝たきりの状態であっても特殊機械浴槽を使用して入浴することができます。   |
| 排泄          | 排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限利用した援助を行います。または適時適切なオムツ交換を行います。   |
| 健康管理        | 医師や看護職員が、健康管理を行います。  |
| その他自立への支援   | ①寝たきり防止のため、利用者の身体状況を考慮しながら、可能な限り離床に配慮します。<br>②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を行います。  |
| 教養・娯楽       | 毎月レクリエーションを行っています。   |
| 理美容サービス     | ○散髪サービス⇒カット1500円 顔そり500円 ○美容サービス⇒カット1500円 それぞれ月/1回   |
| 送迎          | 当施設の送迎車でご送迎いたします。(自宅⇒施設)<br>ご家族での送迎も可能です。  |

## 7) 利用料その他の費用の額、お支払い方法等

利用料その他の費用の額、お支払い方法等については、【重要事項説明書付属書類】をご確認ください。

## 8) 利用に当たっての留意事項

|                     |  |
|---------------------|--|
| 面会時間、面会方法等          | 面会時間は、9:00～18:00です。<br>※面会にあっては、玄関窓口にて「来苑者表」に必要事項をご記入いただきます。<br>※感染症予防の対策の一環として、あらかじめお知らせいたしますが、面会を制限したり、お断りする場合もございますので、その際はご了承ください。  |
| 消灯時間                | 消灯時間は、21:00とします。   |
| 外出・外泊               | 外出や外泊される場合は、あらかじめ「相談員」までお申し出ください。その際は「外出・外泊表」に必要事項をご記入いただきます。<br>※当施設の医師の許可により外出・外泊をしていただきますので、ご留意ください。  |
| 外出・外泊時の医療機関(他科)の受診  | 当施設では、あらかじめ入所者のかかりつけ医を把握して、診療情報の共有を図ります。緊急時は、当施設に連絡していただいた後、受診先と連携を図ります。   |
| 喫煙                  | 健康管理上、原則禁止とします。  |
| 飲酒                  | 栄養管理上、原則禁止とします。  |
| 火気の取扱い              | 防火管理上、原則禁止とします。  |
| 設備・備品の利用            | 使用法に従ってご利用いただきます。これによらない利用により破損等が生じた場合、弁償いただく場合があります。  |
| 所持品・金銭・貴重品等の管理の持ち込み | 持ち込みされる場合は、所持品等に名前をご記入のうえ、必要最小限での持ち込み願います。<br>※各居室の収納スペースに限りがありますので、所持品によっては、ご遠慮願う場合があります。<br>※使い慣れた車椅子や歩行補助器等のご使用は、あらかじめご相談ください。<br>※金銭・貴重品等の管理は、原則、事務所で管理をします。防犯上、多額な金銭や高額な貴重品等は持ち込まないでください。 |
| ペットの持ち込み            | 衛生管理上、原則禁止とします。  |
| 洗濯                  | 洗濯は、当苑でおこないます。乾燥機を使用します、縮みの無い衣類の準備をお願いします。   |
| 営利行為、宗教・政治活動等       | 営利行為、宗教・政治活動の他、他の入所者やその家族等に迷惑がおよぶ行為・活動は一切禁止とします。   |

## 9)緊急時等における対応方法

サービス提供を行っている際に、利用者に病状の急変が生じた場合等は、必要な措置を講じます。  
また、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。連絡先は【重要事項説明書付属書類】にご記入いただきます。

## 10)非常災害対策

当施設では、次の者を非常災害対策に関わる担当者(防火管理者)として、非常災害対策に関する取り組みを行っています。

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| ① 非常災害対策に関わる担当者<br>(防火管理者) | (事務員) 濱田 淳 |
|----------------------------|------------|

当施設では、非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報や連携体制を整備して、当施設の従業者に周知しています。

- ② 当施設では、非常災害対策の一環として、毎年、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行っています。

| ③ 訓練名称    | 時期  | 訓練の概要                           |
|-----------|-----|---------------------------------|
| 消防訓練(1回目) | 9月頃 | 避難、救出、消火等(日中想定)<br>※地震・土砂・水害も想定 |
| 消防訓練(2回目) | 3月頃 | 避難、救出、消火等(夜間想定)                 |

※各訓練によっては、所轄消防署等関係機関が立ち合いする場合もあります。

※訓練内容によっては、入所者等も参加する場合があります。

※当施設の都合や状況に応じて実施時期を変更する場合があります。

## 11)衛生管理等について

従事者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理を努めます。事業所内で感染症の予防及びまん延を防ぐため、次の対策を講じます。

- ① 感染症対策を検討する委員会を概ね3か月に1回以上開催します。
- ② 感染症対策の指針を整備します。
- ③ 従業者に対して定期的に研修及び訓練を実施します。

## 12)業務継続計画の算定

感染症や非常災害の発生時に、利用者に事業を継続的に実施するために、次の措置を講じます。

- ① 事業計測計画を策定します。
- ② 従業者に対する事業継続計画の周知、定期的な研修及び訓練を実施します。
- ③ 定期的な事業継続計画の見直し及び変更を行ないます。

## 13)身体拘束等の原則禁止

当施設では、原則として入所者に身体拘束等を禁止しています。

### (1)身体拘束等を行う場合の手続きについて

|       |  |
|-------|--|
| ①緊急性  | 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者又は他人の生命・身体に危険がおよぶことが考えられる場合に限ります。  |
| ②非代替性 | 身体拘束以外に、利用者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。 |
| ③一時性  | 利用者又は他人の生命・身体に対して危険がおよぶことがなくなつた場合は、直ちに身体拘束を解きます。     |

当施設では、「権利擁護・虐待・身体拘束防止委員会」を設置しています。

当該委員会は、3月に1度開催し、身体拘束等を実施の有無、経過報告、改善策等を検討・決定し、次の事項に留意しています。

- ① 身体拘束等の実施には、留意事項①②③を踏まえて、実施する時間・期間、改善方法等を含め、あらかじめ入所者又はその家族に説明して同意をいただきます。
- 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様態及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由等を記録します。
- ③ 身体拘束の解除(改善方法)、期間の見直し等について、委員会で検討し、その結果等を入所者又はその家族に説明して同意をいただき、直ちに身体拘束等を解除します。

※身体拘束等の必要性について、ご家族の要望だけでは実施しません。

#### 14)虐待防止に関する事項

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 | (相談員)細川 琢司 |
|-------------|------------|

- ① 成年後見制度の利用を支援します。
- ② 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。
- ③ 従業者に対する人権擁護・虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 虐待防止研修 | 従業者の入職時、4回/年の研修を実施。 |
|--------|---------------------|

- ④ 委員会の開催や研修等を通じて、虐待の発生又はその再発を防止するように努めます。
- ⑤ 高齢者虐待防止のための指針を整備します。
- ⑥ 従業者が支援に当たっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ⑦ サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに市町村等に通報します。

#### 15)ハラスメント対策について

- ① 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境を目指します。
- ② 利用者が事業者の職員に対して行う、暴力・暴言・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。確認された場合は直ちにサービス提供を中止します。

#### 16)その他の重要事項

##### (1)入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、入所者又はその家族の希望により、下記の協力医療機関において、診察や入院治療等を受けることができます。

但し、下記の医療機関での優先的な診療・入院治療等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察・入院治療を義務付けるものではありません。

|              |       |                        |
|--------------|-------|------------------------|
| 協力<br>医療機関   | 医療機関名 | 医療法人 貴島会 貴島病院本院        |
|              | 所在地   | 八尾市楽音寺3丁目33番           |
|              | 電話番号  | 072-941-1499           |
|              | 診療科   | 内科 外科 整形外科             |
| 協力<br>医療機関   | 医療機関名 | 宮澤眼科クリニック              |
|              | 所在地   | 八尾市光町1丁目10-1           |
|              | 電話番号  | 072-997-7980           |
| 協力歯科<br>医療機関 | 医療機関名 | 医療法人鳳友会 山本歯科           |
|              | 所在地   | 八尾市山本町3丁目4-24          |
|              | 電話番号  | 072-998-1880           |
| 協力歯科<br>医療機関 | 医療機関名 | 医療法人社団けんこう会守口つだ矯正歯科・歯科 |
|              | 所在地   | 守口市桜町6丁目8番201号         |
|              | 電話番号  | 06-6998-3388           |

## (2)秘密の保持(個人情報の保護)について

### ① 入所者及びその家族に関する秘密の保持について

|   |
|---|
| 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 |
| 事業者及び事業者の使用者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者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、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。           |

### ② 個人情報の保護について

|   |
|---|
| 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。                       |
| 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるもの他、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。   |
| 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。) |

## 【2】事故発生時の対応

### 1)事故防止策・事故発生時の対応

当施設では、事故を未然に防止するために事故発生防止のための指針(マニュアル)を整備しています。また事故発生防止のための委員会の開催(毎月1回)し、従業者に対する研修を定期的に行っています。

なお、利用者に対する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、入所者の家族に連絡を行います。

当施設は、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

### 2)損害賠償、再発防止策

|   |  |
|---|--|
| 保険会社名   | 損害保険ジャパン(株)  |
| 当施設は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。 |  |
| 保険名   | しせつの損害補償   |
| 補償の概要   | 施設の所有・使用・管理に起因する事故や業務遂行上の事故により第三者に害を与え、法律上の賠償責任を負うことによって被る損害を補償するものです。 |

### 3)利用時のリスクについて

当施設では、利用者が快適な生活が送れますように原則身体拘束をしないこと、自立した生活を妨げないこと等に配慮しながら安全な環境づくりに努めていますが、利用者の自立した行動、心身の状況や病気などが原因により、危険(転倒・転落等)を伴う可能性があることを十分にご理解ください。詳細内容については、この【重要事項説明書付属書類】で説明します。

利用者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、施設の設備又はサービスに関する利用者の相談(要望等)、苦情に対して、迅速に対応します。

### 【3】サービス内容に関する相談・苦情(苦情処理の体制等)

#### 1)当施設の相談・苦情窓口

①受付時間：月曜日～金曜日(9:00～18:00)

②責任者

| 職種  | 担当者   |
|-----|-------|
| 施設長 | 安藤 麻紀 |

③担当者

| 職種        | 担当者   | 電話番号         | ファックス番号      |
|-----------|-------|--------------|--------------|
| 生活相談員     | 加藤 哲也 | 072-999-2077 | 072-999-7747 |
| ショートステイ担当 | 南野 陽平 | 同上           | 同上           |

④第三者委員

| 職種      | 担当者   | 電話番号         |
|---------|-------|--------------|
| 当法人評議員  | 西岡 清作 | 072-961-3209 |
| 地区担当    | 川崎 博  | 072-922-0375 |
| 民生・児童担当 |       |              |

第三者委員への連絡にあつては、9:00～17:00の時間帯でお願いします。(土日祝日は除く)

#### 2)当施設の苦情処理の体制及び手順

- ① 当施設の窓口で受けた相談や苦情については、受付した担当者が、主訴を確認し記録します。その場で対応可能な内容であっても、必ず責任者に報告し、対応内容を決定し、入所者に伝達します。
- ② 上記①で対応しきれない内容については、当施設で会議を行い対応内容を決定します。また必要に応じて弁護士等に相談して決定する場合もあります。
- ③ 利用者に対して、サービス提要により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償について検討します。

#### 3)その他の窓口

##### ①市町村等における苦情解決体制・窓口

| 八尾市役所 | 地域福祉部高齢介護課 | 電話番号         | ファックス番号      |
|-------|------------|--------------|--------------|
|       |            | 072-924-3981 | 072-924-1005 |

※受付時間は8:45～17:45(土日祝日は休み)

##### ②大阪府国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

| 大阪府国民健康保険団体連合会             | 電話番号         |
|----------------------------|--------------|
| 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル内 | 06-6949-5418 |

※受付時間は9:00～18:00(土日祝日は休み)

##### ③その他の公的団体の窓口

| 大阪府社会福祉協議会運営適正化委員会 | 電話番号         |
|--------------------|--------------|
| 大阪市中央区中寺1丁目1番54号   | 06-6191-3130 |

※受付時間は午前10時～午後4時(土・日・祝祭日、年末年始を除く)

#### 【4】提供するサービスの第三者評価の実施状況

|      |  |
|------|--|
| 実施なし | 現在、第三者評価を実施しておりませんが、提供するサービスの質の向上を図るために当施設では、介護サービスの情報公開を行っています。 |
|------|--|

#### 【5】その他のサービスの選択に関する重要事項

##### 1) 入退所の手続き

###### 〔入所手続きの流れ〕

- 当施設の短期入所生活介護担当者が、利用相談を担当します。
- ① 居宅介護支援事業所、担当ケアマネジャーから申し込みいただきます。  
↓  
② 必要な情報を確認した後、利用申込者及びご家族と面談します。  
↓  
③ 日程確認の上、利用概要に納得頂き、ご契約。  
↓  
④ 短期入所生活計画の作成。説明、サインを頂き利用。  
↓  
⑤ ご自宅から送迎(家族送り込み可)  
↓  
⑥ ご利用(事前に取り決めた日数)  
↓  
⑦ ご自宅への送迎(家族迎え可)

###### 〔入所手続きの際の必要な書類等〕

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証  | <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証       |
| <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証  | <input type="checkbox"/> 各種制度に係る手帳(お薬手帳) |
| <input type="checkbox"/> 各種制度に係る医療証 | <input type="checkbox"/> 各種制度に係る手帳       |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |
| <input type="checkbox"/> 印鑑         | <input type="checkbox"/>                 |
| <input type="checkbox"/> 衣類・身のまわり品等 | <input type="checkbox"/>                 |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |

※必要な書類等をお預かりする場合は、入所時に「預かり証」にご記入いただきます。

###### 〔退所手続き〕(契約の終了について)

契約の有効期限は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期限満了日までですが、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出来ますが、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。

- ① 入所者がお亡くなりになった場合  
② 要介護認定により、入所者の心身の状況が自立と判定された場合  
③ 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ホームを閉鎖した場合  
④ 事業所の滅失や重大な毀損により、施設に対するサービス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 利用者から契約解除の申し出があった場合(※1)  
⑦ 事業者から退所契約解除の申し出を行った場合(※2)

(※1)ご契約者からの契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用規約を解除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難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

(注2)事業者からの契約解除の申し出

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 利用者が、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 利用者によるサービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、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 利用者が、故意又は重大な過失により、事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命、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

## 1) サービス提供の記録

- ① 利用者及びその家族は、施設に対して保管しているサービス提供記録等の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。(複写物の請求を行う場合は、有料です。)
  - ② 施設は、利用者に対する施設サービスの提供に関する次に掲げる記録等を整備し、当該サービスを提供した日(施設サービス計画にあっては当該計画の完了の日、市町村への通知に係る記録にあっては当該通知の日)から5年間保存する。



【6】重要事項説明の年月日

| 説明年月日 | 令和 年 月 日 |               |
|-------|----------|---------------|
| 事業者   | 法人名      | 社会福祉法人 つくし会   |
|       | 法人所在地    | 大東市諸福6丁目3番33号 |
|       | 代表者氏名    | 理事長 川畠 浩子     |
|       | 施設の名称    | 特別養護老人ホーム 萱振苑 |
|       | 説明者氏名    | 担当者 印         |

この重要事項説明書の内容を上記事業者から説明を受け、その内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|        |        |       |   |
|--------|--------|-------|---|
| 入所申込者等 | 入所申込者  | 氏名    | 印 |
|        |        | 住所    |   |
|        | 代筆者氏名等 | 続柄( ) |   |
|        | 代理人    | 氏名    | 印 |
|        |        | 住所    |   |

## 【重要事項説明書付属書類1】

### 【1】緊急連絡先等

この重要事項説明書の【1】運営規程の概要:9)緊急時等における対応方法、【2】事故発生時の対応などに記載していますが、入所者の家族に連絡する際の重要な連絡先となります。

| 利用者<br>氏名等 | 氏名 | 性別<br>男・女 | 生年月日<br>T・S 年 月 日 |
|------------|----|-----------|-------------------|
|------------|----|-----------|-------------------|

①勤務先、電話連絡を避けてほしい時間帯など連絡するにあたっての留意事項は備考欄にご記入ください。

②報告のみの場合、発信専用番号(080-8944-8317)からSMSを送る事があります。あらかじめ登録をお願いします。なお、SMSの内容についての質問等は、当苑窓口へ連絡をお願いします。

#### 1) 家族等の緊急連絡先

| 緊急連絡先①      |       |  |
|-------------|-------|--|
| 氏 名         | 続柄( ) |  |
| 住 所         |       |  |
| 電話番号        | 携帯電話  |  |
| 備 考<br>勤務先等 |       |  |

| 緊急連絡先②      |       |  |
|-------------|-------|--|
| 氏 名         | 続柄( ) |  |
| 住 所         |       |  |
| 電話番号        | 携帯電話  |  |
| 備 考<br>勤務先等 |       |  |

| 緊急連絡先③      |       |  |
|-------------|-------|--|
| 氏 名         | 続柄( ) |  |
| 住 所         |       |  |
| 電話番号        | 携帯電話  |  |
| 備 考<br>勤務先等 |       |  |

#### 2)かかりつけ医の連絡先

|      |             |
|------|-------------|
| 医療機関 | 医療機関名称/診療科名 |
| 電話番号 |             |

## 【重要事項説明書付属書類2】

### 【2】入所時のリスク説明書

この重要事項説明書の【2】事故発生時の対応・3)入所時のリスクについてに記載していますが、このリスク説明書で詳細内容を説明します。

#### 入所時のリスク説明書

| 利用者<br>氏名等 | 氏名 | 性別<br>男・女 | 生年月日<br>T・S 年 月 日 |
|------------|----|-----------|-------------------|
|------------|----|-----------|-------------------|

ご確認いただきましたら、□にチェックをお願いします。

- 当施設は、原則的に拘束を行いません。利用者の自立した活動・行動等により、転倒・転落による事故の可能性があります。歩行時の転倒、ベットや車椅子からの転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷等の恐れもあります。
- 当施設は約100名の方が生活されています。不意な立ち上がりがある方等、見守りが必要な方が多数いらっしゃいます。ナースコールが複数人同時に鳴ることもあり、ひとりの方に付きっきりで対応することが出来かねます。時には対応中であってもその場を離れることや、見守りセンサー、ナースコールの対応がすぐにできないことがあります。
- 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚・血管はもろく、少しの摩擦や軽度の打撲で、表皮剥離や皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 高齢者は喉の渴きを感じにくくなっています。脱水症状になり易い傾向にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 年齢に関係なく、心臓や脳の疾患により、稀に急死される場合もあります。
- 利用者の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で、緊急に医療機関へ搬送を行うことがあります。夜間も同様にご対応させていただきます。

上記の内容は、ご自宅でも起こりうることです。入所中にあっても同様に起こりうることと、ご承知ください。

上記項目について、施設の担当者(説明者)より、入所者の「入所時のリスク」について説明を受け、十分に理解しました。

|       |          |
|-------|----------|
| 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 氏 名   | 印 続柄( )  |

## 【重要事項説明書付属書類3】

### 【3】利用料その他の費用の額、お支払い方法等

この重要事項説明書の【1】運営規程の概要:7)利用料その他の費用の額、お支払い方法等の詳細な内容を記載しています。

#### 1)介護保険対象サービス料金(食費・滞在費を含む)

1日につき、単位:円

|   |                |     | 要支援1             | 要支援2           |        |  |  |
|---|----------------|-----|------------------|----------------|--------|--|--|
| ① | 基本<br>介護<br>費用 | 個室  | 1日につき            | 5,217円         | 6,407円 |  |  |
|   |                | 多床室 | 〃                | 5,217円         | 6,407円 |  |  |
| ② | サービス提供体制強化加算Ⅲ  |     | 〃                | 約60円           |        |  |  |
| ③ | 機能訓練指導体制加算     |     | 〃                | 約126円          |        |  |  |
| ④ | 送迎加算           | 片道  |                  | 約1941円         |        |  |  |
| ※ | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ   |     |                  | 上記①～③の合計×14.0% |        |  |  |
| ① | 1割負担           |     | 上記①+加算の合計金額×1割負担 |                |        |  |  |
|   | 2割負担           |     | 上記①+加算の合計金額×2割負担 |                |        |  |  |
|   | 3割負担           |     | 上記①+加算の合計金額×3割負担 |                |        |  |  |

※金額の算出にあつては、単位数×10円×地域区分割合(5級地1055/1000)により算出します。

+

1日につき、単位:円

|      |      |                         |  |  |
|------|------|-------------------------|--|--|
| ② 食費 | 第1段階 | 300円                    |  |  |
|      | 第2段階 | 600円                    |  |  |
|      | 第3段階 | ①1000円 ②1300円           |  |  |
|      | 第4段階 | 朝食 300円 昼食 580円 夕食 565円 |  |  |

+

1日につき、単位:円

|       |      |           |          |  |
|-------|------|-----------|----------|--|
| ③ 滞在費 | 第1段階 | 個室 380円   | 多床室 0円   |  |
|       | 第2段階 | 個室 480円   | 多床室 430円 |  |
|       | 第3段階 | 個室 880円   | 多床室 430円 |  |
|       | 第4段階 | 個室 1,290円 | 多床室 915円 |  |

↓

①+②+③ 介護保険対象サービス料金の合計(1月の目安)

①+②+③ 介護保険対象  
サービス料金の合計

※施設の体制変更などにより、加算内容を変更する場合があります。上記の料金(目安)と相違があることをご留意ください。

### 【食費・居住費(滞在費)について】

介護保険負担限度額認定証の交付を受けた方にあっては、第1段階から第3段階までの食費・居住費に係る自己負担額の減免が受けられます。当該認定証に記載されている負担限度額になります。

収入状況により減免が受けられない場合は、第4段階の額になります。

### 【居住費(滞在費)について】

居住費については、利用者が入院や外泊中においても料金が発生します。

ただし、利用者の同意を得た上で、入院又は外泊中のベッドを他の短期入所生活介護の利用者(介護予防含む)が利用する場合は、利用者から居住費はいただけません。

### 【介護保険対象サービス(算定加算)について】

| 加算名             | 加算の説明内容(概要) |   |
|-----------------|-------------|---|
| ② サービス提供体制強化加算Ⅲ | 全員          | 指定短期入所生活介護事務所(特別養護老人ホームの介護福祉施設サービス)を利用者(入居者)に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。  |
| ③ 機能訓練指導体制加算    | 〃           | 常勤の機能訓練指導員が、事業所に配置されていることで算定できる加算です。  |
| ④ 送迎加算          | 実施時のみ       | ご自宅と事業所間の送迎を実施した場合に片道184単位(1割負担で約195円)加算されます。   |
| ※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ  | 全員          | 2024年度の報酬改定により、これまでの「介護職員処遇改善加算」「介護職員特定処遇改善加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」が一本化され新たに創設されました。介護職員をはじめとする、介護事業所で働く職員の賃金向上や職場環境の改善などを目的とした加算です。基本単位に14.0%掛けた単位数が加算されます。 |

※施設の体制変更などにより、加算内容を変更する場合があります。加算の算定の有無により利用負担額が増減します。変更になる場合は、事前に内容を説明しますので、ご同意願います。

## 2)介護保険対象外サービス料金(理髪店の出張による理美容サービス)

|      |            |                      |
|------|------------|----------------------|
| 美容店名 | サロンド みか    | 電話番号<br>072-924-4039 |
| 出張日等 | 毎月 第二週 月曜日 |                      |
| 理髪店名 | ヘアーサロン きたの | 電話番号<br>072-922-3894 |
| 出張日等 | 毎月 第三週 火曜日 |                      |

単位:円、税込み

| 項目     |     | 金額    | 備考(内容)           |
|--------|-----|-------|------------------|
| 美容サービス | 調髪  | 1回につき | 1,500円           |
|        | 毛染め | 〃     | 3,000円 洗髪込み(要相談) |
|        | パーマ | 〃     | 3,000円 洗髪込み(要相談) |
| 理髪サービス | 調髪  | 1回につき | 1,500円           |
|        | 顔剃り | 〃     | 500円 理髪店のみ       |

※理美容サービスをご利用される場合は、当施設で受付しております。担当職員にお申し出ください。また、お支払いについては、一旦、施設が立替払いをしますので、毎月の利用料と併せて請求いたします。

※理美容サービスの料金設定は、当施設は関与していません。税法改正や理髪店の都合によって料金や内容が変更される場合がありますのでご了承ください。

### 3) 利用料金のお支払い方法

利用料金は、当月分を1か月ごとに精算し、翌月15日頃に請求書を送ります。

#### 【契約後(入所時)】

- 「預金口座振替依頼書 自動払込利用申込書」の提出

必要記載事項

- ① 口座振替を希望される口座情報の記載
- ② お届出印の押印

- 「請求書等送付先」の確認

当重要事項説明書の緊急連絡先①に記載の方に請求書等を送付させていただきます。

※別の送付先を希望される場合はおしつけください。

※請求書の他、施設が発行する書類、お知らせ等も送付する場合があります。

#### 【入所後利用月の翌月】

- 利用料の計算

ご利用された月ごとに、介護保険対象サービス料金、その他の費用などサービス提供ごとに計算し、合計金額により請求いたします。

- 利用料の請求

請求書(利用明細を含む)は、利用月の翌月15日を目途に郵送もしくはご登録しているアプリ(HitomeQ)のメッセージにて送付致します。

- 利用料の支払い

毎月末日締めご請求分について、翌月の26日にご指定の口座から引き落としにお支払いいただきます。

※領収書は1月分～12月分をまとめて翌年1月末日に郵送致します。再発行はできかねますので大切に保管しておいてください。

※引き落とし日が金融機関の休日の場合には翌営業日の引き落としになります。

※「預金口座振替」による引き落としができなかった場合は翌月の利用料金と合わせて翌々月の26日に引き落としをさせて頂きます。

※口座振替の申し込み手続きが間に合わなかった場合は、当院事務所窓口にて現金でお支払いをお願いします。

※ お支払いについて、正当な理由なく、支払い期日から3ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から90日以内に支払いがなされない場合は、サービス提供の契約を解除したうえで、未払い分をお支払いいただきます。

※ 要介護が確定していない場合や、各種申請が遅くなる場合は、請求書の発送が翌月になります。

※ 入所者がお亡くなりになられた場合、その月の利用料等は現金でお支払いいただきます。

#### 4) 利用料金のお支払い方法

利用料金は、当月分を1か月ごとに精算し、翌月15日頃に請求書を郵送で送付いたします。

- 「預金口座振替依頼書 自動払込利用申込書」の提出

必要記載事項

- ① 口座振替を希望される口座情報の記載
- ② お届出印の押印

- 「請求書等送付先」の確認

当重要事項説明書の緊急連絡先①に記載の方に請求書等を送付させていただきます。

※別の送付先を希望される場合はおしつけください。

※請求書の他、施設が発行する書類、お知らせ等も送付する場合があります。

#### 【入所後利用月の翌月】

- 利用料の計算

ご利用された月ごとに、介護保険対象サービス料金、その他の費用などサービス提供ごとに計算し、合計金額により請求いたします。

- 利用料の請求

請求書(利用明細を含む)を、利用月の翌月15日頃を目途に送付先に郵送いたします。

↓

- 利用料の支払い

毎月末日締めのご請求分について翌月の26日にご指定の口座からの引き落としでお支払いいただきます。

※ 引き落とし日が金融機関の休日の場合には翌営業日の引き落としになります。

※ 「預金口座振替」による引き落としができなかった場合は翌月の利用料金と合わせて翌々月の26日に引き落としをさせて頂きます。

※ 口座振替の申し込み手続きが間に合わなかった場合は、当院事務所窓口にて現金でお支払いをお願いします。

※ 領収書は、大切に保管して下さい。再発行はいたしません。  
(医療費控除の還付請求の際に必要となる場合があります。)

※ お支払いについて、正当な理由なく、支払い期日から3ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から91日以内に支払いがなされない場合は、サービス提供の契約を解除したうえで、未払い分をお支払いいただきます。

※ 要介護が確定していない場合や、各種申請が遅くなる場合は、請求書の発送が翌月になります。