

特別養護老人ホーム 水がたり（従来型多床室）

「短期入所生活介護・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。
(奈良県指定 第 2970700049号)

当事業所はご利用者に対して指定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」「要介護」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。

□ 1. 事業者

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 祥水園 |
| (2) 法人所在地 | 奈良県五條市野原野原西3丁目3番41号 |
| (3) 電話番号 | 0747-23-0615 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 塩崎万規子 |
| (5) 設立年月 | 昭和51年2月1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・介護予防短期入所生活介護事業 平成11年8月4日指定 奈良県 2970700049号 ※当事業所は特別養護老人ホーム水がたりに併設されています。 |
| (2) 事業所の目的 | 要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な介護を提供することを目的とする |
| (3) 事業所の名称 | 水がたり短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所 |
| (4) 事業所の所在地 | 奈良県五條市野原西3丁目3番41号 |
| (5) 電話番号 | 0747-23-0615 |
| (6) 事業所長（管理者） | 松本 昇 |

(7) 当事業所の運営方針

共生 我々は社会・地域・ご利用者と共生する喜びと感動を創作する
貢献 我々は誠実・努力・謙虚をモットーに、絶えず自己研鑽に励み、
社会・地域に貢献する
誇りと幸福 我々は仕事への誇りと幸福を追求し、働き甲斐のある
職場作りを目指す

(8) 開設年月 平成 12 年 4 月 1 日

(9) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階

(10) 建物の延べ床面積 2191.82 ㎡

(11) 施設の周辺環境 南には吉野連山があり、南には吉野川が流れ、自然豊かな環境
であり静かに過ごしてもらえる環境です。自然は溢れていますが、街の中に立地しており、地域との交流も多く持てる機会が
あります。

(12) 営業日及び営業時間

| | |
|------|---------------|
| 営業日 | 年中無休 |
| 受入時間 | 原則 9:00~18:00 |

※季節や天候により、送迎時間を変更する場合や、送迎ができない場合がございます。
ご家族様で送迎していただける場合の受け入れは可能です。

(14) 通常の事業実施地域 五條市区域

(15) 居室について

ショートステイ利用中、園から居室の移動・変更をお願いする場合がありますが御
了承ください。なおご利用者からの移動や変更のご希望があった場合お部屋の空き
状況等で変更できない場合があります。

□ 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、
介護老人福祉施設職員と合わせて、以下の職種の職員を配置しています。

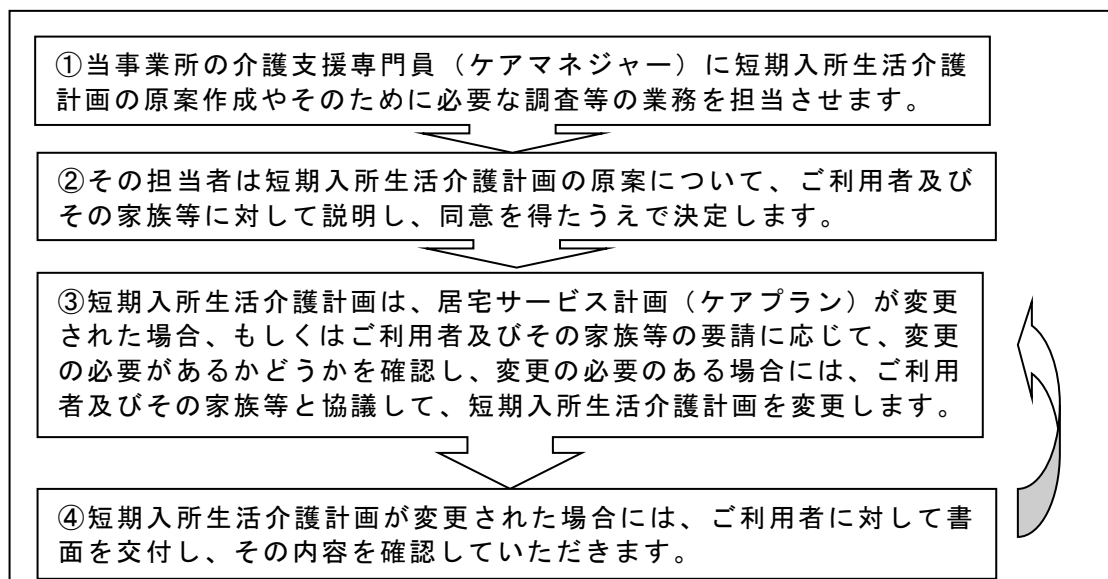
<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職種 | 嘱託 | 常勤換算 | 指定基準 | 職務内容 |
|-----------|-----|--------------------------|------|----------------|
| ① 施設長 | | 1 名 | 1 名 | 施設全体の管理監督 |
| ② 介護職員 | | 配置基準以上の配置 | 18 名 | 身体介護、生活支援 |
| ③ 生活相談員 | | 1 名 | 1 名 | 入退所管理、生活相談 |
| ④ 看護師 | | ※3 名以上 | 3 名 | 健康管理、応急処置、薬品管理 |
| ⑤ 嘱託医 | (2) | ※1 名 (内科医) ※1 名 (歯科医) | 1 名 | 健康管理、医療処置 |
| ⑥ 機能訓練指導員 | | ※1 名以上 | 1 名 | 機能訓練指導 |
| ⑦ 管理栄養士 | | ※1 名 | 1 名 | 献立作成、栄養管理、食事指導 |
| ⑧ 介護支援専門員 | | 1 名 | 1 名 | 介護計画作成、介護認定業務 |
| ⑨ 歯科衛生士 | | ※1 名 | | 口腔衛生の管理、口腔ケア指導 |

※看護師、機能訓練指導員、管理栄養士、歯科衛生士、嘱託医師、歯科医師 については特養全体（2階・3階）の配置数を記載しています。

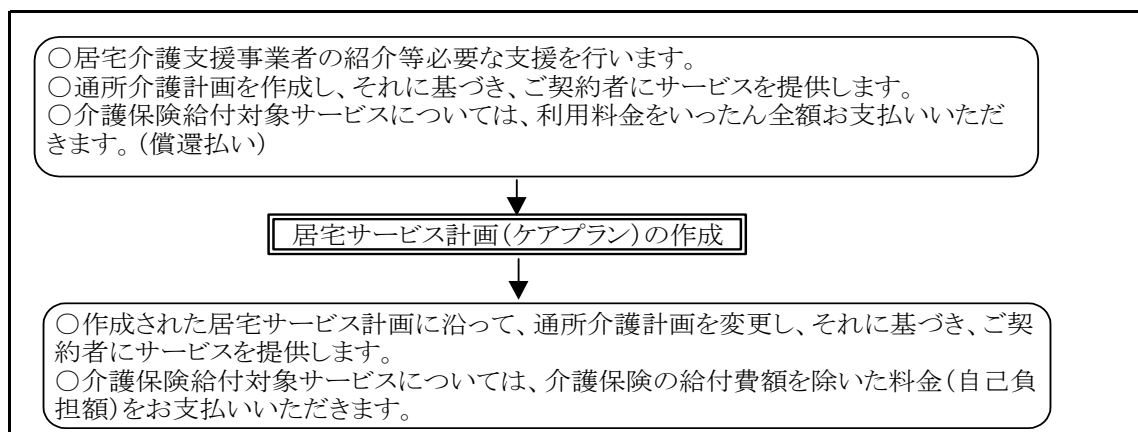
・ □ 4. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) ご利用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）」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）

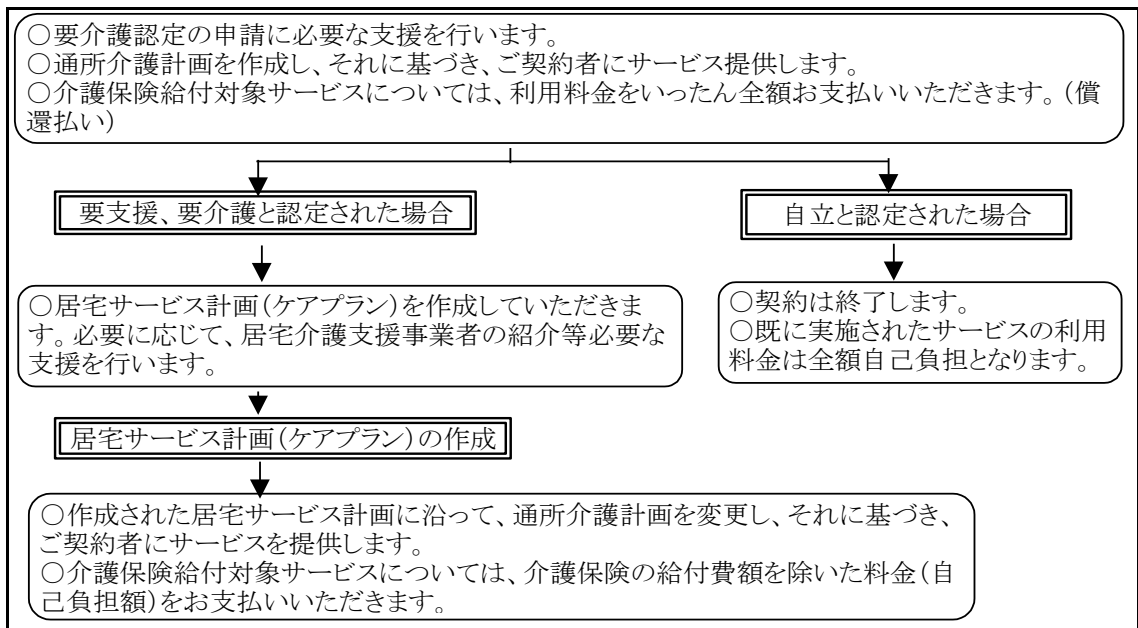


(2) ご利用者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



□ 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の対象サービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の通常9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

- ・栄養士（管理栄養士）の立てる献立により、栄養並びにご利用者の身体状況を考慮した食事を提供します。嗜好による代替食品については、個人負担とさせていただきます。（ただしアレルギーは除きます。）

- ・食事は各ユニット内で召し上がっていただくことを原則としています。

（基本食事提供時間）

朝食 7:30～9:30 昼食 11:30～13:30 夕食 17:30～19:30

※食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、「食事に係る自己負担額」は請求されません。

②入浴

- ・原則、週2回以上入浴して頂きます。体調やその身体状況により入浴ができない場合は清拭をその都度実施します。

- ・当施設は機械浴がございません。個人浴槽若くは一般浴槽での入浴が基本となります。

③排泄

- ・ご利用者の自立支援を目指し、できる限りトイレで排泄できるように支援させていただきます。

- ・排泄用品の使用は、尿取りパットが基本となります。

④健康管理

- ・ご利用者が健康で生活できるように当園全ての職種が連携することにより、健康管理を含めた支援させていただきます。

⑤送迎サービス ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

送迎料 片道 1,840 円 自己負担額 184 円

※旧五條市内において送迎は保険適用となります。それ以外の地域についてはご相談の上、実費をいただきます。

<サービス利用料金(1日あたり)> (契約書第7条参照) : 別紙料金表参照

下記の料金表によって、ご利用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、ご利用者の要介護度に応じて異なります。

| 要介護度 | 基本報酬 /日 | 各種加算 /日 | 介護保険負担限度額認定 | | 1日 | |
|------|------------|------------|-------------|-----|-------|--------|
| | | | 居宅 | 食費 | | |
| 要支援1 | 446 | 12 | 第1段階 | 0 | 300 | ¥758 |
| | | | 第2段階 | 370 | 390 | ¥1,218 |
| | | | 第3段階① | 370 | 650 | ¥1,478 |
| | | | 第3段階② | 370 | 1,360 | ¥2,188 |
| | | | 第4段階 | 855 | 1,500 | ¥2,813 |
| 要支援2 | 555 | 13 | 第1段階 | 0 | 300 | ¥868 |
| | | | 第2段階 | 370 | 390 | ¥1,328 |
| | | | 第3段階① | 370 | 650 | ¥1,588 |
| | | | 第3段階② | 370 | 1,360 | ¥2,298 |
| | | | 第4段階 | 855 | 1,500 | ¥2,923 |
| 要介護1 | 596 | 27 | 第1段階 | 0 | 300 | ¥923 |
| | | | 第2段階 | 370 | 390 | ¥1,383 |
| | | | 第3段階① | 370 | 650 | ¥1,643 |
| | | | 第3段階② | 370 | 1,360 | ¥2,353 |
| | | | 第4段階 | 855 | 1,500 | ¥2,978 |
| 要介護2 | 665 | 27 | 第1段階 | 0 | 300 | ¥992 |
| | | | 第2段階 | 370 | 390 | ¥1,452 |
| | | | 第3段階① | 370 | 650 | ¥1,712 |
| | | | 第3段階② | 370 | 1,360 | ¥2,422 |
| | | | 第4段階 | 855 | 1,500 | ¥3,047 |
| 要介護3 | 737 | 28 | 第1段階 | 0 | 300 | ¥1,065 |
| | | | 第2段階 | 370 | 390 | ¥1,525 |
| | | | 第3段階① | 370 | 650 | ¥1,785 |
| | | | 第3段階② | 370 | 1,360 | ¥2,495 |
| | | | 第4段階 | 855 | 1,500 | ¥3,120 |
| 要介護4 | 806 | 29 | 第1段階 | 0 | 300 | ¥1,135 |
| | | | 第2段階 | 370 | 390 | ¥1,595 |
| | | | 第3段階① | 370 | 650 | ¥1,855 |
| | | | 第3段階② | 370 | 1,360 | ¥2,565 |
| | | | 第4段階 | 855 | 1,500 | ¥3,190 |
| 要介護5 | 874 | 30 | 第1段階 | 0 | 300 | ¥1,204 |
| | | | 第2段階 | 370 | 390 | ¥1,664 |
| | | | 第3段階① | 370 | 650 | ¥1,924 |
| | | | 第3段階② | 370 | 1,360 | ¥2,634 |
| | | | 第4段階 | 855 | 1,500 | ¥3,259 |

□ 【負担限度額認定】

- ・居室と食事に係わる費用について、介護保険負担限度額認定証を受けている場合には、認定証に記載している負担額限度額とします。
- ・上記の表は負担限度割合証が1割の方を例にしています。負担限度額割合証が1割ではない方については、上記の自己負担額は負担限度額認定証に従事します。
- ・介護保険基準サービス費に加え下記の加算を算定することがあります。

□ 【各種加算】

別紙 料金表参照

□ 2) 介護保険の基準外のサービス (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利用者の負担となります。

また、(2)の内容については入居者のご希望により請求させていただきます。

事業者の経済状況、または社会情勢等の変化、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か月前までにご説明します。

<サービスの概要と利用料金>

□①食費（食費に係る自己負担額）

ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：1日あたり 1,500 円（朝食 220 円、昼食 640 円、夕食 640 円）

おやつ代 270 円

□②理美容

利用期間中、理容師による理髪サービス（調髪、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 2,500 円

美容 ※ご利用者の希望により、利用の仲介をさせていただきます。

利用料金：美容（毛染め、パーマ等）にかかる実費。

□③レクリエーション、クラブ活動、喫茶

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動・喫茶に参加していただけます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

□④複写物の交付

ご利用者は、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 20 円）

□⑤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利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

・ コンセント使用料：1 コンセント 1 日 110 円

但し、テレビ、冷蔵庫については、1 コンセントにつき 1 日 140 円とさせていただきます。

・ 事務管理手数料：1 日 80 円

…貴重品の管理やお荷物の管理に係る手数料。

・ 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。

・ 乳酸菌飲料代 100 円/個（ラクトフェリンヨーグルト）

（※胃瘻の場合、年間を通じて 25 円となります。）

ご希望により提供させていただくことができます。

□⑥受診にかかる交通費・付き添い費

ご本人に係る医療機関への受診については、ご家族でお願いします。ただし、やむを得ず付き添いが出来ない場合は、下記の通り料金を支払う事とします。

〈祥水園の公用車を使用した場合の交通費〉

1,500mまでは、780 円。以後 1,000mごとに 360 円を頂きます。

〈病院受診の付き添い費用〉

職員が付き添い、受診中のご利用者の介護・介助をさせていただきます。

1 時間 3000 円

・受診された際、ご利用者が入院となった場合、必ず保証人若くはご家族に病院まで来ていただく必要があります。入院に係る手続きは当園職員が行うことはできません。また、付き添いに関しては、入院が決まるまでとさせていただきます。

・受診される場合、付き添いをする職員を選んでいただくことはできません。ご利用者の心身の状況に合わせて、当園で必要と判断する職員が付き添いさせていただきます。

〈救急搬送された場合〉

| |
|--|
| 搬送後、入院になった場合 |
| ・職員が帰園するための交通費（タクシー代） ※1 保証人が送って頂ける場合は必要ありません。 ※2 深夜等でタクシーが運行していない場合祥水園公用車を使用して当園職員が迎えに行きますので相当の費用が必要です。 |
| 受診のみで帰園する場合 |
| ・職員、ご利用者が帰園するための交通費が必要です。 当園公用車を使用して迎えに行きますので、その往復の交通費を請求いたします。 |

※料金に関しては、タクシー料金を参考にしております。

□（3）利用料金の支払い方法（契約書第 7 条参照）

ご利用者は、前記（1）、（2）の料金・費用を下記の通り事業者が定めた支払い方法に従い、いずれかの方法で決められた期日までに、ご利用期間分の合計金額を支払うものとします。※引き落とし通帳は本人以外の通帳でもかまいません。

① 南都銀行での引き落としとさせていただきます。

サービス利用料金の当月分を翌月に一括して請求させていただきます。

□（4）利用の中止、変更、追加（契約書第 8 条参照）

①利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、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担当ケアマネージャーにご相談ください。

②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。但しご利用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 |
| 利用予定日の当日に申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の 100% (自己負担相当額) |

③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。

- ④ご利用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、既の実施されたサービスに係る利用料金をお支払いしていただきます。
- ⑤以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所して頂く場合があります。
 - ・ご利用者が中途退所を希望した場合
 - ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
 - ・ご利用中に体調が悪くなった場合
 - ・他のご利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合
 - ・その他、事業者がサービスの中止が必要と判断した場合

□ 6. サービスの利用に関する留意事項

当園のご利用にあたって、施設に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持ち込みの制限

- ・利用にあたり、私物の持ち込みに関しては、原則自習とさせていただきますが、居室に入る分または、ご利用者の生活に支障がないこと。危険物、火器の持ち込みは禁止とさせていただきます。
- ・食品の持ち込みについては、「ショート食事連絡票」に記載されているものについてはお持ちいただく事ができます。それ以外についてはお断りさせていただきます。個人の理由で持ちこむ場合はご相談ください。
- ・当園が定めた物品以外について、お持込になった場合、紛失、破損などのトラブルについて当園は一切責任を負いません。自己責任でお願いします。

②面会

面会時間 9:00～18:00

- ・面会の際は、必ず面会簿にご記入の上、面会カードをわかるように携帯ください。感染予防として、当園玄関にて手洗いとうがいをお願いいたします。
- ・食品等のお持込は職員とご相談ください。
- ・施設は敷地内禁煙となっており、喫煙スペースはございません。

③施設・設備の使用上の注意（契約書第9条参照）

- ・居室及び共用スペースは、その本来の用途に従って利用して下さい。
- ・設備や備品を破損や破壊、汚したりした場合は、その事由に関わらず、ご利用者に自己負担により原状復帰していただくか、相当の代価をお支払いいただきます。
- ・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生上の管理が必要であると認められる場合には、必要な措置を取ります。

- ・職員や他のご利用者に対し、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。

④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、ご利用者の希望により、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。)

①協力医療機関

| | |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 上田医院 |
| 所在地 | 奈良県大和高田市磯野東町 1-10 |
| 診療科 | 内科 |

| | |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 紀和病院 |
| 所在地 | 和歌山県橋本市岸上 18 番地の 1 |
| 診療科 | 総合 |

②協力歯科医療機関

| | |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 加藤歯科医院 |
| 所在地 | 五條市野原西 1-6-2 |

③提携医療機関

| | |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | 上田クリニック |
| 所在地 | 和歌山県伊都郡かつらぎ町笠田東 171 |
| 診療科 | 心療内科 |

□7. 損害賠償について（契約書第 13 条、第 14 条参照）

- ①当施設において、事業者の責任により、ご利用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。ただし、その損害の発生について、ご利用者側に故意または過失が認められる場合においてご利用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、自己の責に帰する事由がない限り、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。
- ③ご利用者、その保証人、ご家族が、契約締結に際し、ご利用者の心身の状況及び病歴などの重要事項について、故意これを告げず、または、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。
- ④ご利用者、保証人、ご家族がサービス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、また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。

- ⑤ご利用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。
- ⑥ご利用者が事業者若くはサービス従事者の指示等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。

□ 8. 契約の更新・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。

□ (1) 契約の終了

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、以下の事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約を終了します。(契約書第16条参照)

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご利用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、ご利用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ご利用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。)

□ (2) ご利用者からの解約・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、ご利用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日前までに申し出て下さい。

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の利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者の「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利用者の身体・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他の利用者をご利用者の身体・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

□（３）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 19 条参照）（ 同意します ）

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ご利用者による、サービス利用料金の未払いが発生した場合は、いかなる場合であっても再度利用して頂く事はできません。
引き落とし不能により、再度引き落とし手続きを行う場合には、引き落とし手数料、遅延損害利息を支払うものとします。
- ③ご利用者が、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その他、事業者がサービスの利用継続が困難または不可能であると破断した場合

□（４）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、事業者はご利用者の心身の状況、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。

□ 9. 苦情の受付について（契約書第 21 条参照）*

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ます。

| | |
|-----------------------|--|
| 苦情、ご意見 受付窓口 | 担当者：生活相談員・施設長 所在地 五條市野原西 3 丁目 3 番 41 号 TEL 0747 - 23 - 0615 FAX 0747 - 22 - 8713 受付時間 9：00～17：30 |
| 祥水園 第三者委員会 受付窓口 | 第三者委員 ・岩城祥英 TEL:0747-24-3951 ・藤山純一 TEL:0742-32-2000 |
| 五條市役所社会福祉課 | 所在地 五條市岡口 1 丁目 3-1 電話番号 0747-22-4001 内線 294 受付時間 9：00～17：15（平日のみ） |
| 奈良県国民健康保険 団体連合会 | 所在地 奈良県橿原市大久保町 3303-1 市町村会館 電話番号 0744-29-8326 FAX 0744-21-6822 フリーダイヤル 0120-21-6899 受付時間 9：00～17：00（平日のみ） |

□ 1 0. 事故発生時の対応について（契約書第 21 条参照）

- ・事業者はご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、保証人またはご家族へ速やかに連絡するとともに、必要に応じて保険者への連絡等必要な措置を講じます。

- ・事業者は前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を行います。
- ・事故が発生した場合は、必ずご家族にご連絡します。重大な事故の場合は、3日以内に行政へ報告する義務がありますので、その旨ご了承ください。

□ 1 1. 個人情報保護と秘密保持の厳守

当園の「個人情報保護に対する基本方針」に基づき適切に利用させていただきます。

□ 1 2. 非常災害時の対策

| | |
|--------|--|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画により対応いたします。 |
| 平時の訓練 | ・別途定める消防計画に則り、年2回、避難・防災訓練を、ご利用者の方も参加して実施します。 |
| 防災設備 | <ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 有 ・室内防火栓 有 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 有 ・スプリンクラー 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水3日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・懐中電灯等） |
| 消防計画 | 消防署への届出日：平成30年12月 防火管理者：斎藤潤 |

1 3. □ 虐待防止と身体拘束の適正化対策

ご利用者の人権の擁護、虐待防止や身体拘束の適正化の為、虐待防止委員会や身体拘束防止委員会を中心として活動し、その対策に取り組む。

1 4. □ 緊急時の対応

- ・サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに 家族や担当ケアマネージャー、主治医または事業所が定めた協力医療機関への連絡 を行う等の必要な措置を講じます。

1 5. □ 福祉サービス第三者評価事業

福祉施設に対して福祉サービスの質を第三者が評価する物。

実施 ・ 未実施

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開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

【事業者】 従来型指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 水がたり
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

施設長 松本 昇 (印)

令和 年 月 日

説明者 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】

〒 _____

住 所 _____

氏名 _____ (印)

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

【代筆者】

〒 _____

住 所 _____

氏名 _____ (印) (本人との関係)