

重要事項説明書（介護予防短期入所生活介護サービス）

あなたに対する介護予防短期入所生活介護サービス提供にあたり、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、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116号）」第10条の規定に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

| | |
|------------|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 惠愛会 |
| 主たる事務所の所在地 | 大阪府池田市井口堂二丁目4番6号 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 下里 英規 |
| 設立年月日 | 平成25年12月3日 |
| 電話番号 | 072-760-0003 |
| ファクシミリ番号 | 072-760-0303 |
| ホームページアドレス | https://orangegroup-swc.com/ |

2. ご利用施設

| | |
|----------|------------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム オレンジ池田 |
| 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設 |
| 施設の所在地 | 大阪府池田市井口堂二丁目4番6号 |
| 施設長の氏名 | 平野 泰典 |
| 電話番号 | 072-760-0003 |
| ファクシミリ番号 | 072-760-0303 |
| 開設年月 | 平成27年4月 |

3. ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 利用定員 |
|-------------|------|
| 特別養護老人ホーム | 50名 |
| 有料老人ホーム | 24名 |
| 通所介護サービス | 18名 |
| 障がい者グループホーム | 10名 |

4. 施設の基本理念と運営の方針等

| | |
|---------|---|
| 施設の基本理念 | <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスを通して、安心して暮らせる街づくりを実現する ・お客様満足を追求し、努力と研鑽を惜しまず行動する ・法人の一員として、職員が誇りを持てる職場環境を構築する ・人との出会いを大切にし、共に歩めることに感謝する |
| 運営の方針 | <ol style="list-style-type: none"> ① 利用者様の本当の願いの実現を全力で目指します ② 利用者様の期待値を超越する最高のおもてなしを提供します ③ 利用者様の向上心と生きがいを大切にします |
| 事業の目的 | 施設サービス計画書に基づき、可能な限り、居宅での生活の復帰を念頭におき、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養の介助を行うことにより、利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう援助することを目的とします。 |

5. 施設の概要

短期入所施設「オレンジ池田」

| | | | |
|----|-------------------------|-------------------------|--|
| 敷地 | 2,293.27 m ² | | |
| 建物 | 構造 | 鉄骨鉄筋コンクリート造 | |
| | 延床面積 | 4,230.93 m ² | |
| | 利用定員 | 10名 (1ユニット定員10名) | |

(1) 居室

| 居室の種類 | 室数 | 面積 | 1人あたり面積 |
|---------|-----|--------------------|----------------------|
| ユニット型個室 | 10室 | 780 m ² | 15.60 m ² |

◇居室の変更：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。

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | 備考 |
|-------------|------------------|--|----|
| スタッフルーム | 1 | 39.39 m ² | |
| 医務室 | 1 | 11.80 m ² | |
| 機能訓練室 | 1 | 68.40 m ² | |
| キッチン | 1 | 56.52 m ² | |
| 共同生活室 | 1 | 623.04 m ² | |
| 一般浴室 | 1 | 24.81 m ² | |
| 機械浴室 | 特殊浴槽1台 リフト式3台 | 14.70 m ² 24.81 m ² | |
| レクリエーションルーム | 1 | 68.40 m ² | |

| | | | |
|-----------|------------------|----------------------|---------|
| 洗面所 | 1箇所 | | 各居室にもあり |
| 便所 | 1箇所（ウォシュレット設備の有） | 20.31 m ² | 各居室にもあり |
| ナースステーション | 1 | 10.05 m ² | |
| 調理室 | 1 | 85.61 m ² | |
| 洗濯室または洗濯場 | 1 | 29.4 m ² | |
| 汚物処理室 | 1 | 15.36 m ² | |

6. 職員体制

〈主な職種の配置体制〉

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 常勤換算後の人員 | 指定基準 | 保有資格 | | | |
|---------|----|----|----|-----|----|----------|------------------------------|------------|--|--|--|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | | | | |
| 施設長 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | | | | |
| 医師 | 1 | | | 1 | | | 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数 | 医師免許 | | | |
| 看護職員 | 4 | | 2 | | 2 | 3 | 3 | 正・準看護師 | | | |
| 介護職員 | 32 | 24 | | 8 | | 29 | 20 | 必要資格 | | | |
| 生活相談員 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 必要資格 | | | |
| 機能訓練士 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 必要資格 | | | |
| 栄養士 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 栄養士（管理栄養士） | | | |
| 介護支援専門員 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 介護支援専門員 | | | |
| 調理員 | 8 | | | 8 | | 3 | | | | | |
| 事務員 | 3 | | | 3 | | 2 | | | | | |

※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の週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。

7. 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 |
|---------|---|
| 施設長 | 9時～18時 |
| 医師 | 週1回15時30分～17時30分 |
| 看護職員 | 早出 8時～17時 日勤 9時～18時 遅出 10時～19時 |
| 介護職員 | 早出1 7時～16時 日勤1 9時～18時 日勤2 10時～19時 遅出1 11時～20時 遅出2 12時～21時 夜勤1 21時～翌朝7時 夜勤2 22時～翌朝7時 |
| 生活相談員 | 9時～18時 |
| 機能訓練指導員 | 9時～18時 |
| 栄養士 | 9時～18時 |
| 介護支援専門員 | 9時～18時 |
| 調理員 | 6時～21時シフト制 |
| 事務員 | 9時～18時シフト制 |

8. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

(1) - 1 介護保険給付によるサービス

| サービスの種別 | 内容 |
|---------|--|
| 排せつ | 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。 |
| 入浴 | 入浴日～最低週2回以上 入浴時間 9時～15時（多少時間の変更あり） |
| 離床 | 寝たきり防止のため、特に制限のない方は毎日の離床のお手伝いをします。 |
| 着替え | 毎朝夕の着替えのお手伝いをします。 |
| 整容 | 身の回りのお手伝いをします。 |
| シーツ交換 | シーツ交換は最低週1回行います。 |
| 洗濯 | 必要に応じて衣類の洗濯を行います。 |
| 機能訓練 | 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、機能訓練指導員による機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。 |

| | |
|-----------|------------------------|
| 介護相談 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |
| 健康管理・服薬管理 | 医師や看護職が健康管理・服薬管理を行います。 |

(1) — 2 食事について（食費）

| | |
|----|---|
| 食事 | <p>食事時間 朝食 8時～9時まで 昼食 12時～13時まで 夕食 17時30分～18時30分まで</p> <p>食事場所 基本的に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。 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。 外食等により、施設提供を必要としない場合は5日前までに申し出てください。 自己負担額は1,600円／日</p> |
|----|---|

(1) — 3 居室（居住費）

当施設には下記の種類の居室があります。

| 居室の種類 | 内容 |
|---------|--|
| ユニット型個室 | 1ユニット10名で、台所、食堂、浴室などの共用スペースが設けられている個室です。 自己負担額は3,000円／日 |

※食費、居住費は介護保険負担限度額認定の対象になります。

(1)―4 <サービス利用料金(1日あたり)>(契約書第6条、サービス内容説明書参照)

下記の料金表によって、ご入居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、ご入居者の要介護度に応じて異なります。)

| 1. ご入居者の要介護度とサービス利用料金 | 負担割合 | 要支援1 | 要支援2 |
|-------------------------------------|------|-------------------------------------|---------|
| | | 5,362 円 | 6,641 円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 1割 | 4,826 円 | 5,977 円 |
| | 2割 | 4,290 円 | 5,313 円 |
| | 3割 | 3,753 円 | 4,649 円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額 (1-2) | 1割 | 536 円 | 664 円 |
| | 2割 | 1,072 円 | 1,328 円 |
| | 3割 | 1,609 円 | 1,992 円 |
| 4. 居室に係る自己負担額 | | 3,000 円 | |
| 5. 食事に係る自己負担額 | | 1,600 円(朝食:350 円、昼食 650 円、夕食 600 円) | |
| 6.自己負担額合計(3食すべて召し上がった場合) (3+4+5) | 1割 | 5,136 円 | 5,264 円 |
| | 2割 | 5,672 円 | 5,928 円 |
| | 3割 | 6,209 円 | 6,592 円 |

※別途、上記の金額に職員の配置状況等により、加算分が追加される場合があります。

※上記金額の一ヶ月分を合算したものを単位数計算は四捨五入、円換算時は端数切捨てを行なった上で精算いたしますので実際の請求額と若干差が生じます。

○ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

○「介護保険負担割合証」にて負担割合のご確認をお願い致します。

○送迎加算…184 単位(自己負担 197 円/片道)

短期入所の入退所時に、利用者本人の心身の状況や家族の事情等により送迎が必要だと認められた時、自宅と事業所間の送迎に限定して実施した場合に加算されます。

○介護職員等処遇改善加算(I)…総単位数の 1000 分の 140 に相当する単位数

○サービス提供体制強化加算(I)…22 単位/日(自己負担 24 円/日)

①介護福祉士割合 80%以上、②勤続 10 年以上の介護福祉士割合 35%以上のいずれかを満たす場合に加算されます。

○サービス提供体制強化加算(II)…18 単位/日(自己負担 19 円/日)

介護福祉士の資格を持つ介護職員が 60%越えている事業所に対して加算されます。

○サービス提供体制強化加算(III)…6 単位/日(自己負担 7 円/日)

①介護福祉士割合 50%以上、②常勤職員割合 75%以上、③勤続 7 年以上の職員割合 30%以上のいずれかを満たす場合に加算されます。

○個別機能訓練加算…56 単位/日(自己負担 60 円/月)

機能訓練指導員を配置し、他の職種の者と共同して計画作成、機能訓練の実施を行い、また、定期的に利用者の居宅を訪問し生活状況を確認した場合に加算されます。

○生活機能向上体制加算…200 単位/月(自己負担 214 円/月)

事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成した場合に加算されます。

○認知症専門ケア加算…3 単位/日、又は 4 単位/日(自己負担 4 円又は 5 円)

利用者のうち日常生活に支障を来す恐れのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症のものの占める割合が 2 分の 1 以上かつ、認知症介護にかかる専門的な研修の終了者、又は認知症介護の指導にかかる専門的な研修を終了している者を 1 名以上配置している場合に加算されます。

○療養食加算…8 単位/食(※自己負担 9 円/食)対象者のみ。

厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合に算定されます。

※上記金額の一ヶ月分を合算したものを単位数計算は四捨五入、円換算時は端数切捨てを行なった上で精算いたしますので実際の請求額と若干差が生じます。

※上記の単位数に記載されている金額は、1割負担の場合の例となります。「介護保険負担割合証」にて負担割合のご確認をお願い致します。

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※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。

◇当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。

| 対象者 | 区分 | 居住費 | 食費 |
|--|---|---------------|--------------------|
| 市町村民税 非課税世帯 全員（世帯を 分離してい る配偶者を 含む）が | 老齢福祉年金受給者、生活保 護受給者 | 利用者負担 段階1 | 880 円 300 円 |
| | 課税年金収入額と合計所得金 額の合計が80万円以下の方 | 利用者負担 段階2 | 880 円 600 円 |
| | 課税年金収入と非課税年金収 入額の合計が80万円を超え1 20万円以下の方など | 利用者負担 限度3① | 1,370 円 1,000 円 |
| | 課税年金収入と非課税年金収 入額の合計が120万円超の方 など | 利用者負担 段階3② | 1,370 円 1,300 円 |
| 上記以外の方 | 利用者負担 段階4 | 3,000 円 | 1,600 円 |

（2）介護保険給付外サービス

| サービスの 種別 | 内容 | 自己負担額 |
|--------------|--|-------------------|
| 理髪・美容 | 1か月に1回（希望者のみ） | 実費をご負担いただ きます。 |
| レクレーション行事 | 当施設では、レクレーション行事等を行って おります。参加されるか否かは任意です。 | 実費をご負担いただ きます。 |
| 特別な食事 | ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。 | 実費をご負担いただ きます。 |
| 金銭管理サ ービス | 銀行通帳、実印等の保管サービスのほか、公 共料金等の支払等代行サービスを行います。 ご利用されるか否かは任意です。 ご利用頂く場合には別途ご契約が必要です。 | 100 円／日 |
| その他 | <p>※医療</p> <p>当施設の医師による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付 サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては他の 医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途 自己負担して頂くことになります。</p> <p>○複写物の交付代</p> <p>1枚 白黒 10 円、カラー30 円（税込）</p> | |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>※ 電化製品使用料金 以下の物品を居室に持ち込む場合には一律一 品目一日／20 円（税込）</p> <p>品目：冷蔵庫、その他家電製品（加湿器、電気毛布、電気アンカ 等暖房器具＝11月～3月においてのみ）</p> |
| ○嗜好飲料 | 100 円／日（税込） |
| ○私物クリーニング | 実 費 |
| ※（外注となりますので直接業者への支払になります） | |
| ○おやつ代 | 100 円／1 食（税込） |

9. 虐待の防止について

事業者は、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 平野 泰典 |
|-------------|-----------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。

- (3) 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。

10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及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、利用者本人または他人の生命・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……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

11. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、以下の専用窓口までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

○苦情受付窓口 山口 里佳

○苦情処理責任者 平野 泰典

苦情申出人が第三者委員への報告を希望する場合、匿名での苦情及び文書による重大な指摘があった場合は、速やかに第三者委員に報告し必要な対応を行います。第三者委員に報告した場合は、必ず返答をもらい苦情申出人に結果を報告します。

○第三者委員 黒田 拓四郎 TEL 090-3677-4695

兼田 尚樹 TEL 090-8291-8468

当事業所において、処理し得ない内容については、池田市、大阪府の行政窓口、国保連等の関係機関との協力により適切な対応を利用者の立場にたって検討し対応します。

| | |
|---------------------|---|
| 池田市役所保健福祉部 高齢介護課 | 所在地 池田市城南1丁目1番1号 池田市役所2階 電話番号 072-754-6256 受付時間 (月～金) 9:00～17:30 |
| 大阪府高齢介護室 介護事業者課 | 所在地 大阪市中央区大手前2丁目1番22号 電話番号 06-6944-7203 受付時間 (月～金) 9:00～18:00 |
| 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 中央大通りFNビル 電話番号 06-6949-5418 受付時間 (月～金) 9:00～17:00 |

1 2. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所介護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。

市町村：池田市 地域支援課 電話番号：072-754-6256

居宅介護支援事業者等： 電話番号：

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| |
|--|
| 保険会社名：三井住友海上 保険名：社会福祉施設・事業者総合補償制度（プラン②） 補償の概要：基本補償支払い限度額（1事故/保険期間中）免責金額5,000円 基本補償（身体障害・財物損壊共通限度額）1億円 人格権侵害補償 100万円/1名 1,000万円/1事故 支援事業損害補償 1億円 受託財物損害補償 100万円 初期対応費用 1,000万円 訴訟対応費用 1,000万円 |
|--|

1.3. 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|--------------------------|--|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>① 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。</p> <p>② 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。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 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。</p> |
| ② 個人情報の保護について | <p>① 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。</p> <p>② 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。</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>③ 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。）</p> |
|--|--|

14. 緊急時の対応方法について

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、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

（1）主治医

氏名： 所属医療機関名等：

所在地：

電話番号：

（2）家族等連絡先

氏名： 続柄：

住所：

電話番号：

15. サービス提供の記録

（1）指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、提供の日から5年間保存します。

（2）利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16. 協力医療機関

| | |
|---------|-----------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 桜希会 東朋病院 |
| 院長名 | 石田 勲 |
| 所在地 | 大阪府大阪市都島区都島南通 2 丁目 8-9 |
| 電話番号 | 06-6923-6226 |
| 診療科 | 内科、外科、消化器内科、整形外科、リハビリテーション科 |

17. 協力歯科医療機関

| | |
|---------|----------------------|
| 医療機関の名称 | 室井歯科医院 |
| 院長名 | 室井 誠 |
| 所在地 | 大阪府豊中市岡上ノ町2丁目3-4-101 |
| 電話番号 | 06-6841-7585 |

18. 非常災害時の対策

| | |
|----------|---|
| 災害時の対応 | 別途定める「介護老人福祉施設オレンジ池田消防計画」に則り対応を行います。 |
| 近隣との協力関係 | 旭丘自治会会員 |
| 平常時の訓練 | 別途定める「介護老人福祉施設オレンジ池田消防計画」に則り年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。 |
| 防災設備 | スプリンクラー 避難階段 自動火災報知器 誘導灯 ガス漏れ報知器 防火扉・シャッター 屋内消火栓 非常通報装置 漏電火災報知器 非常用電源 カーテン・布団等は、防炎性能のあるものを使用しております。 |
| 消防計画等 | 防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。 防火管理者：平野泰典 |

19. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|----------------|--|
| 来訪・面会 | 面会時間 9時30分～18時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出でください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、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、弁償していただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙はお断りします。（健康増進法第25条の施設の為） 飲酒は・・・担当医の許可が必要 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください |
| 所持品の管理 | ご利用者自身が所持品の管理が困難な場合には所持品管理サービスもご利用頂けます。 |
| 現金等の管理 | ご利用者自身が現金等の管理が困難な場合には現金等管理サービスもご利用頂けます。 |
| 宗教活動・政治活動・営利活動 | 施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動、営利活動はご遠慮ください |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。 |

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護のサービスの提供の開始に際し、大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、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 116 号）」第 10 条の規定に基づいて、上記重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム オレンジ池田

説明者職名 生活相談員 氏名 山口 里佳 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、その内容を理解しました。

利 用 者

| | |
|----|---|
| 住所 | 〒 |
| 氏名 | 印 |

連帯保証人

| | | | |
|-----|------------------------|--------|------|
| 住所 | 〒 | | |
| 氏名 | フリガナ 印 立会人 (続柄) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | FAX 番号 | 携帯電話 |

身元引受人

| | | | |
|-----|------------------------|--------|------|
| 住所 | 〒 | | |
| 氏名 | フリガナ 印 立会人 (続柄) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | FAX 番号 | 携帯電話 |

重要事項の説明に立ち会われた方は、氏名記入欄の『立会人』に○を記して下さい。

【請求書兼明細書 及び 領収書の送付先】

| | | | |
|-----|-----------------------|--------|------|
| 住所 | 〒 | | |
| 氏名 | <u>フリガナ</u> (続柄) 印 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | FAX 番号 | 携帯電話 |

