（介護予防）短期入所療養介護　重要事項説明同意書

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、パークサイド なごみのサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

〈事業者〉

事業者名　　医療法人 河和会
パークサイド なごみ

説明者職名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、重要事項説明書に基づいて、パークサイド なごみのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

〈入所者様〉

ご住所　〒　　－　　

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈代理人様〉（選任した場合）

ご住所　〒　　－　　

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※「６．利用料金」の内容に同意し、従来型個室の利用を希望　する　・　しない

※「１９．写真・映像等の撮影・掲載について」に理解の上同意　する　・　しない

医療法人 河和会　パークサイド なごみ
短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）　重要事項説明書

あなた様（又はあなた様のご家族）が利用しようと考えている短期入所療養介護サービス（介護予防短期入所療養介護サービス）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内容を説明させていただきます。

この「重要事項説明書」は、「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」又は、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のため効果的な支援の方法に関する基準」の規定に基づき、短期入所療養介護サービス、又は介護予防短期入所療養介護サービス提供契約・締結に際して、説明するものです。
ご不明な点がございましたら、遠慮なくご質問ください。

１．開設者の名称及び所在地等について

名称・法人種別	医療法人 河和会
代表者名	理事長　内藤　博江
所在地	大阪府和泉市鶴山台二丁目 4 番 7 号
連絡先	電話 0725-46-2211　FAX 0725-46-0881
法人設立年月日	平成８年１月１６日

２．事業の目的及び運営方針

（１）事業所の目的

当事業所は、要介護状態（要支援状態）と認定された利用者様（以下、「利用者様」という）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者様の療養生活の質の向上および利用者様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とすします。

（２）運営方針

利用者様の意思及び人格を尊重し、利用者様の立場に立って、それぞれの状態に応じた医療・看護・介護サービス・相談・援助を実施し、家庭や地域との結びつきを重視した運営を行います。

３．事業所の概要

（１）名称・所在地等

事業所の名称	パークサイドなごみ
管理者の氏名	野田　亨
所在地	大阪府大阪市東住吉区公園南矢田三丁目 19 番 12 号

連絡先	電話 06-6606-2211　FAX 06-6606-2212
介護保険指定番号	大阪市指定（第２７５０８８００５２号）

（２）構造等の概要

敷　地　面　積		1,224.20　㎡
建物	構　　造	鉄骨造 3 階建（耐火構造）
	延べ床面積	2,542.64　㎡

（３）居室及び主な設備の概要

居室の種類	**室数**	**面積**	**一人当たりの面積**	**備考**
多床室	22	34.25~36.51 ㎡	8.56 ㎡~9.13 ㎡	
個室	12	9.20~9.87 ㎡	9.20 ㎡~9.87 ㎡	
設　備	**室数**	**面積**	**備考**	
食堂・談話室	3	69.93~112.29 ㎡	レクリエーションルームを含む	
デイルーム	1	77.82 ㎡	２階認知症専門棟	
浴　　室	1	19.16 ㎡		
特殊浴室	1	9.50 ㎡		
個別浴室	2	4.86~5.16 ㎡		
機能訓練室	1	104.38 ㎡		
診　察　室	1	8.45 ㎡		
会議・相談室	1	7.69 ㎡		
家族介護教室	1	33.89 ㎡		

（４）通常の送迎の実施地域

大阪市全域及び松原市全域

（５）当事業所の従業者の体制

職　種	**配置基準**	**職務内容**	**常　勤**	**非常勤**	**計**
施設長	１名	施設の運営管理	１名	０名	１名
医　師	１名	診断、治療、医学的管理等	１名	０名	１名
看護職員	１０名	入所者の看護	１７名	４名	２１名
介護職員	２４名	入所者の介護、リハビリ補助	３１名	３名	３４名
支援相談員	１名	利用者や家族との相談、他機関との連絡	４名	０名	４名
理学療法士	１名	リハビリテーションの実施、指導	８名	０名	８名
作業療法士			２名	０名	２名
言語聴覚士			１名	１名	２名
管理栄養士	１名	入所者の栄養管理、指導	１名	０名	１名

介護支援専門員	１名	施設サービス計画作成、介護相談等	４名	０名	４名
事務員	－	施設、設備の維持管理、経理等の事務	２名	２名	４名

４．短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）の内容

種　　類	内　　容
食　　事	利用者様の状況に応じて適切な食事介助を行います。 朝　食→０８：００～０９：００ 昼　食→１２：００～１３：００ おやつ→１５：００～１５：３０ 夕　食→１８：００～１９：００
栄養管理	栄養食事相談を実施します。
口腔ケア	食前の嚥下体操や、入所者様の状況に応じた適切な食後の口腔内ケアを行います。
入浴及び清拭	利用者様の状況に応じて適切な入浴又は清拭を行います。 ※寝たきり等の方は、機械浴も可能です
排　　泄	利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
整　容　等	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 毎日、起床時及び就寝時に着替え支援を行います。 寝たきり防止のため、出来る限りは離床に配慮します。 シーツ交換、寝具の消毒は週１回実施します。
機能訓練	身体機能の低下防止のため、機能訓練指導員により利用者様の状況に適した機能訓練を行います。
健康管理	定期的にバイタルチェックし、心身の状態等を把握します。 医師による週１回の診察を行います。
レクリエーション等	集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた機能訓練を行います。 趣味、趣向に応じた、創作活動の場を提供します。 季節の行事等を実施し、季節感を感じていただきます。 その他、娯楽設備（将棋、碁など）を備えます。
相談及び援助	利用者様及びその家族様からのご相談に応じます。
送迎	利用者様の心身の状態、ご家族様等の事情を考慮し、送迎を行うことが必要な場合に実施。
そ　の　他	

５．協力医療機関

当事業所は、利用者様に対し、事業所医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は歯科医療機関での診察を依頼することがあります。

医 療 機 関	**病院名**	東和病院
	診療科	内・外・整形・循・消・泌・皮膚・放・リ
	所在地	大阪市東住吉区田辺 4-13-15
	電話番号	06-6621-2211
	入院設備	有り
医 療 機 関	**診療所名**	医療法人なごみ会　なごみ診療所
	診療科	内科
	所在地	大阪市東住吉区田辺 4-12-14-102 号
	電話番号	06-4399-3250
	入院設備	なし
歯 科 機 関	**病院名**	うぐいすデンタルクリニック
	診療科	歯科
	所在地	大阪市東住吉区田辺 3-26-5
	電話番号	06-6626-2225
	入院設備	無し

６．利用料金

① 利用料金は厚生労働省が定める基準（告示上の報酬額）により、利用者様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額（通常は 9 割又は 8 割）を除いた金額（通常は 1 割又は 2 割の自己負担額）及び居住費・食費をお支払いください。

② 要介護認定（要支援認定）を受けていない場合は、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。その場合利用料金のお支払いと引換にサービス提供証明書と領収書を交付いたします。

③ 認定を受けられた後に、サービス提供証明書と領収書を添付の上、保険者（市町村）に申請すれば、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）。

【料金表：在宅強化型老健】

（1）介護保険給付対象サービス（日額）　【 】内は 2 割・3 割負担の場合

要介護度	多床室	従来型個室
要支援 1	721 円【1,441 円・2,161 円】	678 円【1,355 円・2,033 円】
〃　2	894 円【1,788 円・2,682 円】	834 円【1,668 円・2,502 円】
要介護 1	967 円【1,934 円・2,901 円】	878 円【1,756 円・2,634 円】
〃　2	1,050 円【2,099 円・3,149 円】	958 円【1,915 円・2,872 円】
〃　3	1,120 円【2,239 円・3,358 円】	1,027 円【2,054 円・3,081 円】

〃　4	1,182 円【2,363 円・3,544 円】	1,091 円【2,181 円・3,271 円】
〃　5	1,245 円【2,489 円・3,734 円】	1,152 円【2,303 円・3,454 円】

（2）要介護度に係わらず、加算される自己負担分　【 】内は 2 割・3 割負担の場合

種　類	内　容	利用料	
夜勤職員配置加算	夜勤職員を基準以上配置	1 日につき	26 円【52 円・78 円】
個別リハビリテーション実施加算	個別リハビリを実施	1 日につき	258 円【515 円・772 円】
認知症ケア加算（要介護のみ）	認知症専門等で利用	1 日につき	82 円【163 円・245 円】
認知症行動・心理症状緊急対応加算	BPSD により緊急利用	利用開始日から 7 日を限度	215 円【429 円・644 円】
緊急短期入所受入加算（要介護のみ）	緊急利用した場合で、上記加算を算定していない場合	利用開始日から 7 日を限度	97 円【193 円・290 円】
重度療養管理加算	要介護 4 以上で医学的管理を継続	1 日につき	129 円【258 円・386 円】
在宅復帰・在宅療養支援加算（Ⅱ）	強化型老健が在宅復帰・在宅療養支援をさらに推進	1 日につき	55 円【110 円・164 円】
送迎加算	自宅と事業所間送迎を実施	片道	198 円【395 円・592 円】
総合医学管理加算	治療管理を目的とした利用で主治医に情報提供	1 回の利用で 10 日間を限度	295 円【590 円・885 円】
口腔連携強化加算	口腔衛生状態及び口腔機能の評価、情報提供	1 回につき 月 1 回を限度	54 円【108 円・161 円】
療養食加算	医師の指示で療養食を提供	1 回につき	9 円【17 円・26 円】
緊急時施設療養費（緊急時治療管理）	緊急その他やむを得ない事情により治療	1 ヶ月 1 回 3 日間を限度	556 円【1,111 円・1,666 円】
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	テクノロジーの活用や業務改善の取り組み	1 月につき	11 円【22 円・33 円】
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員の総数のうち介護福祉士が６０％以上	1 日につき	20 円【39 円・58 円】
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	介護職員等の処遇改善を実施	所定単位数の 1000 分の 97 相当	

（３）介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外サービスの利用料は全額負担となります

①食費・居住費

種　　類	内　　容	利用料
食費（※）	朝食	250 円／1 回
	昼食	650 円／1 回
	おやつ	50 円／1 回
	夕食	650 円／1 回
居住費（※）	多床室	850 円／1 日
	個室	1,900 円／1 日

※負担限度額の認定を受けている場合は負担額が軽減されます。（以下表参照）

負担段階	個　　室	多床室	食　　費
第 1 段階	550 円／1 日	0 円／1 日	300 円／1 日
第 2 段階	550 円／1 日	430 円／1 日	600 円／1 日
第 3 段階①	1,370 円／1 日	430 円／1 日	1,030 円／1 日
第 3 段階②	1,470 円／1 日	430 円／1 日	1,360 円／1 日

②その他の費用

種　　類	内　　容	利用料（税別）
特別な室料	個室料（家具、テレビ、洗面台付き）	1,000 円／1 日
特別な食事代	特別なメニューの場合の加算	実費
教養娯楽費	レクリエーション等の材料費	実費
電気使用料	持ち込み電気器具を使用する場合	1 個につき 50 円／1 日
テレビ使用料	テレビをレンタル使用する場合	100 円／1 日
イヤホン代	テレビ用ステレオイヤホン	500 円／1 個
日用品費	タオル、シャンプー、石鹸、おしぼりなど	実費（委託業者）
私物洗濯代	私物の洗濯を希望する場合	実費（委託業者）
衣類リース代	衣類（シャツ、ズボン、下着等）のリース	実費（委託業者）
理美容代	訪問による理美容サービス	実費（委託業者）
健康管理費	予防接種や健診を希望する場合	実費
診断書交付料	介護保険給付外の診断書等 ※死亡診断書を含む	2,000 円／1 診断書
	レントゲン・心電図が必要な場合	上記に＋4,000 円
	便検査が必要な場合	上記に＋2,000 円
	関節可動域等の測定が必要な場合	上記に＋3,000 円
その他入所者の希望により発生する費用	その他の日用品、嗜好品、趣味活動に係る材料、文書作成など	実費

※　上記に定める利用料については、経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、入所

者様に対して変更を行う日の１ヶ月前までにご説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。

（４）お支払い方法

①毎月 15 日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。

②お支払い方法は下表の２方法となっております。契約時に選択してください。

方法	入金先	領収書の交付
銀行振込	銀行・晴天名： 三井住友銀行・西田辺支店 種 類・番 号： 普通預金・7004988 口 座 名 義 ： イ）コウワカイ	入金確認後に交付
現金	支払場所：事務所 対応時間：日～土曜日　9：00～18：00	受領後に交付

７．事業所利用の手続き

（１）利用手続き

① 当事業所の支援相談員により、利用を希望する期間の初日の 3 ヶ月前から、短期入所相談受付を行います。

② 必要書類（利用申込書、診療情報提供書、日常生活動作状況表、お食事についての調査表）を提出していただきます。

③ 利用者様及びご家族様と面談させていただきます。

④ 当事業所の医師、看護師、介護福祉士、管理栄養士、理学療法士、支援相談員、介護支援専門員で短期入所判定を行います。

⑤ 後日、支援相談員より短期入所判定の結果等について連絡通知させていただきます。

⑥ 当事業所への短期入所にあたり、重要事項の説明に同意していただいた上で、契約を締結いたします。

（２）解約手続き

＊利用者様からの契約解除

利用者様及び家族様は、3 日間以上の予告期間を持って、当施設に対し、解約の意思表明をすることにより、本契約に基づくサービス利用を解除・終了することができます。

＊当事業所からの契約解除

当施設は、利用者様及び家族様に対し、次に掲げる場合は本契約に基づくサービスを解除・終了することができます。

① 利用者様が要介護認定において自立と認定された場合。

② 利用様の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当事業所での適切な短期入所療養介護サービス（介護予防短期入所療養介護サービス）の提供が困難と判断された

場合。

③　天災、災害等その他やむを得ない理由により、当事業所を利用していただくことが困難となった場合。

④　利用者様が、他の介護保険施設に入所された場合。

⑤　利用者様が、病院等の医療機関に入院された場合。

⑥　利用者様が、死亡された場合。

⑦　利用者様が、当事業所の従事者並びに他の利用者様、又は、当事業所の設備並びに備品に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

⑧　利用者様、またはその関係者様による当事業所への過剰な要求、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、暴力等の人権を侵害する行為が認められ、当法人から改めるよう求めた場合で、その改善がみられなかったとき

⑨　利用者様、またはその関係者様と当事業所の信頼関係が損なわれ、健全かつ円滑なサービスの提供が困難となったとき

８．施設利用に当たっての留意事項

事　　項	内　　容
食　　事	栄養管理を施した食事を提供いたします。 尚、食べ物の持ち込みは、健康管理及び感染、食中毒、誤嚥などの事故発生予防上、原則禁止とさせていただきます。 万が一持ち込まれた飲食物を発見した場合、許可なく廃棄処分いたします。
面会・来訪	面会時間→０９：００～１８：００ 面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出て下さい。 ※来訪者が宿泊される場合には、必ず本施設の許可を得て下さい。 ※感染症等、対策を講じる必要性がある時は、施設長の判断で面会を制限、又は中止することがあります。
消灯時間	通年２１：００とします。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず訪問先と帰宅日時を職員に申出て下さい。 また、医師の許可を受けた上で、訪問先について、家族様に連絡をし、了解を得た場合に外出ができることとします。
他科受診	介護老人保健施設は不必要に入所者に医療機関等への通院をさせたり、往診を求めてはいけないことになっています。 したがって、入所中は施設医が必要と判断した場合以外、医療機関等への受診は一切認められません。 また、施設医の判断で他科受診を行う際は、介護老人保健施設「他科受診の手引き」にしたがって対応します。（例えば、他科受診先から一部を除く薬の処方ができないなど）

外出・外泊時の他科受診	外出・外泊時も上記と同様に不必要な他科受診はできません。 緊急の場合は必ず施設へ連絡をしてください。受診先と必要な連携を図り、対応します。
私物洗濯	家族様で、ご自宅にてお願いします。委託業者による私物洗濯サービスを実費で受けることもできます。
所持品・備品等の持ち込み	収納スペースに限りがあるため、記名の上、必要最小限でお願いいたします。また、高価な物品や貴重品などはなるべく持ち込まないようにお願いします。万一紛失されても、当施設は責任を負いかねます。尚、紛失や忘れ物等防止のため、荷物は全てチェックの上、写真で撮影し保存しますのでご了承ください。
所持金管理	所持金品は、原則自己責任のもと管理して下さい。ただし、自らの手による金銭管理が困難であり、かつその他の管理方法がない、又はその方法によって入所者様や当施設に何らかの支障をきたす場合は、別紙「施設入所者金銭管理規定」に基づき、日常的な生活費用に関する金銭出納管理を施設に委託する事ができます。
飲酒・喫煙	健康管理上、原則禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	防火管理上、原則禁止とさせていただきます。
居室・設備の利用	施設内の居室や設備は、用法に従ってご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
ペット飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育は衛生管理上、厳禁です。
迷惑行為	騒音又は他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
宗教・政治活動	施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮下さい。

９．サービス提供の記録

（１）入所者様に対する介護サービス（介護予防サービス）提供に関する記録を整備し、その記録はサービス提供の日から５年間保存します。

（２）利用者様又はその家族様は、当事業所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。その場合、実費相当額をいただきます。

１０．身体拘束

当事業所は、原則として利用者様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、利用者様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、家族様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。

また事業所として、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、利用者様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、利用者様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‥‥‥利用者様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．守秘義務の徹底

当事業所の職員及び委託業務職員は、業務上知り得た利用者様又は家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。但し、次の各号についての情報提供については、当事業所は利用者様及び家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

① 短期入所療養介護サービス（介護予防短期入所療養介護サービス）のための市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供をする場合。

② 短期入所療養介護サービス（介護予防短期入所療養介護サービス）の質の向上のための学会及び研究会等での事例研究発表等の場合。この場合、仮名等を使用し利用者様個人を特定できないような対策を講じます。

前項に掲げる事項は、契約終了後も同様の取り扱いといたします。

１２．個人情報の提供

次のような状況の場合に当施設はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

① 介護保険法令に従い、利用者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において利用する場合。

② 利用者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。

③ 契約終了によって、利用者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合。

④ 利用者様に対する外部の方からの所在確認及び面会等の問い合わせについては、応じさせていただきます。

１３．事故発生時の対応

（１） 事業所は、利用者様がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、別表で指定された緊急連絡先及び居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。

（２）　事業所は、入院加療を要するなどの重大な事故発生に関し、速やかに市町村（１５．（２）に同じ）に連絡し、その状況等を記録します。

（３）　事業所は、利用者様に対する短期入所療養介護サービス（介護予防短期入所療養介護サービス）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。(法的責任の所在については、事前に調査を行う運びになり、ご家族等のご協力が必要になる場合もあります)

１４．非常災害対策

非常時の対応		・消防計画に基づき対応します。 ・火災及び地震の発生時のために、非常災害要員を定め、組織を編成し任務の遂行にあたります。		
消防訓練		・防火教育及び消火・避難訓練等を年２回（うち１回は夜間想定）実施します。		
設備	**消　火**	スプリンクラー設備	消火器	移動式消火設備
	警　報	自動火災報知機設備	火災通報装置	
	避　難	誘導灯設備	非常照明設備	非常階段
防火管理者		橘　健一		

１５．サービス内容に関する苦情相談窓口

（１）当事業所の苦情・相談窓口

窓口責任者	支援相談員　眞田　智矢
ご利用時間	月～金曜日　９：００～１８：００
ご利用電話番号	０６－６６０６－２２１１
面談場所	相談室等
ご意見箱	受付カウンター等

（２）行政等関係機関の苦情等相談窓口

【指定権者の窓口】 大阪市介護保険課指定・指導グループ	所 在 地　：大阪市中央区船場 3-1-7-331 電　　話　：06-6241-6310 受付時間　：平日 9：00～17：30
【市町村の窓口】	下記「市町村苦情相談窓口一覧」参照
【公共団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所 在 地　大阪市中央区常磐町 1-3-8　中央大通 FN ビル内 電　　話　06-6949-5418 受付時間　平日 9：00～17：00

◎市町村苦情相談窓口一覧

市町村名	所　在　地	電話番号
大阪市北区	大阪市北区扇町 2-1-27	06-6313-9859
大阪市都島区	大阪市都島区中野町 2-16-20	06-6882-9859
大阪市福島区	大阪市福島区大開 1-8-1	06-6464-9859
大阪市此花区	大阪市此花区春日出北 1-8-4	06-6466-9859
大阪市中央区	大阪市中央区久太郎町 1-2-27	06-6267-9859
大阪市西区	大阪市西区新町 4-5-14	06-6532-9859
大阪市港区	大阪市港区市岡 1-15-25	06-6576-9859
大阪市大正区	大阪市大正区千島 2-7-95	06-4394-9859
大阪市天王寺区	大阪市天王寺区真法院町 20-33	06-6774-9859
大阪市浪速区	大阪市浪速区敷津東 1-4-20	06-6647-9859
大阪市西淀川区	大阪市西淀川区御幣島 1-2-10	06-6478-9859
大阪市淀川区	大阪市淀川区十三東 2-3-3	06-6308-9859
大阪市東淀川区	大阪市東淀川区豊新 2-1-4	06-4809-9859
大阪市東成区	大阪市東成区大今里西 2-8-4	06-6977-9859
大阪市生野区	大阪市生野区勝山南 3-1-19	06-6715-9859
大阪市旭区	大阪市旭区大宮 1-1-17	06-6957-9859
大阪市城東区	大阪市城東区中央 3-5-45	06-6930-9859
大阪市鶴見区	大阪市鶴見区横堤 5-4-19	06-6915-9859
大阪市阿倍野区	大阪市阿倍野区文の里 1-1-40	06-6622-9859
大阪市住之江区	大阪市住之江区御崎 3-1-17	06-6682-9859
大阪市住吉区	大阪市住吉区南住吉 3-15-55	06-6694-9859
大阪市東住吉区	大阪市東住吉区東田辺 1-13-4	06-4399-9859
大阪市平野区	大阪市平野区背戸口 3-8-19	06-4302-9859
大阪市西成区	大阪市西成区岸里 1-5-20	06-6659-9859
松原市	大阪府松原市阿呆 1-1-1	072-334-1550

１６．虐待の防止について

当事業所は、利用者様等の人権の擁護・虐待の発生及び再発防止等のために、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	介護長　櫻井　翼

（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）虐待防止を啓発･普及するための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施をしています。

１７．褥瘡の防止について

当施設は、入所者に対し良質なサービスを提供する取り組みとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための委員会及び従業者の研修を実施するなど体制を整備しています。

１８．事故の発生・再発防止について

当施設は、事故の発生又は再発を防止するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（1）事故発生防止のための指針の整備をしています。

（2）事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知する体制を整備しています。

（3）事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施をしています。

（4）上記（1）～（3）の措置を適切に実施するための担当者を設定しています。

安全対策担当者	介護長　櫻井　翼

１９．写真・映像等の撮影・掲載について

当施設は入所者様の日々の様子や行事、レクリエーションでの活動状況などを撮影した写真又は映像について、ご家族や地域、関係機関等へ向けた広報を目的に、当施設のパンフレットや広報誌、掲示物、ホームページ、ソーシャルネットワーキングサービス等に掲載する場合があり、ご理解とご協力を頂いております。

尚、掲載に当たっては、以下について同意を得た場合に限ります。

（1）当施設が入所者の肖像などを撮影した写真、映像について、使用期間を定めず使用する事

（2）本人または代理人、第三者等からクレームなどの異議申し立てを一切しない事

（3）使用した広告、映像、印刷物などについて、使用されたことによる金銭的対価を求めない事

別表

◎ 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）についてご記入ください。

居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）	
フリガナ 事業所名	
住　　所	〒
フリガナ 担当者名	
電話番号	（事業所）
	（携　帯）

◎ かかりつけの医療機関についてご記入ください。

医療機関	
フリガナ 医療機関名	
住　　所	〒
科	科
フリガナ 主治医	
電話番号	
FAX 番号	

◎ 緊急連絡先についてご記入ください。

第１　緊急連絡先	
フリガナ 氏　　名	
住　　所	〒
電話番号	（自宅）
	（携帯）
	（職場）
続　　柄	

第２　緊急連絡先	
フリガナ 氏　　名	
住　　所	〒
電話番号	（自宅）
	（携帯）
	（職場）
続　　柄	

上記の緊急連絡先については、入所者様の心身状態における特変時等に、当施設及び関連機関から直接ご連絡を取らせて頂くために必要です。
場合によっては、昼夜を問わず連絡がいく可能性もあるのでご了承ください。
尚、連絡先の変更等がある場合は、速やかに当施設へ届け出をお願い致します。

医療法人 河和会　パークサイドなごみ