

短期入所生活介護重要事項説明書

社会福祉法人 都島友の会

特別養護老人ホーム ひまわりの郷

短期入所生活介護重要事項説明書

- 1、目的
この規程は、社会福祉法人 都島友の会が設置運営する特別養護老人ホーム「ひまわりの郷」（以下「施設」という）において実施される指定短期入所生活介護（以下「本事業」という。）の適正な運営、及び管理に関し必要な事項を定める事を目的とします。
- 2、運営の方針
①施設が実施する本事業は、利用者が要介護状態等となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その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の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るものとします。
②施設は、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。
③本事業のサービス提供にあたっては、市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるものとします。
④施設は、本事業のサービス提供にあたっては、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。
⑤前4項のほか、「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（平成11年厚生省令第37号）」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。
- 3、当法人の概要

| | |
|---------|-------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 都島友の会 |
| 代 表 者 | 理事長 渡久地 歌子 |
| 所 在 地 | 大阪市都島区都島本通3丁目4番3号 |
| 電 話 番 号 | 06-6921-0321 |
- 4、当施設が提供するサービスについての相談窓口

| | |
|---------|-----------------------|
| 電 話 番 号 | 06-6924-8880 |
| 担 当 | 短期入所生活介護担当（ショートステイ担当） |
- 5、通常の送迎の実施地域
通常の送迎の実施地域は、都島区、旭区、城東区、北区の区域とします。
- 6、施設の設備の概要

| | | | | |
|----|-----|-------------|-------|-----|
| 定員 | | 90名（ショート9名） | 談話室 | 12室 |
| 居室 | 4人用 | 16室 | 診療所 | 1室 |
| | 個室 | 26室 | 食堂 | 4カ所 |
| | 浴室 | 一般・特殊の二槽 | 機能訓練室 | 4室 |

7、特別養護老人ホーム「ひまわりの郷」の概要

施設名称 特別養護老人ホーム ひまわりの郷
所在地 大阪市都島区都島本通4丁目10番19号
介護保険指定番号 2775200435

8、緊急連絡先

ご利用者に容態の変化等があった場合は、家族の方に速やかに連絡いたします。

| | | | |
|------|--|----|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 携帯番号 | | | |
| 仕事先 | | | |

| | | | |
|------|--|----|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 携帯番号 | | | |
| 仕事先 | | | |

9、同施設の職員体制

| | 資格 | 基準 | 常勤 | 非常勤 | 合計 |
|------------|----------------|----|--------|--------|--------|
| 管理者 | | 1 | 1 | | 1 |
| 医師 | 医師 | 1 | | 1 | 1 |
| 生活相談員 | 介護福祉士 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | 管理栄養士 | 1 | 1 | | 1 |
| 機能訓練指導員 | 看護師 | 1 | (1) | | (1) |
| 介護支援専門員 | 介護支援専門員 | 1 | 1 | | 1 |
| 看護職員 | 看護師・准看護師 | 3 | 3 | | 3 |
| 短期入所生活介護担当 | 介護福祉士 | | (1) | | (1) |
| 介護職員 | 介護福祉士 | 27 | 16 | 9 | 25 |
| | ホームヘルパー1～2級修了者 | | 2 | 1 | 3 |
| | 実務者研修修了 | | 1 | 0 | 1 |
| | 初任者研修 | | 4 | 5 | 9 |
| | そのほか | | 1 | 3 | 4 |
| 事務員 | | | 3 | 1 | 4 |
| その他職員 | | | 0 | 5 | 5 |
| 合計 | | 36 | 34 (2) | 25 (2) | 59 (2) |

() は兼任 【2024-4-1 現在】

10、同施設の職務内容

- ①介護職員
施設サービス計画に基づき、食事、入浴、排泄をはじめ日常生活全般にわたる介護を行います。
- ②生活相談員
入居者の日常生活上の相談に応じ、支援を行います。
- ③看護職員
健康管理及び医師の指示に基づき、医療処置を行います。
- ④管理栄養士
入居者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入居者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。
- ⑤機能訓練指導員
心身機能維持、改善と生活再建の為、機能訓練や指導を行います。
- ⑥介護支援専門員
施設サービス計画書の作成、モニタリング等の介護支援業務を行います。
- ⑦医師
入居者の健康状態を把握し、健康保持の為の日常的な医学的対応を行います。

11、サービス内容

- ①居室
基本的には個室となります。
- ②短期入所生活介護計画
利用期間4日以上の場合に作成します。
利用者の状態やケア内容などに関するデータベースを構築し、ケアプランや計画へ反映します。
- ③食事
管理栄養士による献立に基づき、栄養並びに利用者の身体状況を配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
なお、食事は、原則として、食堂にて摂取していただきます。
医師の発行する食事箋に基づく適切な栄養量の糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓病食・高脂血症食・痛風食および特別な場合の検査食を提供します。
- ④入浴
週に二回入浴して頂きます。
ただし、状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。
- ⑤介護
施設サービス計画に基づき、食事、入浴、排泄をはじめ日常生活全般にわたる介護を行います。
- ⑥機能訓練
各階機能訓練室にて機能訓練を行います。
- ⑦生活相談
常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関する事も含めて相談で

きます。

⑧健康管理

短期入所生活介護の初日に簡単な健康チェックを行います。

また、診療所の診察日には診察や健康相談サービスを受けることができます。

⑨特別食の提供

厚生労働大臣の定める基準に基づき利用者が選定する特別な食事を提供した場合、料金は別途必要です。

⑩理美容サービス

1ヶ月に1回実施します。料金は別途必要です。

⑪貴重品等の保管・管理

貴重品等の保管・管理を申し込むことができます。お預かりした貴重品等は、施設内耐火金庫にて保管させていただきます。

⑫レクリエーション

当施設では、季節に応じた年間行事やお誕生日会等の月間行事を行います。行事によっては別途費用がかかるものもございます。

12、利用料金

(1) 施設利用料金

介護保険の自己負担金のほか、居住費と食費が含まれています。そのため、要介護度や自己負担割合の違い、介護保険負担限度額、高額サービス費、個室や4人部屋などの違いによって、料金は異なってきます。具体的な1ヶ月30日あたりの施設利用料金は別表をご覧ください。

(2) 介護保険のその他の加算料金

①サービス提供体制強化加算Ⅱ（1日につき18単位）

介護職員のうち、一定以上の介護福祉士を配置している場合に加算されます。

（1割負担20円、2割負担39円、3割負担59円）

②送迎加算（片道につき184単位）

ご希望により、ご自宅と施設間の送迎を行った場合に加算されます。

（1割負担201円、2割負担401円、3割負担601円）

③夜勤職員配置加算（1日につき15単位）

17:00～翌朝9:00の夜勤帯（施設が設定する）に介護職員・看護職員を基準数以上配置した場合。夜間に看護職員または喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合。見守り機器を導入している場合。利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置をした場合に加算されます。

（1割負担17円、2割負担33円、3割負担49円）

④療養食加算（1食8単位）

療養食を提供した場合に加算されます。

（1割負担9円、2割負担18円、3割負担27円）

⑤若年性認知症利用者受入加算（1日につき120単位）

若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、ニーズに応じたサー

- ビスを提供した場合に加算されます。
 (1 割負担 131 円、2 割負担 261 円、3 割負担 392 円)
- ⑥看護体制加算Ⅰ (1 日につき 4 単位)
 常勤の看護師を 1 名以上配置している場合かつ空床部屋を利用した場合に加算されます。
 (1 割負担 5 円、2 割負担 9 円、3 割負担 13 円)
- ⑦介護職員等処遇加算Ⅰ
 加算を合わせた総単位数に 14.0%が加算されます。
- ⑧口腔連携強化加算 (1 月に 1 回 50 単位)
 介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価並びにご利用者の同意の下の歯科医療機関及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員へ情報を提供した場合に加算されます。
 (1 割負担 55 円、2 割負担 109 円、3 割負担 164 円)
- ⑨生産性向上推進体制加算Ⅱ (1 月に 10 単位)
 介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を検討する委員会を開催し、改善活動の継続を行います。また、見守り機器の導入や厚生労働省に業務改善の取り組み等を提出した場合に加算されます。
 (1 割負担 11 円、2 割負担 22 円、3 割負担 33 円)

(3) その他の料金

- ①午後 3 時の委託業者が提供するおやつ代
 1 食 130 円 (召し上がった場合)
 (消費税については税込とし、現行法に従う)
- ②理美容費 (ご利用頂いた場合は、施設で立替を行います)
 有料 (株式会社 kanon) 月に 1 回
 株式会社 kanon が提示する下記の金額は、すべて税込の金額となります。
 費用 顔剃り 700 円・カット 1,870 円・パーマ 3,850 円・
 毛染め 3,850 円
- ③教養娯楽費
 日常のレクリエーションは無料とし、クラブ活動は実費相当分を徴収します。
 (消費税については税込とし、現行法に従う)
- ④サービス実施記録等の複写費用
 サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には、原則無料とします。
- ⑤喫茶コーナー
 コーヒー・紅茶・ジュースのみ 一杯 270 円
 喫茶えがおにおいて、1 品 100 円～500 円を提供します。(実費相当分)での飲食料
 (消費税については税込とし、現行法に従う)
- (4) その他の費用の額をやむを得ず変更する場合
 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2ヵ月前までにご説明します。

(5) 支払方法

利用月の翌月の10日までに施設利用料金の合計額と振り込み先を記した内容を郵送致します。利用月の翌月25日までに、振り込みでお支払ください。お支払い頂きますと、領収書を郵送致します。

13、キャンセル料

利用者から、利用開始予定日の前日午後5時までに連絡いただいた場合は、キャンセル料は無料です。前日午後5時までに連絡がなかった場合は、キャンセル料として、別表①の施設利用料金の1日分の50%をお支払いいただきます。

14、利用期間の中止

以下の事由に該当する場合は、利用期間中でもサービスを中止する場合があります。

- ①利用者が、中途退所を希望された場合。
- ②利用当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合。
- ③利用期間中に利用者が、入院された場合。
- ④利用期間中に要支援の認定が切れて、非該当(自立)と認定された場合。

上記の場合で、必要な場合は、ご家族または緊急連絡先に、主治医の意見等を速やかに連絡いたします。また、料金は、退所日までの日数を基準に計算します。

15、サービスの利用方法

(1) サービスの利用申込

居宅介護支援事業者に施設利用の申込をしていただき、利用決定後に、契約を締結し、サービスの提供を開始します。

(2) サービス利用契約の終了

①利用者の都合で、サービス利用契約を終了する場合、実際に短期入所生活介護を利用中でなければ、お申し出によりいつでも解約できます。この場合は、その後の予約は無となります。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・利用者が、介護保険施設に入所された場合。
- ・利用者が、お亡くなりになった場合。
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ・利用者が、施設利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、支払うように催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、または、利用者や家族などが当施設の職員に対して本契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合は、契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了の30日前までに文書で通知いたします。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|---------|------|-----|------------------|------|--------------|-----|--------------------------------------|---------|------|-----|-------------------|------|--------------|-----|-------------------------|---------|------|-----|----------------|------|--------------|-----|------------------|
| 16、施設利用にあたっての留意事項 | <p>①面会…9：00～17：00（時間外のご面会の際には、事前にお電話ください）</p> <p>②外出、外泊…前日までに、所定の届出によりお申し出ください。</p> <p>③飲酒、喫煙…喫煙については、所定の喫煙場所にてお願いいたします。また、飲酒については、他の入居者の迷惑にならない範囲でお願いいたします。</p> <p>④テレビ、ラジオ…テレビ、ラジオはどちらもイヤホンをご使用ください。また、消灯時間後のテレビはご遠慮ください。</p> <p>⑤所持品の持ち込み…所持品の種類、体積によってはお持ちいただけない場合がありますので、事前にご相談ください。</p> <p>⑥施設外での受診…協力病院を紹介させていただきます。入院に際しての保証人等は原則として、ご家族にお願いいたします。</p> <p>⑦宗教活動…施設内での勧誘活動は禁止しております。</p> <p>⑧ペット…原則としてご遠慮いただきます。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17、緊急時の対応方法 | <p>利用者に容態の変化等があった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、家族の方に速やかに連絡いたします。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18、非常災害対策 | <p>①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。</p> <p>②非常災害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及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。</p> <p>③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。 避難訓練実施時期（毎年2回 2月 8月）</p> <p>④非常災害や感染症の発生時において、サービス提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画（BCP）を策定し、訓練（シミュレーション）を行います。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19、協力病院 | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="453 1384 655 1417">医療機関の名称</td> <td data-bbox="708 1384 823 1417">聖和病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1429 539 1462">所在地</td> <td data-bbox="708 1429 1054 1462">大阪市都島区中野町 1-7-32</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1473 568 1507">電話番号</td> <td data-bbox="708 1473 879 1507">06-6352-2525</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1518 539 1552">診療科</td> <td data-bbox="708 1518 1362 1585">整形外科・外科・内科・皮膚科・消化器内科・泌尿器科・リハビリテーション科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1641 655 1675">医療機関の名称</td> <td data-bbox="708 1641 823 1675">ツヂ病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1686 539 1720">所在地</td> <td data-bbox="708 1686 1082 1720">大阪市都島区都島北通 1-22-6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1731 568 1765">電話番号</td> <td data-bbox="708 1731 879 1765">06-6922-1236</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1776 539 1809">診療科</td> <td data-bbox="708 1776 1362 1809">内科・外科・皮膚科・脳外科・肛門外科・整形外科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1865 655 1899">医療機関の名称</td> <td data-bbox="708 1865 823 1899">東朋病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1910 539 1944">所在地</td> <td data-bbox="708 1910 1038 1944">大阪市都島区都島南通 8-9</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1955 568 1989">電話番号</td> <td data-bbox="708 1955 879 1989">06-6923-6226</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 2000 539 2033">診療科</td> <td data-bbox="708 2000 1161 2033">内科・外科・整形外科・消化器外科</td> </tr> </table> | 医療機関の名称 | 聖和病院 | 所在地 | 大阪市都島区中野町 1-7-32 | 電話番号 | 06-6352-2525 | 診療科 | 整形外科・外科・内科・皮膚科・消化器内科・泌尿器科・リハビリテーション科 | 医療機関の名称 | ツヂ病院 | 所在地 | 大阪市都島区都島北通 1-22-6 | 電話番号 | 06-6922-1236 | 診療科 | 内科・外科・皮膚科・脳外科・肛門外科・整形外科 | 医療機関の名称 | 東朋病院 | 所在地 | 大阪市都島区都島南通 8-9 | 電話番号 | 06-6923-6226 | 診療科 | 内科・外科・整形外科・消化器外科 |
| 医療機関の名称 | 聖和病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 大阪市都島区中野町 1-7-32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 06-6352-2525 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科 | 整形外科・外科・内科・皮膚科・消化器内科・泌尿器科・リハビリテーション科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | ツヂ病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 大阪市都島区都島北通 1-22-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 06-6922-1236 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科 | 内科・外科・皮膚科・脳外科・肛門外科・整形外科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | 東朋病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 大阪市都島区都島南通 8-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 06-6923-6226 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科 | 内科・外科・整形外科・消化器外科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

リハビリテーション科

医療機関の名称 東大阪病院
所在地 大阪市城東区中央 3-4-32
電話番号 06-6939-1121
診療科 内科・外科・整形外科・消化器外科
リハビリテーション科 他

医療機関の名称 医誠会国際総合病院
所在地 大阪市北区南扇町 4-14
電話番号 0570-991166
診療科 内科・外科・整形外科・消化器外科
リハビリテーション科 他

医療機関の名称 りょうき歯科クリニック
所在地 大阪府東大阪市森河内西 1 丁目 16-3
電話番号 06-6781-4181
診療科 歯科

20、虐待の防止

施設は、入居者等の人権の擁護・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 木幡 利至朗
- ②成年後見制度の利用を支援します。
- ③職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施し、職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ④個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ⑤虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ⑥虐待防止のための指針を整備します。
- ⑦上記項目を適切に実施するため担当者を設置します。

21、身体拘束の廃止について

施設は、入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、当該入居者または他の入居者の生命、または身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、入居者またはその家族に説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合、次の手続きにより行います。

- ①身体拘束廃止委員会を設置します。
- ②身体拘束にかかる日時、緊急やむを得なかった理由及び様態等について記録します。
- ③その他の方法がなかったか改善方法を検討します。

2 施設は、身体的拘束等の適正化に取り組むために、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置し、定期的研修を行います。

| | |
|-------------------------|---|
| | す。 |
| 22、その他の費用の額をやむを得ず変更する場合 | 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2ヵ月前までにご説明します。 |
| 23、サービス内容に関する相談・苦情 | <p>(1) 当事業所における苦情の受付</p> <p>①ご利用者相談・苦情担当 生活相談員 野間 広二 電話 06-6924-8880</p> <p>②苦情解決責任者 施設長 木幡 利至朗</p> <p>③第三者委員 苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や権利に配慮した中立・公正・適切な対応を推進するために、法人に第三者委員を設置しています。</p> <p>(2) 行政機関その他の苦情受付機関</p> <p>市町村の窓口 都島区保健福祉センター 保健福祉課 所在地 大阪市都島区中野町 2-16-2 電話番号 06-6882-9859</p> <p>ご利用者の保険者窓口 都島区保健福祉センター 保健福祉課 所在地 大阪市都島区中野町 2-16-20 電話番号 06-6882-9859</p> <p>公的団体の窓口 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険 所在地 大阪市中央区常盤町 1-3-8 中央大通F Nビル内 電話番号 06-6241-6310</p> <p>大阪市の窓口 大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課 指定指導グループ 所在地 大阪市中央区船場中央 3-1-7-331 電話番号 06-6241-6310</p> |
| 24、事故の対応 | 利用者に対する短期入所生活介護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、利用者の家族、居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する短期入所生活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。 |
| 25、事故発生の防止及び発生時の対応 | <p>事故の発生又はその再発を防止するため、リスクマネジメント対策に関する取り組みを行います。</p> <p>①事故発生防止のための指針の整備をします。</p> <p>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職員に周知徹底しています。</p> |

| | |
|-----------------|---|
| | <p>③事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的を実施します。</p> <p>④上記項目を適切に実施するために、担当者を設置しています。</p> |
| 26、ハラスメント対策 | <p>ハラスメント対策を強化するための職員に対する研修の実施をし、また、ハラスメントと思われる事案が発生した際は、生活歴に起因する言動、アルコール依存症、薬の副作用等、認知症症状、精神症状、ご家族の生活の様子や心身の状況等を把握しながら、利用者の主治医や相談員、ケアマネジャー等の意見も確認しながら、施設として判断し、適切な対応について検討をします。</p> |
| 27、緊急時の対応 | <p>心身状態の異変や容体急変の時は、「家族等への連絡一覧」によってご家族に連絡すると共に、その他必要な場合は、速やかに管理医師や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。</p> |
| 28、新興感染症発生時等の対応 | <p>入居者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築し、協力医療機関と連携し、新興感染症発生時における対応を取り決めます。</p> |

| | | |
|--|-----|--------------------|
| 短期入所生活介護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。 | | 令和 年 月 日 |
| 事業者 | 所在地 | 大阪市都島区都島本通 4-10-19 |
| | 名称 | 特別養護老人ホーム ひまわりの郷 |
| | 施設長 | 木幡 利至朗 |
| | 説明者 | 短期入所生活介護担当 平岡 和磨 印 |

| | | |
|---|----|----------|
| 私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。 | | 令和 年 月 日 |
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |