

介護予防短期入所生活介護サービス 重要事項説明書

当施設は、老人福祉法による特別養護老人ホームで、介護保険法による指定介護老人福祉施設の指定を受けています。

(兵庫県指定第2874500404号)

当事業所は、老人福祉法による特別養護老人ホームに併設されている介護予防サービスの中の介護予防短期入所生活介護サービス事業所(ショートステイ)で、介護保険法による指定を受けています。

(兵庫県指定第2874500222号)

当施設はご利用者に対し介護予防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、ご利用上ご注意くださいことを次の通り説明します。

1. 施設・事業所経営法人

- 1) 法人名 兵庫県社会福祉事業団
- 2) 法人所在地 神戸市西区曙町1070
- 3) 電話番号 078-929-5655
FAX番号 078-929-5688
- 4) 代表者氏名 藪本 訓弘
- 5) 設立年月日 昭和39年7月1日
- 6) インターネットアドレス番号 <http://www.hwc.or.jp>

2. ご利用施設・事業所の概要

- 1) 建物の構造
鉄筋コンクリート造 地上2階塔屋1階
- 2) 建物の延べ床面積 5,924.24㎡
- 3) 併設事業
事業の種類 兵庫県知事の事業者指定 利用定数
指定介護老人福祉施設 110名
短期入所生活介護事業(身体障害者指定短期入所を含む) 10名
認知症対応型通所介護事業 10名
- 4) 施設の周辺環境
日高町中心街より北西へ約10kmの頃垣地区に位置し、神鍋高原に隣接している。まさに但馬の大自然の懷に抱かれ、移りゆく四季を感じながら三方を緑豊かな山々に囲まれた地域で、その人らしく毎日を楽しく生活していただきます。

3. ご利用施設

(1) 施設の種類

介護予防短期入所生活介護事業

平成17年4月1日指定 県第2874500222号

(2) 施設の目的

介護保険法令に従い、ご契約者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

(3) 施設の名称

たじま荘指定介護予防短期入所生活介護事業所

(4) 施設の所在地

〒 669-5365

兵庫県豊岡市日高町十戸455

交通機関 JR山陰線「江原」駅より車で15分

全但バス「十戸」停留所より徒歩5分

(5) 電話番号及びFAX番号

TEL: 0796-44-1730

FAX: 0796-43-4333

(6) 事業所長（管理者）氏名

植木 直子

(7) 当事業の運営方針

・利用者の生活が、利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、少数の居室及び当該居室に隣接して設けている共同生活室により一体的に構成された場所（以下「ユニット」という。）において、利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な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日常生活の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体及び精神的負担の軽減を図ることを目指します。

・事業を運営するに当たり、地域と家族との結びつきを重視し、保険者、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

・提供する介護予防短期入所生活介護サービスの内容やサービスの質の評価を行い、常にの改善を図るよう努めます。

(8) 開設年月日

平成17年 4月 1日

(9) 利用定員

10名

(10) 施設・事業所が行っている業務

指定介護老人福祉施設

併設 短期入所生活介護事業 (介護予防短期入所生活介護事業含む)
障害者指定短期入所事業 (身障、知的、精神)
認知症対応型通所介護事業

(11) 通常の事業の実施地域

施設周辺地域
兵庫県但馬地域

(12) 営業日及び営業時間

介護予防短期入所生活介護事業

営業日 年中無休
受付時間 月～金 9時～17時

(13) 居室の概要

介護予防短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、小規模生活単位型で全室個室です。

また、次の居室・設備はたじま荘指定介護老人福祉施設と併用します。

| 居室・設備の種類 | | 室数 | |
|----------|--------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 階 | 月の郷1隣保 | 10室 | ・1室の床面積 (15.29 m ² ~15.65 m ²) ・森の郷・空の郷は2室に1箇所トイレ設置 (月の郷2隣保は短期入所ユニット) |
| | 月の郷2隣保 | 10室 | |
| | 森の郷1隣保 | 10室 | |
| | 森の郷2隣保 | 10室 | |
| | 花の郷1隣保 | 10室 | |
| | 花の郷2隣保 | 10室 | |
| 2 階 | 星の郷1隣保 | 10室 | |
| | 星の郷2隣保 | 10室 | |
| | 空の郷1隣保 | 10室 | |
| | 空の郷2隣保 | 10室 | |
| | 虹の郷1隣保 | 10室 | |
| 虹の郷2隣保 | 10室 | | |
| 合計 | | 120室 | |
| 食堂兼談話室 | | 12箇所 | 1ユニット10室に対し1箇所 (60.1 m ²) |
| 浴室 | | 2室 | 《設備》 中間浴槽、特殊浴槽 (各階1室) |
| 浴室 | | 6室 | 《設備》 一般浴槽 (各郷1室) |
| 地域交流スペース | | 1箇所 | 1階 340.8 m ² |
| 多目的室 | | 2箇所 | 各階1箇所 (1階 27.58 m ² ・2階 33.32 m ²) |
| 医務室 | | 2室 | 各階1室 (1階 24.07 m ² ・2階 21.6 m ²) |

※ 居室の変更 : ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、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協議のうえ決定するものとします。

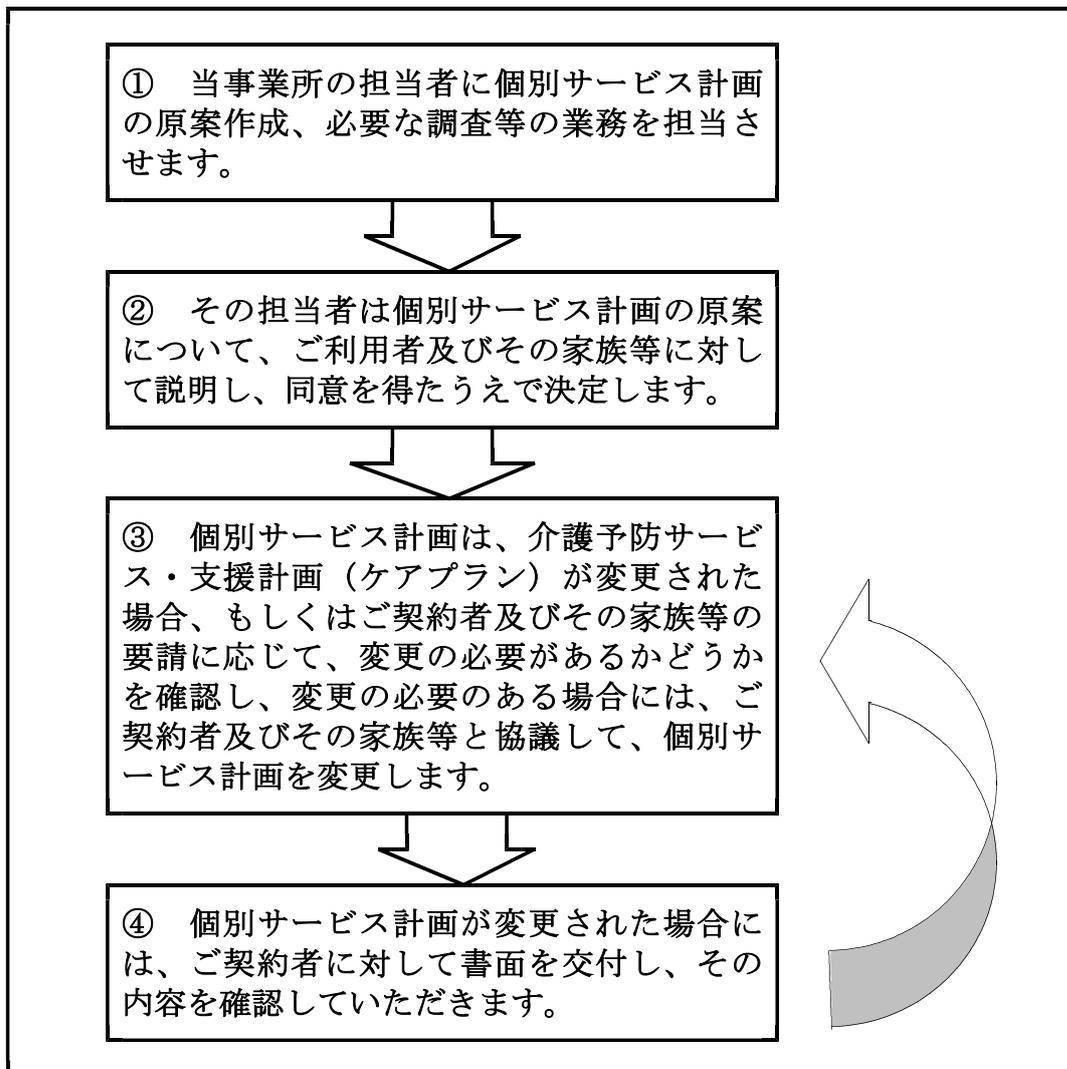
(13) 居室内の整備について

- ① 洗面台は居室にあります。
- ② 冷暖房を完備しています。
- ③ テレビ配線を行っています。
- ④ タンス、床頭台を設置しています。

4. 利用開始からサービス提供までの流れ

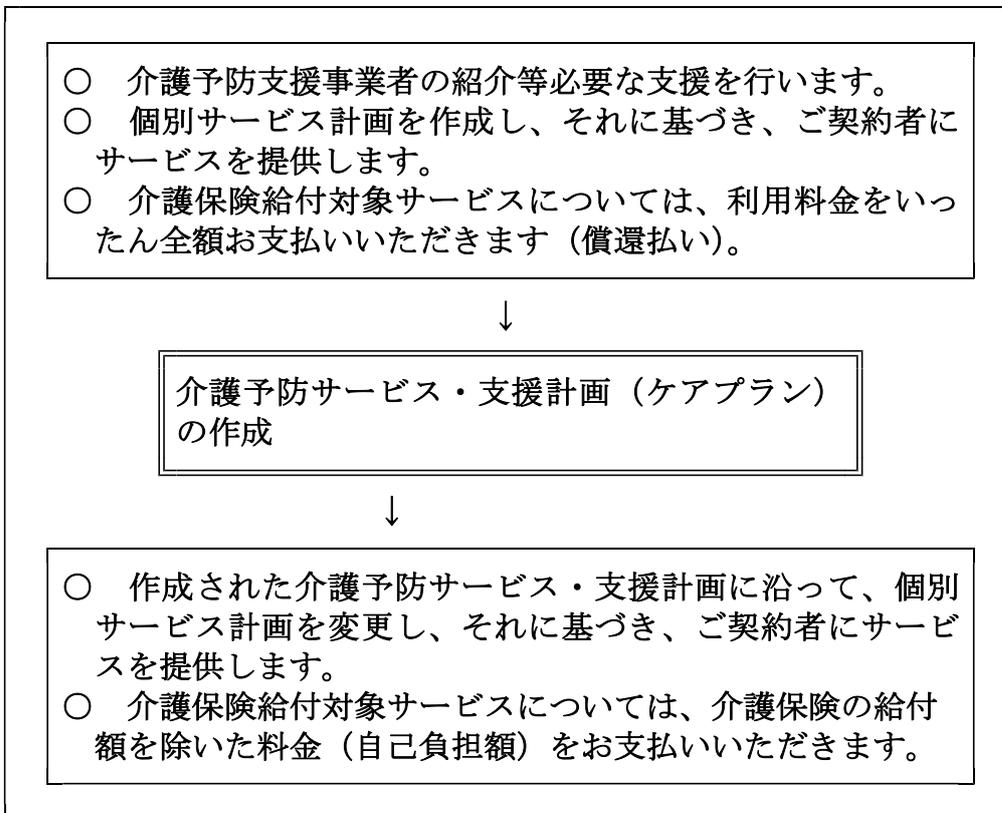
(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するサービスに係る短期入所生活介護計画（以下「個別サービス計画」という。）に定めます。

○ 締結開始からサービス提供までの流れは次の通りです。

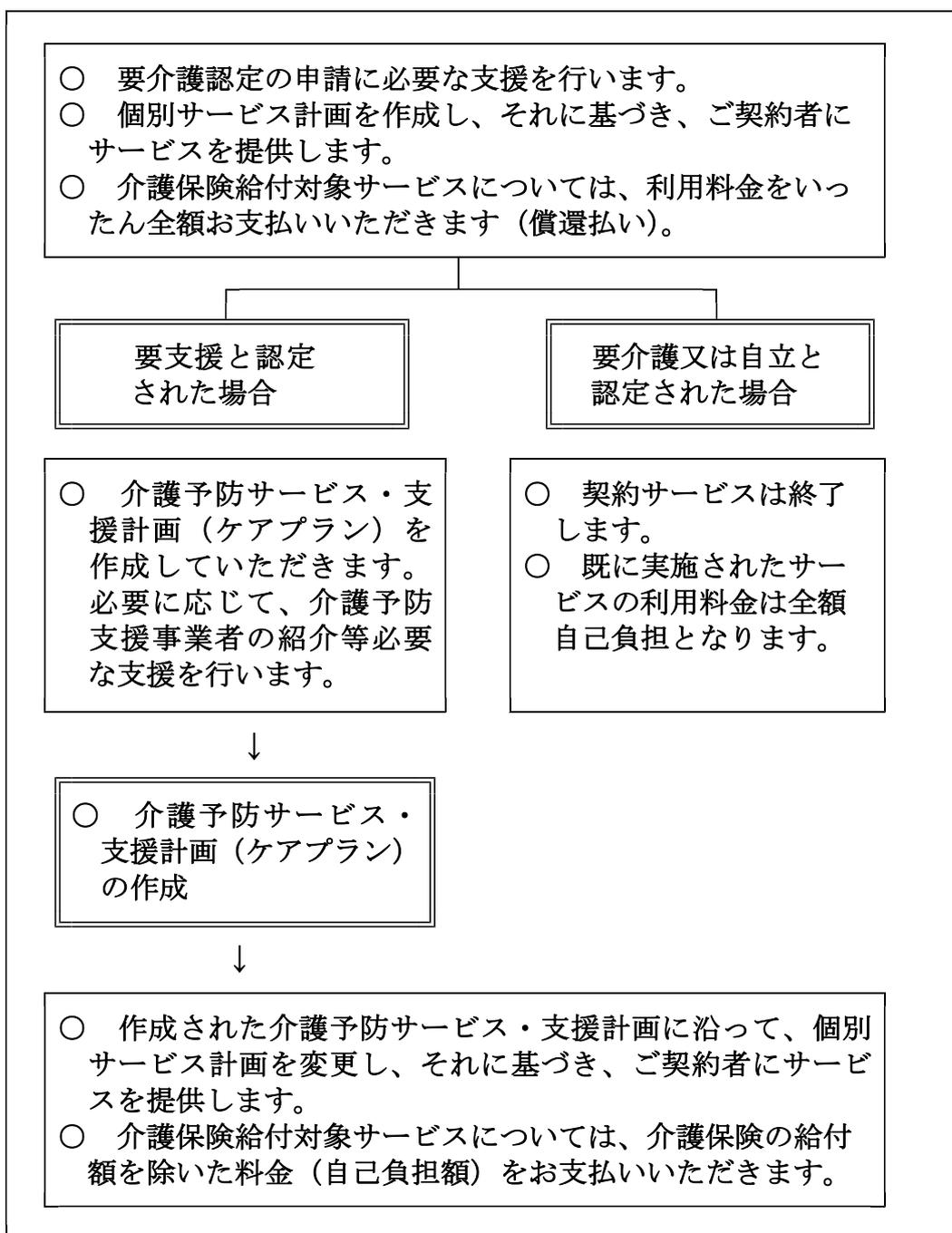


(2) ご契約に係る「介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要支援認定を受けている場合



② 要支援認定を受けていない場合



5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防短期入所生活介護サービスを提供する職員として、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>

(特養の配置数を含んでいます)

| 職種 | 配置人員 | 常勤換算 | 指定基準 |
|---------------|------|------|------|
| 1. 事業所長 (管理者) | 1 | | 1 |
| 2. 医師 | 非常勤 | | 必要数 |
| 3. 生活相談員 | 2 | | 2 |
| 4. 介護職員 | 65 | 58.2 | 37 |
| 5. 看護職員 | 6 | 5.8 | 3 |
| 6. 機能訓練指導員 | 2 | 1.2 | 1 |
| 7. 介護支援専門員 | 2 | | 2 |
| 8. 事務職員 | 必要数 | | |
| 9. 管理栄養士 | 1 | 1 | 1 |

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（例：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。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

◎ 介護予防短期入所生活介護サービス

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者にご負担いただく場合があります

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（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（但し、食材料費は別途いただきます）

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、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。
- ・ご契約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としています。

（食事時間） 朝食： 8時～ 9時30分
昼食： 12時～13時30分
夕食： 18時～19時30分

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。但し、身体状況によっては、入浴を禁止する場合があります。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

- ・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。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・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します。

⑦ 定例行事および全員参加するレクリエーション

- ・盆踊り ・敬老会 ・レクリエーション大会
- ・忘年会 ・新年会 ・お楽しみ会 ・クラブ活動等

⑧ ご契約者の送迎に係る費用

- ◎ 送迎サービス（保険対象となる場合）については、利用者負担 1 割のみとなりますが、但馬区域を越える対応や入院・通院等（保険対象とならない場合）については、その都度、距離を勘案して算出した金額をご負担いただく場合があります。一時帰省に伴う送迎サービスについては、帰省先のご事情により配慮し、対応させていただきます。

《 利用料金 》 送迎（片道） 184円（保険対象の場合）

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご利用者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と滞在費及び食費の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要支援度に応じて異なります。）

なお、介護保険負担割合証により、以下のサービス利用に係る自己負担額が通常1割負担を2割もしくは3割負担して頂くことがあります。

サービス利用料金表
<ユニット型個室>

| | | |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金 | 要支援 1 5,290 円 | 要支援 2 6,560 円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 4,761 ★ (4,232) ☆ (3,703) 円 | 5,904 ★ (5,248) ☆ (4,592) 円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1-2） | 529 ★ (1,058) ☆ (1,587) 円 | 656 ★ (1,312) ☆ (1,968) 円 |
| 4. 滞在費 | 2,066円 | |
| 5. 食費 | 1,670円（食数に応じて請求） | |
| 6. 自己負担合計参考額（3+4+5） | 4,265 ★ (4,794) ☆ (5,323) 円 | 4,392 ★ (5,048) ☆ (5,704) 円 |

★（ ）は、2割負担の場合

☆（ ）は、3割負担の場合

- ※ なお、保険者（市区町村）への申請により介護保険負担限度額の認定を受けている方は、所得に応じて利用者負担の軽減措置がありますので、実際に負担していただく額は、以下の表の通りとなります。

介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金

利用者負担第1段階：例) 生活保護受給者

| | | |
|------------------------|--------------------|-----------------|
| 1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金 | 要支援 1 5,290円 | 要支援 2 6,560円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 4,761円 | 5,904円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 529円 | 656円 |
| 4. 滞在費 | 880円 | |
| 5. 食費 | 上限額300円として食数に応じて請求 | |
| 6. 自己負担合計参考額(3+4+5) | 1,709円 | 1,836円 |

利用者負担第2段階：例) 年金80万円以下の場合

| | | |
|------------------------|--------------------|-----------------|
| 1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金 | 要支援 1 5,290円 | 要支援 2 6,560円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 4,761円 | 5,904円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 529円 | 656円 |
| 4. 滞在費 | 880円 | |
| 5. 食費 | 上限額600円として食数に応じて請求 | |
| 6. 自己負担合計参考額(3+4+5) | 2,009円 | 2,136円 |

利用者負担第3段階①：例) 市町民税所帯非課税であって、
年金収入等80万超から120万円以下のもの等

| | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------|
| 1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金 | 要支援 1 5,290円 | 要支援 2 6,560円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 4,761円 | 5,904円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 529円 | 656円 |
| 4. 滞在費 | 1,370円 | |
| 5. 食費 | 上限額1,000円として、食数に応じて請求 | |
| 6. 自己負担合計参考額(3+4+5) | 2,869円 | 3,026円 |

利用者負担第3段階②：例) 市町民税所帯非課税であって、
年金収入等120万円超のもの等

| | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------|
| 1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金 | 要支援 1 5,290円 | 要支援 2 6,560円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 4,761円 | 5,904円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 529円 | 656円 |
| 4. 滞在費 | 1,370円 | |
| 5. 食費 | 上限額1,300円として、食数に応じて請求 | |
| 6. 自己負担合計参考額(3+4+5) | 3,199円 | 3,326円 |

- ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくこととなります（償還払い）。また、介護予防短期入所生活介護サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。
- 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いたします。
- ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。
- 上記表の要支援別サービス利用料金に ア) 機能訓練指導員配置加算 120円 イ) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) 180円、ウ) 生産性向上推進体制加算 **Ⅱ 100円** が加算されます。加算額は 1割又は2割、3割を負担いただくこととなります。
- 新加算 (Ⅰ) により介護報酬総額の 14.0% の 1割又は2割、3割が利用者負担となり自己負担額に加算されます。食費については、実際に提供した食数に応じて請求します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条第8条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 利用者が使用する滞在費

小規模生活単位型の特別養護老人ホーム (新型特養) ですので、個人・準個人スペース (ユニット) 部分の建物及び付属設備の建設費用及び備品の取得費用、修繕費、水道光熱費等を算定に基づき滞在費を負担していただきます。

《利用料金》 1日当たり 2,066円

② 利用者の食事の提供

ご利用者の栄養状態に適した食事を提供します。

| | | | |
|--------|---|----|------|
| 《利用料金》 | ： | 朝食 | 385円 |
| | | 昼食 | 750円 |
| | | 夕食 | 535円 |

① 理髪・美容

[理髪サービス]

月1回理容師の出張による理髪サービス (調髪) をご利用いただけます。

| | | | | |
|--------|---|-------|-----|--------|
| 《利用料金》 | ： | 1回あたり | 調髪 | 3,000円 |
| | | | 短髪 | 2,000円 |
| | | | 髭剃り | 500円 |

料金は、業者にお支払いください。

[訪問美容サービス]

美容師の訪問による美容サービスをご利用いただけます。

| | | | | |
|--------|---|-------|---------|---------------|
| 《利用料金》 | ： | 1回あたり | 車いす使用等で | 2,200円～2,700円 |
|--------|---|-------|---------|---------------|

料金は、業者にお支払いください。

④ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分を負担いただきます。

1枚につき 20円

⑤ 日常生活

日常生活用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第8条参照)

サービス利用月の、翌月に請求書、請求明細書を発行し、郵送しますので下記の指定の金融機関に振り込みいただくか、たじま荘へご持参ください。(振り込み手数料は、ご契約者の負担でお願いいたします。)

(ご持参される場合は、平日の9時から17時までにお問い合わせいたします。)

| | | |
|-------|-----------------------------------|------|
| 但馬銀行 | 日高支店 | 普通預金 |
| 口座番号 | 7227546 | |
| 口座名義人 | 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 たじま荘 所長 植木 直子 | |

(4) サービス利用の変更・中止等について

① 当事業所の稼働状況によりご利用者の希望期間にサービスが利用できない等の変更・中止について、ご相談に応じます。

② 災害時では、こちらの都合によりサービスを中止する場合があります。

③ 台風・大雨により警報が出た場合、状況を見ながら家族(家族と連絡がつかない場合はケアマネ)と連絡をとり、お迎えの前であれば、サービスの中止、利用中であれば早期帰宅・たじま荘での待機等の対応をします。

(5) 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には、ご契約者の希望により、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 | のだ内科クリニック |
| 所在地 | 豊岡市日高町岩中212-1 |
| 電話 | 0796-42-1022 |
| 診療科 | 内科・消化器内科 |

| | |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 谷垣医院 |
| 所在地 | 豊岡市日高町伊府660 |
| 電話 | 0796-44-0010 |
| 診療科 | 内科 |

| | |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | 中治内科クリニック |
| 所在地 | 豊岡市京町5-43 |
| 電話 | 0796-24-1890 |
| 診療科 | 内科・消化器科・循環器科・小児科 |

| | |
|---------|------------------------------|
| 医療機関の名称 | すず内科外科クリニック |
| 所在地 | 豊岡市日高町上石230-2 |
| 電話 | 0796-42-0885 |
| 診療科 | 内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科 ・外科・皮膚科 |

| | |
|---------|-----------------------------|
| 医療機関の名称 | 公立豊岡病院組合立豊岡病院 |
| 所在地 | 豊岡市戸牧1094 |
| 電話 | 0796-22-6111 |
| 診療科 | 総合診療科・呼吸器科・精神科・耳鼻咽喉科・消化器科 他 |

② 協力歯科医療機関

| | |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 古田歯科医院 |
| 所在地 | 豊岡市日高町国分寺400-10 |
| 電話 | 0796-42-2510 |

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に6か月（要支援認定期間）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できますが、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。

（契約書第18条参照）

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が死亡した場合② 要支援認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要介護と判定された場合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、ご契約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 ご契約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。） |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第19条、第24条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約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日前までに解約・解除届書をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約のを解約・解除することができます。

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">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（一部解約はできません）③ ご契約者の「介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約はできません）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がたい重大な事情が認められる場合⑦ 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具体的な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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(2) 事業者からのサービス解除の申し出の場合（契約書第21条参照）

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 ご契約者が、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 ご契約による、サービス利用料金の支払いが6か月以上遅延し、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 ご契約者が、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 ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 本契約の終了に伴う援助（契約書第22条・第23条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うように努めます。

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第11条、第12条参照）

事業者は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第11条、第12条に規定される義務を負います。事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認のうえでサービスを実施するものとします。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、サービス完了後5年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
但し、コピー代は有料となります。
- ④ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
但し、ご契約者または他の契約者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ ご契約者へのサービスの提供時において、ご契約者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらか

- じめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ 事業者は、非常災害に関する具体的な計画を策定し、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。
但し、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助の際には、ご契約者の同意を得ます。

9. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、当施設を利用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、以下のものは原則として持ち込むことができません。
動物、爆発物等の危険なもの、利用居室内に格納できない大型家具等、日常生活上必要な物品以外のもの

(2) 面会

面会時間（原則として） 9時～20時

来訪者は、必ずその都度職員に届け出て下さい。

なお、来訪される場合、伝染病予防のため、生ものの持ち込みはご遠慮ください。

(3) 外出

外出される場合は、事前にお申し出ください。

(4) 食事

キャンセルは、前日までに申し出て下さい。ただし、当日ご家族等の都合で食事をしない場合は食費をいただきます。

(5) 施設・設備の使用上の注意（契約書第13条、14条参照）

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。
但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 他の利用者や当施設の職員に対し、暴力行為や、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

10. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

11. 介護報酬改定等について

介護報酬改定等により、重要事項説明書に変更がある場合には新旧対照表を作成の上、文章で交付し署名、捺印にて同意を得ます。

12. 損害賠償について（契約書第15条、16条参照）

- (1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約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。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、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、明らかに自己の責に帰すべき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。

- ① 契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもつぱら起因して損害が生じた場合
- ② 契約者（その家族も含む）が、サービスの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、又は、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
- ③ 契約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
- ④ 契約者が、事業者もし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
- ⑤ 契約者の不注意等、事業者もしくはサービス従事者に過失責任のない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

1 3 . 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

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。

○ 苦情相談担当者

[氏名] 小林 久之 TEL 0796-44-1730

[職名] 支援員 FAX 0796-43-4333

受付時間 毎週月曜日～金曜日 10:00～17:00

○ 第三者委員

[氏名] 田村 賢一 TEL 078-929-5655

[職名] 事業団監事 FAX 078-929-5688

[氏名] 宗野 義潔 TEL 090-5887-6126

[職名] 法務省 保護司

[氏名] 吉田 邦子 TEL 078-331-0586

[職名] 江戸町法律事務所弁護士 FAX 078-331-0545

○ 苦情解決責任者

[氏名] 植木 直子 TEL 0796-44-1730

[職名] 所長 FAX 0796-43-4333

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることが出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち会いなども致します。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○ 国民健康保険団体連合会 | 所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078)-332-5617 FAX番号 (078)-332-5650 受付時間 8:45～17:15 月曜日～金曜日 |
| ○ 豊岡市 高年介護課 | 所在地 豊岡市立野町12番12号 電話番号 0796-24-2401・FAX 0796-29-3144 受付時間 8:30～17:15 月曜日～金曜日 窓口 高年介護課 |
| ○ 第三者委員名 | 所在地 神戸市西区曙町1070 田村 賢一 電話番号 078-929-5655 FAX番号 078-929-5688 受付時間 8:45～17:30 |
| ○ 兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会 | 所在地 神戸市中央区坂口通2-1-18 兵庫県福祉センター3F 電話番号 078-242-6868 FAX番号 078-271-1709 受付時間 平日 9:00～17:00 |

