

「指定短期入所生活介護事業」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(兵庫県指定第 2871501116号)

当施設はご契約者に対し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。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 洲本たちばな福祉会
- (2) 法人所在地 兵庫県洲本市由良1丁目6番7号
- (3) 電話番号 0799-27-0146
- (4) F A X 0799-27-0384
- (5) 代表者氏名 理事長 伊富貴 幸廣
- (6) 設立年月日 昭和27年5月31日
- (7) 法人が行う他の事業（予防事業も含む）

介護老人福祉施設事業・通所介護事業・訪問介護事業・特定施設入居者生活介護事業・外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業・居宅介護支援事業・小規模多機能型居宅介護事業・地域密着型介護老人福祉施設事業

- (8) URL <http://sumoto-tachibana.or.jp>
- (9) E-mail y2t3a4@sumoto-tachibana.or.jp

2. ご利用施設の概要

- (1) 施設の名称 地域密着型特別養護老人ホーム 千草たちばなプラス
- (2) 施設の所在地 兵庫県洲本市千草己2番地1
- (3) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 陸屋根 地上 2階
- (4) 建物の延べ面積 1,666.98 m²
- (5) 施設の周辺環境

洲本市街地から、県道に面しており、交通の利便性に優れた立地状況です。穏やかな土地柄で、自然に囲まれ風光明媚な環境の中、落ち着いた生活を送ることが望めます。

3. ご利用施設の説明

- (1) 施設の種類 指定短期入所生活介護事業
平成27年4月1日 ・ 兵庫県指定2871501116号
- (2) 施設の目的 指定短期入所生活介護事業は、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、利用者に、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、短期入所生活介護サービスを提供します。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

(3) アクセス

交通機関 淡路交通 「洲本バスセンター」よりタクシーで10分
車でお越しの方 洲本インターチェンジより15分

(4) 電話番号 0799-25-2588

FAX番号 0799-25-2587

(5) 施設長（管理者） 氏名 原 暁子

(6) 当施設の運営方針

ア) 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事ができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活のお世話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。

イ) 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

ウ) 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、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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る。

(7) 通常の実施区域 洲本市内

(8) 利用定員 9人

4. 事業利用対象者

(1) 当事業所を利用できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要支援」又は「要介護」と認定され、ケアマネジャー等により計画的に居宅サービスを利用されている方を対象としています。

但し、居宅において寝たきり等により介護が必要である人で、その介護をする方が緊急の理由によって介護ができない状況である場合、要介護認定を受けていない人でも、サービスを利用できます。この場合、利用後の請求の際、介護認定の結果によっては、利用料金を全額自己負担していただく可能性もあります。

（詳細は「5. サービス提供までの流れ」（2）参照のこと）

(2) 利用契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。

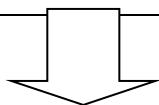
このような場合には、ご契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

5. 契約締結からサービス提供までの流れ

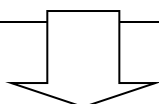
- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）

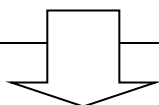
① 事業の介護支援専門員（ケアマネジャー）等に個別サービス計画原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。



② その担当者は個別サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



③ 個別サービス計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、個別サービス計画を変更します。



④ 個別サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。



(2) ご契約者に係る「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

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。(償還払い)



居宅サービス計画(ケアプラン)の作成



- 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金(自己負担額)をお支払いいただきます。

② 要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。(償還払い)

要支援、要介護と認定された場合

自立と認定された場合

- 居宅サービス計画(ケアプラン)を作成していただきます。必要に応じて、居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。

- 契約は終了します。
- 既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

居宅サービス計画(ケアプラン)の作成

- 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金(自己負担額)をお支払いいただきます。

6. 居室の概要

当事業所では、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。

居室・設備の種類	室数	備 考
個 室	9 室	面積 12.07 m ² 以上 床頭台 整理タンス 洗面台有
合 計	9 室	
共同生活室	1 室	(各ユニット)
便 所	3 室	洋式便座、手すり付 (各ユニット)
浴 室	5 室	2F：座位浴槽 家庭浴 (各ユニット)
医 務 室	1 室	

☆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事業所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と協議のうえ決定するものとします。

7. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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〉 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長 (管理者)	1.0 名	1 名
2. 事務員	1.0 名	必要数
2. 介護職員	12.0 名	9 名
3. 生活相談員	1.0 名	1 名
4. 看護職員	1.0 名	1 名
5. 機能訓練指導員	1.0 名	1 名
6. 介護支援専門員	1.0 名	1 名
7. 医師	1.0 名	嘱託 1 名
8. 栄養士	1.0 名	1 名
9. 調理員	2.0 名	必要数

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。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤務体制
医師	毎週土曜日 13:00 ~ 14:30
生活相談員	毎週月～金曜日 9:00 ~ 18:00
介護職員 (看護職員も含む)	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝 : 7:00 ~ 9:00 4名 日中 : 9:00 ~ 18:00 4名 夕方 : 18:00 ~ 20:00 4名 夜間 : 20:00 ~ 7:00 2名

〈配置職員の職種〉

介護職員	…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
看護職員	…主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

9名の利用者に対して、合計4名の介護職員と看護職員を配置しています。

生活相談員	…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。 1名の生活相談員を配置しています。
-------	---

医 師	…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。 嘱託1名の医師を配置しています。
-----	---

8. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- 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契約者に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、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

(i) 〈サービスの概要〉

① 食事

・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： 8：00 ～ 9：30
 昼食： 12：00 ～ 13：30
 夕食： 18：00 ～ 19：30

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・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。

(ii) 〈サービス利用料金 (1日あたり)〉 (契約書第9条参照)

下記の料金表によって、ご契約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、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

サービス利用料金

【自己負担割合 1割の方】

〈ユニット型個室の場合〉

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 ご契約者のサービス利用料金	7,040円	7,720円	8,470円	9,180円	9,870円
2 うち介護保険から給付される金額	6,336円	6,948円	7,623円	8,262円	8,883円
3 サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	704円	772円	847円	918円	987円
4 滞在費	2,066円				
5 食費	1,445円				
6 自己負担合計額 (3+4+5)	4,215円	4,283円	4,358円	4,429円	4,498円

【自己負担割合 2割の方】

＜ユニット型個室の場合＞

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 ご契約者のサービス利用料金	7,040 円	7,720 円	8,470 円	9,180 円	9,870 円
2 うち介護保険から給付される金額	5,632 円	6,176 円	6,776 円	7,344 円	7,896 円
3 サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	1,408 円	1,544 円	1,694 円	1,836 円	1,974 円
4 滞在費	2,066 円				
5 食費	1,445 円				
6 自己負担合計額 (3+4+5)	4,919 円	5,055 円	5,205 円	5,347 円	5,485 円

【自己負担割合 3割の方】

＜ユニット型個室の場合＞

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 ご契約者のサービス利用料金	7,040 円	7,720 円	8,470 円	9,180 円	9,870 円
2 うち介護保険から給付される金額	4,928 円	5,404 円	5,929 円	6,426 円	6,909 円
3 サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	2,112 円	2,316 円	2,541 円	2,754 円	2,961 円
4 滞在費	2,066 円				
5 食費	1,445 円				
6 自己負担合計額 (3+4+5)	5,623 円	5,827 円	6,052 円	6,265 円	6,472 円

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

<ユニット型個室の場合>

利用者負担第1段階：例) 生活保護受給者

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 ご契約者のサービス利用料金	7,040円	7,720円	8,470円	9,180円	9,870円
2 うち介護保険から給付される金額	6,336円	6,948円	7,623円	8,262円	8,883円
3 サービス利用に係る自己負担額(1-2)	704円	772円	847円	918円	987円
4 滞在費	880円				
5 食費	300円				
6 自己負担合計額(3+4+5)	1,884円	1,952円	2,027円	2,098円	2,167円

利用者負担第2段階：例) 年金80万円以下等の者

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 ご契約者のサービス利用料金	7,040円	7,720円	8,470円	9,180円	9,870円
2 うち介護保険から給付される金額	6,336円	6,948円	7,623円	8,262円	8,883円
3 サービス利用に係る自己負担額(1-2)	704円	772円	847円	918円	987円
4 滞在費	880円				
5 食費	600円				
6 自己負担合計額(3+4+5)	2,184円	2,252円	2,327円	2,398円	2,467円

利用者負担第3段階①

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 ご契約者のサービス利用料金	7,040円	7,720円	8,470円	9,180円	9,870円
2 うち介護保険から給付される金額	6,336円	6,948円	7,623円	8,262円	8,883円
3 サービス利用に係る自己負担額(1-2)	704円	772円	847円	918円	987円
4 滞在費	1,370円				
5 食費	1,000円				
6 自己負担合計額(3+4+5)	3,074円	3,142円	3,217円	3,288円	3,357円

利用者負担第3段階②

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 ご契約者のサービス利用料金	7,040 円	7,720 円	8,470 円	9,180 円	9,870 円
2 うち介護保険から給付される金額	6,336 円	6,948 円	7,623 円	8,262 円	8,883 円
3 サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	704 円	772 円	847 円	918 円	987 円
4 滞在費	1,370 円				
5 食費	1,300 円				
6 自己負担合計額 (3+4+5)	3,374 円	3,442 円	3,517 円	3,588 円	3,637 円

また、その他介護給付サービス加算として、以下を加算させていただく場合があります。
 下記負担額は、1日あたりの料金です。

費目	算定要件（抜粋）	負担割合		
		1割	2割	3割
個別機能訓練加算	常勤専従の機能訓練指導員を配置し、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成し、その後3月に1回以上居宅を訪問し機能訓練計画の進捗状況を説明し、訓練内容の見直しなどを行った場合	56円	112円	168円
看護体制加算（Ⅰ）	常勤の看護師を1名以上配置している場合	4円	8円	12円
看護体制加算（Ⅱ）	看護職員を25人に対して1名以上配置し、看護職員等と24時間連絡体制を確保している場合	8円	16円	24円
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置している場合	18円	36円	54円
療養食加算	別に定める療養食の提供が、管理栄養士によって管理されており、年齢、心身の状況により適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合	23円	46円	69円
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急に行った場合（7日を限度とする）	90円	180円	270円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士が80%以上または勤続10年以上の介護福祉士が35%以上である場合	22円	44円	66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%以上である場合	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上または常勤職員が75%以上または勤続7年以上の職員が30%以上である場合	6円	12円	18円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の入所者が50%以上であり、認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に当該対象者の数が19を超えて10または端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施した場合	3円	6円	9円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	上記要件（認知症専門ケア加算Ⅰ）を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修終了者を1名以上配置し、全体の認知症ケアの指導等を実施し、職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施した場合	4円	8円	12円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所または医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等した場合（1月につき）（3月に1回を限度）	100円	200円	300円

費目	算定要件（抜粋）	負担割合		
		1割	2割	3割
看取り連携体制加算	(1) 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定していること (2) 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定しており、かつ、事業所の看護職員又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること 上記（1）（2）いずれかに該当し、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し同意を得た場合（死亡日及び死亡日以前30日以下について7日を限度）	64円	128円	192円
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合（1月に1回限り）	50円	100円	150円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担の取組を行い、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータ提供（オンライン）を行った場合（1月につき）	100円	200円	300円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	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開催、必要な安全対策を講じた上で生産性ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータ提供（オンライン）を行った場合（1月につき）	10円	20円	30円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして兵庫県知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所であること 負担額⇒基本サービス費に適用加算を加えた単位数に14.0%を乗じた金額 (1割負担) ※2割負担の方は算出した2倍の金額 ※3割負担の方は算出した3倍の金額			

※加算を適用する場合、加算が適用される月の前月の15日までに、加算する費目を通知させていただきます。また、ご利用者の心身の状況等により、通知が事後になる場合があります。あらかじめ、ご了承ください。

☆ ご契約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全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、ご契約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。

☆ ご利用にあたって、本人の状態から自宅と施設との往復に伴う移動が困難な場合には、希望に応じて送迎サービスを提供いたします。片道 1,840 円相当の送迎利用料は、介護保険の給付対象となっています（自己負担はその 1 割として 184 円となる）。

但し、洲本市外に居住するなど、通常の送迎範囲を越える場合には、洲本市の地域境界線を越えたところから、以下の金額を自己負担として徴収いたします。

片道につき、3 km 以内で、300 円

3 km を超えて 2 km ごとに、200 円

☆ 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。

(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 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、前記 8(1) (ii) のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません。）が必要となります。

② 要介護認定の結果が自立の場合

要介護認定の結果が自立（非該当）となった場合には、要介護 1 のサービス利用料金とその他加算料金等を徴収します。

③ 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、実費相当分をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

④ 契約者が使用する居室料

ご契約者のご利用いただく居室を提供します。

利用料金：居室に係る利用料金は、以下の通りとします。（1 日あたり）

居室別料金表

居室別	居室料金
ユニット個室	2,066 円

⑤ 契約者の食事の提供

ご契約者の栄養状態に適した食事を提供します。

利用料金：1 日あたり 1,445 円

但し、おやつを食した場合は、下記の料金を別途いただきます。

おやつ：要した費用の実費

⑥ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑦ 日常生活上必要となる諸費用実費

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。

⑧ ご契約者の移送に係る費用

やむを得ない場合は、ご契約者の通院や入院及び外泊時の移送サービスを行います。

1回往復あたり	片道	3km以内	→	300円
	片道	3kmを超えて2kmごとに	→	200円

⑨ 理髪・美容〔理髪サービス〕

月に1回第4水曜日、理美容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃）を本体施設で行っており、本事業に時機が合った場合は、希望に応じてご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 調髪 3,000円 顔剃 男性1,200円 女性1,500円

⑩ 長期連続利用について

短期入所生活介護サービスは、一時的な引き受けを想定したサービスであるため、連続して30日を超えての利用は、原則できないことになっています。

経済状況の変化、その他やむをえ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。その場合は、事前に変更する内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第9条参照）

前記1、2の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。ア．以外については翌月20日までに以下の方法でお支払い下さい。1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は利用日数に基づいて計算した金額とします。

- | |
|--|
| ア． 下記のいずれかの金融機関の指定口座への口座振替（※振り込み手数料は不要です。）
○淡路信用金庫
○淡陽信用組合 |
| イ． 下記指定口座への振り込み（※振込み手数料は、契約者のご負担になります。）
三井住友銀行 洲本支店 普通預金 5273743
千草たちばなプラス（チクサタチバナプラス） |

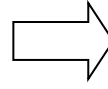
※その他の支払い方法についてはご相談ください。

(4) 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 協力医院

医療機関の名称	ひらのクリニック
所在地	洲本市塩屋1丁目2-15-2
診療科	内科、消化器内科



主治医氏名	
所在地	
連絡先	

※入院治療が必要な場合には、兵庫県立淡路医療センターに入院できるよう協力します。

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	竹内歯科医院
所在地	洲本市栄町1丁目3-7

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第10条参照）

- 利用予定日の前に、契約者の都合により、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、利用予定日の前日までに事業者申し出て下さい。
- 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、819円の食材料実費分の料金をお支払いいただきます。
- 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、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

9. 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19条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約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
- ⑤ 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 20 条、第 21 条参照）

契約の有効期間中であっても、契約者から利用契約の全部又は一部を解約する事ができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・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事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ④ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約は出来ません）
- ⑤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
- ⑥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
- ⑦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、または著しい不信行為、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。
- ⑧他の利用者をご契約者の身体・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) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 22 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただく事があります。

- 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ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 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サービス等の財物・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おそれがあったり、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) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 23 条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第 19 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努めます。

10. サービス提供における事業者の義務（契約書第 12 条、第 13 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 12 条、第 13 条に規定される義務を負います。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、次の事を守ります。

- ① 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、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、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。
- ⑤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。
ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に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。

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り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）。ただし、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を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

1.1. サービスの利用に関する留意事項

(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。

- ・居室内及び居室内の家具に入りきらない物
- ・観賞用魚類を除く動物
- ・防火対策上、危険と思われる物

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第14条、第15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。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(3) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

1.2. 損害賠償について（契約書第16条、第17条参照）

当事業所において、事業者の責任により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。

13. 苦情の受付について（契約書第26条参照）

(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。

○苦情受付窓口 （担当者） 川西 勇樹
〔職名〕 生活相談員

受付時間 毎週月曜日～金曜日 10：00～16：00

（連絡先：千草たちばなプラス 0799-25-2588）

○苦情解決責任者〔氏名〕 原 暁子
〔職名〕 管理者

○第三者委員 〔氏名〕 船越 健司 越田 まさよ

苦情解決第三者委員は社会福祉法人洲本たちばな福祉会と社会福祉法人洲本市社会福祉協議会との共同設置です。

（連絡先：洲本市社会福祉協議会 0799-26-0022）

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会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方との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	9：00 ～ 17：15（月）～（金）
○洲本市役所 健康福祉部 介護福祉課 介護保険係	所在地	洲本市本町三丁目4番10号
	電話番号	(0799) 22-9333
	FAX	(0799) 26-0552
	受付時間	8：30 ～ 17：15（月）～（金）

14. 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。

15. 重要事項の記載内容の変更について

重要事項に記載されている内容が変更された場合、以下の通り通知いたします。

- ・担当者の変更等、軽微なものは口頭でお知らせします。
- ・その他の内容については文書でお知らせします。
- ・制度改正等による大幅な変更は、文書でお知らせするとともに、場合によっては契約を更改させていただきます。

「指定短期入所生活介護事業 重要事項説明書」 同意書

令和 年 月 日 時 ~ 時

指定短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定短期入所生活介護事業所 千草たちばなプラス

説明者職名 _____ 氏 名 _____

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。

契約者（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、指定短期入所生活介護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。

署名代行者

住所 _____
氏名 _____ 印 _____
契約者との続柄 _____

身元引受人

住所 _____
氏名 _____ 印 _____
契約者との続柄 _____

個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族等の個人情報については、令和 年 月 日付
利用契約における秘密保持に関し、下記の場合にその必要とする範囲内で使用することに同意します。

記

- 1 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、利用者のサービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するため行うサービス担当者会議等において使用する場合
- 2 私（利用者）が入院等医療機関で受診するときに医療機関に対し、個人情報を使用する場合

令和 年 月 日

短期入所生活介護事業所 千草たちばなプラス 御中

利 用 者

住所

氏名

印

利用者は、署名ができないため、利用者の意思を確認の上、私が代行します。

署名代行者

住所

氏名

印
