

「指定介護予防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)

当事業所は、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します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用される上でのご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

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 ご利用事業所の概要

- (1) 施設の名称 短期入所生活介護事業所 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) 建物の延べ床面積 1,666.98 m²
- (5) 事業所の周辺環境

洲本市街地から近く、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 介護予防短期入所生活介護
平成27年4月1日 ・ 兵庫県指定2871501116号

(2) 施設の目的

介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）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に必要な居室及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) 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

1. 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、その他日常生活上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。
2. 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。
3. 事業を運営するにあたり、地域と家庭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務める。

(7) 開設（サービス開始）年月日 平成27年4月1日

(8) 通常の実施地域 洲本市内

(9) 利用定員 9名（短期入所生活介護事業をあわせて）

(10) 居室等の概要

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（居室の希望などは、お伺いしていません）。

居室・設備の種類	部屋数	備考
個室	9室	面積12.07㎡以上 床頭台、整理ダンス、洗面台有
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、ご契約者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

4 契約締結からサービス提供までの流れ

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、「介護予防サービス計画(介護予防プラン)」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予防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。

(1) 契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです（契約書第3条）。

- ① 事業所の職員が個別サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当します。
- 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、同意を得た上で決定します。
- ③ 個別サービス計画は、介護予防サービス計画が変更された場合、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、変更の必要がある場合には、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) ご契約に係る「介護予防サービス計画」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
 - 地域包括支援センター、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。
 - 地域包括支援センター等が作成した介護予防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。
 - 予防給付対象サービスについては、介護保険の予防給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。
 - ② 要支援認定を受けていない場合
 - 要支援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。
 - 予防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）。
- ア) 要支援1、2と認定された場合
- 介護予防サービス計画を作成していただきます。必要に応じて、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の紹介等必要な支援を行います。

- 地域包括支援センター等が作成した介護予防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。
- 予防給付対象サービスについては、介護保険の予防給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。
- イ) 自立、要介護と認定された場合
 - 契約は終了します。
 - 自立の場合、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。要介護の場合、介護保険から介護給付が行われることとなります。

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〉

職 種	常勤換算	指定基準
施設長（管理者）	1.0名	1名
事務員	1.0名	必要数
生活相談員	1.0名	1名
介護職員	12.0名	9名
看護職員	1.0名	1名
機能訓練指導員	1.0名	1名
介護支援専門員	1.0名	1名
医師	1.0名	嘱託 1名
栄養士	1.0名	1名
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。

〈主な職種の業務内容及び勤務体制〉

職 種	業務内容及び勤務体制
医師	毎週土曜日 13:00～14:30
生活相談員	毎週月～金曜日 9時00分～18時00分
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時00分～ 9時00分 4名

	日中： 9時00分～ 18時00分	4名
	夕方： 18時00分～ 20時00分	4名
	夜間： 20時00分～ 7時00分	2名

6 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。

(1) 予防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、食費・滞在費を除き利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

サービスの種類	概 要
食事	<ul style="list-style-type: none"> 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及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
入浴	<ul style="list-style-type: none"> 入浴又は清拭を週2回以上行ないます。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 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。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 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。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ご契約者に対して、生活相談員等による日常生活上の相談に応じます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 医師や看護職員が、健康管理を行います。
その他自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。 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。

〈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、ご契約者の要支援の認定区分に応じたサービス利用料金から予防給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要支援の認定区分に応じて異なります。）

○ 介護予防短期入所生活介護（1日あたり）ユニット型個室の場合

【自己負担割合 1割の方】

ご契約者の要支援の認定区分	要支援 1	要支援 2
1、利用者の要支援の認定区分とサービス利用料金	5,290 円	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	529 円	656 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)	4,040 円	4,167 円

【自己負担割合 2割の方】

ご契約者の要支援の認定区分	要支援 1	要支援 2
1、利用者の要支援の認定区分とサービス利用料金	5,290 円	6,560 円
2、うち介護保険から給付される金額	4,232 円	5,248 円
3、サービス利用に係る自己負担額	1,058 円	1,312 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)	4,569 円	4,823 円

【自己負担割合 3割の方】

ご契約者の要支援の認定区分	要支援 1	要支援 2
1、利用者の要支援の認定区分とサービス利用料金	5,290 円	6,560 円
2、うち介護保険から給付される金額	3,703 円	4,592 円
3、サービス利用に係る自己負担額	1,587 円	1,968 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)	5,098 円	5,479 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、実際負担していただく額は、以下の表のとおりとなります。

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

ご契約者の要支援の認定区分	要支援1	要支援2
1、利用者の要支援の認定区分とサービス利用料金	5,290円	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	529円	656円
4、滞在費	880円	
5、食費	300円	
6、自己負担合計額 (3+4+5)	1,709円	1,836円

利用者負担第2段階：例）年金80万円以下等の者

ご契約者の要支援の認定区分	要支援1	要支援2
1、利用者の要支援の認定区分とサービス利用料金	5,290円	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	529円	656円
4、滞在費	880円	
5、食費	600円	
6、自己負担合計額 (3+4+5)	2,009円	2,136円

利用者負担第3段階 ①

ご契約者の要支援の認定区分	要支援1	要支援2
1、利用者の要支援の認定区分とサービス利用料金	5,290円	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	529円	656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)	2,899円	3,026円

利用者負担第3段階 ②

ご契約者の要支援の認定区分	要支援1	要支援2
1、利用者の要支援の認定区分とサービス利用料金	5,290 円	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	529 円	656 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)	3,199 円	3,326 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
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
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
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介護予防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一旦お支払いいただきます。要支援1、2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場合があります。

- ☆ ご利用時の送迎にかかる費用は別途いただきます。
- 片道につき 184 円（但し、居宅・事業所間の送迎のみ）
- 但し、洲本市市外に居住するなど、通常の送迎範囲を超える場合には、洲本市の地域境界線をこえたところから、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、3km 以内で 300 円
- 3km 以上 2km ごとに、200 円

(2) 予防給付の対象とならないサービス（契約書第 5 条）

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 予防給付の支給限度額を超えるサービス

予防給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合には、サービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」の全額（自己負担額ではありません。また、加算分は含まれます。）が必要となります。

② 複写物の交付

ご契約者は、サービスの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

③ 滞在費

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	居室料金
ユニット型個室	2,066 円

④ 食事の提供（食費）

ご契約者に提供する為の経費及び食材料費です。

1 日あたり 1,445 円

⑤ 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、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。

⑥ 日常生活上必要となる諸費用の実費

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。

⑦ 通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎加算の上、通常の事業実施地域を越えた部分について実費相当額をいただきます。

⑧ 理髪・美容

月に1回程度、理美容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃り）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

☆ 経済状況の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か月ごとに計算し、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ください。1か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込み（振り込み手数料は、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）

※その他の支払方法についてはご相談ください。

(4) 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、ご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、利用予定日の前前日までに事業者申し出てください。

○ 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円の食材料費分の料金をお支払いいただきます。但し、ご契約者の体調不良等の正当な事由がある場合には、この限りではありません。

○ 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いたします。

(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・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。）

① 協力病院

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

② 協力歯科医療機関

病院の名称	竹内歯科医院
所在地	洲本市栄町1丁目3-7

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30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 ご契約者が要支援状態でなくなった場合
- ③ 事業者が解散命令を受けた場合、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 事業所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 事業所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、21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の全部又は一部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7日前までに解約・解除届出書をご提出ください。

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 予防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 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院及び入所された場合
- ④ ご契約者の「介護予防サービス計画」が変更された場合
- ⑤ 事業所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 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

⑦ 事業所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

⑧ 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ことがあります。この場合には、事業者は契約終了を希望する日の3ヶ月前までに契約者に通知するものとします。

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ヶ月以上遅延し、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

但し、事業者は契約者が以下の事項に該当する場合は、事業者は本契約の全部又は一部を即時に解除することができます。

④ ご契約者の行動が他の利用者や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、事業所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。

8 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11条、第12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 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。
- 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、記録に記載するなど、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。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者は、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、ご契約者の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。
- ⑦ 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、運営規程に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ⑧ ご契約者に対する褥瘡予防のため、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止するための体制を整備します。
- ⑨ ご契約者に対する感染症対策及び食中毒の発生やまん延を防ぐため、感染症対策委員会を3月に1回程度開催し、職員へ周知徹底し、感染症対策指針を作成し、職員への研修を定期的に行うものとします。
- ⑩ ご契約者に対する事故発生・再発防止のための措置として、事故発生時の対応等の指針を整備し、事故発生の報告、分析、改善策の職員への周知徹底を図る体制を整備するとともに、事故防止のための委員会、職員への研修を定期的に行うものとします。

9 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、危険と思われるようなものは原則として持ち込むことができません。

(2) 事業所・設備の使用上の注意事項（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、事業所、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

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やその家族、市町に対して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。

10 損害賠償について（契約書第16条、第17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です。

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、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 ご契約者（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発生した場合
- ② ご契約者（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 当事業所における損害賠償保険は以下の通りです。
ひょうご福祉サービス総合補償制度

1.1 苦情の受付について（契約書第26条参照）

(1) 当事業所における苦情受付

当事業所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

○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できます。更に第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために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 介護福祉課 介護保険係

所在地 兵庫県洲本市本町三丁目4番10号

電話番号 0799-22-9333

FAX番号 0799-26-0552

受付時間 8:30～17:15（月）～（金）

1.2 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。

「指定介護予防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

指定介護予防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。

指定介護予防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、指定介護予防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、指定介護予防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

介護予防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
