

特別養護老人ホーム サンウエスト
「指定短期入所生活介護」
重要事項説明書
(兵庫県指定 第 2871200180 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。施設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 こすもす |
| (2) 法人住所地 | 兵庫県神戸市東灘区魚崎南町4丁目13番11号 |
| (3) 電話番号及びFAX番号 | TEL 078-452-2431 FAX 078-452-2435 |
| (4) 代表者氏名 | 西 昂 |
| (5) 設立年月日 | 平成11年5月12日 |

2. ご利用施設の概要

- | | |
|--------------|--|
| (1) 建物の構造 | 地下1階地上2階建て・鉄筋コンクリート造り |
| (2) 建物の延べ床面積 | 2903.23㎡ |
| (3) 併設事業所 | <ul style="list-style-type: none">・ 特別養護老人ホーム・ 居宅介護支援事業所・ 短期入所生活介護・ 訪問介護 (2023年6月1日から休止)・ 地域包括支援センター |

3. ご利用施設

- | | | |
|-----------------|---|------------------|
| (1) 施設の種類 | 指定短期入所生活介護事業所 | 平成12年4月1日指定 |
| (2) 施設の目的 | 指定短期入所生活介護は、要介護状態となった場合においても、その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た日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事などの介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の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る。 | |
| (3) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム サンウエスト | |
| (4) 施設の所在地 | 兵庫県三田市小野1139番地1
交通機関 JR 三田駅より神姫バス24番系統乗車、小野バス停下車徒歩5分 | |
| (5) 電話番号及びFAX番号 | TEL 079-560-3070 | FAX 079-560-3071 |
| (6) 施設長氏名 | 赤塚 庸公 | |

(7) 当施設の運営方針

特別養護老人ホーム サンウエストでは、緑豊かな自然環境の中で、人と人との心の通い合いを育み、笑顔で過ごせるような施設を目指しております。

笑顔の生活とは、お互いの人権を認め合い、プライバシー・主体性を大切にし、より家庭的な生活環境にあると考えると共に、地域での交流の場として開かれた施設を作っていきたいと願っています。

(8) 開設年月日 平成12年3月6日

(9) 利用定員 5名

4. 施設利用対象者

- ・要介護認定の結果「要介護」と認定された方
- ・要介護認定の結果「自立」と判定され、三田市高齢者自立支援（施設宿泊型）事業として利用される方

※短期入所生活介護サービス契約の締結前に、サンウエストの専用書式によります感染症などに関する健康診断を受けて頂き、その診断書の提出をお願いする場合があります。

5. 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、「居宅介護サービス計画（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「短期入所生活介護サービス計画」に定めます。契約締結からサービス提供の流れは次の通りです。

- ①当事業所の介護支援専門員等に短期入所生活介護サービス計画の原案作成やそのために必要な調査などの業務を担当させます。
- ②その担当者は短期入所生活介護サービス計画の原案について、ご契約者及びそのご家族に対して説明し、同意を得た上で決定します。
- ③短期入所生活介護サービス計画は、居宅介護サービス計画（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ご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、ご契約者及びそのご家族等と協議して短期入所生活介護サービス計画を変更します。
- ④短期入所生活介護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、その内容を確認の上、ご契約者及びその後家族に同意を頂きます。

6. 居室の概要

当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。ご利用いただく居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室を希望される場合には、その旨を申し出下さい。但し、ご契約者の心身の状態や居室の空き状況などによりご希望に添えない場合もあります。

居室の設備・種類	室数	備考
個室	5室	一人あたり最小床面積 15.37㎡
合計	5室	
食堂・機能回復訓練室	1室	102.01㎡
浴室（一般浴）	1室	29.40㎡
浴室（器械浴）	1室	26.95㎡
医務室・静養室・看護婦室	各1室	46.57㎡

7. 職員の配置状況

＜主な職員の配置状況＞

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長	1名	1名
2. 介護職員	20.5名以上	20.5名以上
3. 生活相談員	1名以上	1名以上
4. 看護職員	3名以上	3名以上
5. 介護支援専門員	1名以上	1名以上
6. 医師（嘱託）	1名以上	1名以上
7. 管理栄養士	1名以上	1名以上
8. 調理職員	6名以上	6名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤務体制
1. 医師（嘱託）	毎週（火） 13:00～17:00
2. 介護職員	【標準的な時間帯における最低配置人員】 7:00～9:00 4名 9:00～17:30 5名 17:30～20:00 4名 20:00～翌7:00 3名
3. 生活相談員	9:00～17:30
4. 看護職員	【標準的な時間帯における最低配置人員】 7:30～16:00 1名 16:00～19:00 1名
5. 機能訓練指導員	9:00～17:30

8. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割が介護保険から給付されます。

但し、一定以上の所得のある方は 8割給付・7割給付 となります。

<サービスの概要>

① 食事

- ・管理栄養士のたてる献立表により、栄養並びにご契約者の心身の状態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為、離床し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。

朝食 8：00～9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00

②入浴

- ・一般浴又は器械浴による入浴又は清拭をご契約者の心身の状態に合わせて週 2 回以上提供します。

③排泄

- ・排泄の自立を促す為、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

- ・看護職員などにより、ご契約者の心身の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止する為の訓練を実施します。

⑤その他自立への支援

- ・寝たきり防止の為、できる限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。

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記料金表によって、ご契約者の要介護状態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）をお支払いください。（サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

【サービス利用料金表】

従来型個室 利用者負担割合 1割

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付 9 割	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	1,231 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	3,868 円	3,940 円	4,017 円	4,091 円	4,164 円

多床室 利用者負担割合 1割

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付 9 割	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	915 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	3,552 円	3,624 円	3,701 円	3,775 円	3,848 円

従来型個室 利用者負担割合 2割

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付 8 割	5,088 円	5,671 円	6,287 円	6,878 円	7,460 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	1,273 円	1,418 円	1,572 円	1,720 円	1,866 円
4.滞在費	1,231 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	4,504 円	4,649 円	4,803 円	4,951 円	5,097 円

多床室 利用者負担割合 2割

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付 8 割	5,088 円	5,671 円	6,287 円	6,878 円	7,460 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	1,273 円	1,418 円	1,572 円	1,720 円	1,866 円
4.滞在費	915 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	4,188 円	4,333 円	4,487 円	4,635 円	4,781 円

従来型個室 利用者負担割合 3割

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付 7割	4,452 円	4,962 円	5,501 円	6,018 円	6,528 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	1,909 円	2,127 円	2,358 円	2,580 円	2,798 円
4.滞在費	1,231 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	5,140 円	5,358 円	5,589 円	5,811 円	6,029 円

多床室 利用者負担割合 3割

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付 7割	4,452 円	4,962 円	5,501 円	6,018 円	6,528 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	1,909 円	2,127 円	2,358 円	2,580 円	2,798 円
4.滞在費	915 円				
5.食費	2,000 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	4,824 円	5,042 円	5,273 円	5,495 円	5,713 円

※尚、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、実際に負担いただく額は以下の通りになります。

【介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金】

利用者負担段階 第1段階で 従来型個室の場合

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	380 円				
5.食費	300 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	1,317 円	1,389 円	1,466 円	1,540 円	1,613 円

利用者負担段階 第1段階で 多床室の場合

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	0 円				
5.食費	300 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	937 円	1,009 円	1,086 円	1,160 円	1,233 円

利用者負担段階 第2段階で 従来型個室の場合

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	480 円				
5.食費	600 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	1,717 円	1,789 円	1,866 円	1,940 円	2,013 円

利用者負担段階 第2段階で 多床室の場合

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担 (①－②)	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	430 円				
5.食費	600 円				
6.自己負担額合計 (③＋④＋⑤)	1,667 円	1,739 円	1,816 円	1,890 円	1,963 円

利用者負担段階 第3段階（1）で 従来型個室の場合

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担（①－②）	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	880 円				
5.食費	1000 円				
6.自己負担額合計（③＋④＋⑤）	2,517 円	2,589 円	2,666 円	2,740 円	2,813 円

利用者負担段階 第3段階（1）で 多床室の場合

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担（①－②）	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	430 円				
5.食費	1000 円				
6.自己負担額合計（③＋④＋⑤）	2,067 円	2,139 円	2,216 円	2,290 円	2,363 円

利用者負担段階 第3段階（2）で 従来型個室の場合

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担（①－②）	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	880 円				
5.食費	1300 円				
6.自己負担額合計（③＋④＋⑤）	2,817 円	2,889 円	2,966 円	3,040 円	3,113 円

利用者負担段階 第3段階（2）で 多床室の場合

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.介護サービス利用料金	6,361 円	7,089 円	7,859 円	8,598 円	9,326 円
2.うち介護保険からの給付金額	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3.介護サービス 自己負担（①－②）	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4.滞在費	430 円				
5.食費	1300 円				
6.自己負担額合計（③＋④＋⑤）	2,367 円	2,439 円	2,516 円	2,590 円	2,663 円

※上記表の要介護度別介護サービス利用料金に以下の内容が加算されます。

(1 単位あたり 10.55 円【三田市 5 級地】で計算)

	単位	1 割	2 割	3 割
看護体制加算 (Ⅰ) ロ	4 単位	5 円／日	9 円／日	13 円／日
看護体制加算 (Ⅱ) ロ	8 単位	9 円／日	17 円／日	26 円／日
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 単位	7 円／日	13 円／日	19 円／日
機能訓練指導体制加算	12 単位	13 円／日	26 円／日	38 円／日
送迎加算 (片道、該当者のみ)	184 単位	195 円／日	385 円／日	583 円／日
療養食 (該当者のみ)	8 単位	9 円／1 食	17 円／1 食	26 円／1 食

介護職員等処遇改善加算Ⅱとして1ヶ月の総単位数の13.6%に相当する単位が加算

☆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一旦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為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。

☆生活保護・介護扶助の取り扱いについて、生活保護を受給されている方の自己負担額(1割)は、介護扶助として生活保護で負担されます。詳しくは、担当されているケアマネジャーにご確認下さい。

☆低額所得者に対して当施設では、社会福祉法人等の減免措置をとっております。減額認定書をお持ちの方は、利用料が認定証に記載されている減額率の適用を受けることになりますので必ず職員に減額確認証をお見せください。

☆ご契約者に提供する食費は別途頂きます。(下記(2)②参照)

☆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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金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契約者が使用する滞在費

ご契約者が利用する従来型個室（個室）または多床室（4人部屋）を提供します。

利用料金：居室に係る料金は、居室の概要での居室別料金表を参照。

②食事の材料の提供（食費）

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：1日あたり 2,000円

③理髪・美容

職員が可能な簡単な整髪程度は無料とします。専門的な理髪・美容がご希望の場合は、ホームにて契約している理美容師に行ってもらいます。

利用料金は、要した費用の実費（1回¥1,500-）を請求させていただきます。

④施設行事・レクリエーション・クラブ活動など

ご契約者の希望により参加していただくことができます。

利用料金：内容により材料代などの実費をいただきます。

⑤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の複写物を必要とする場合には実費相当分として下記の金額をご負担いただきます。

1枚につき 20円

⑥日常生活用品費

日常生活用品の購入代金など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。

※オムツ代や洗濯代などは負担していただく必要はありません。

(3) 利用料のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので毎月の25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

①利用明細書に同封されている振込用紙によりお振込みいただく場合

※手数料はご契約者負担となります。

②現金にて、サンウエストにお持ちいただく場合。

③口座自動引落とし（集金代行サービス）を利用する場合。

※手数料はご契約者負担となります。

(4) 入所中の医療について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力機関において診療や入院治療を受けることができるよう、ご紹介・手続きを代行します。

《協力医療機関》

医療機関の名称	医療法人 康雄会 西病院
所在地	神戸市灘区備後町3-2-18 TEL078-821-4151
診療科	内科・神経内科・外科・整形外科・脳神経外科・循環器科・胃腸科 肛門科・泌尿器科・放射線科・リハビリテーション科・麻酔科 リウマチ科・人間ドック

医療機関の名称	医療法人 尚仁会 平島病院
所在地	三田市天神1丁目2番15号 TEL079-564-5381
診療科	循環器科・呼吸器科・内科・外科・消化器科・整形外科・放射線科 リハビリテーション科・泌尿器科・肛門科・皮膚科

医療機関の名称	医療法人 社団健歯会 吉原歯科医院
所在地	三田市弥生ヶ丘1-11 TEL079-562-8471
診療科	歯科

9. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、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、当施設との契約は終了します。

①ご契約者が死亡した場合

②要介護認定により、ご契約者に心身の状況が「自立」と判定された場合

③事業者が解散した場合、やむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合

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施設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ご契約者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）

⑦事業者から退所の申し出を行った場合（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（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても、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日前までに契約解除書をご提出下さい。

但し、以下の場合には即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ①ご契約者が入院された場合
- ②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短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ③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
- ④ご契約者の「居宅介護サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ⑤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・信用などを傷つけ又は著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご契約者の心身・財物・信用などを傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れが有る場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

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など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難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、故意また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などの財物・信用などを傷つけ、又は著しい不信行為又は禁止事項を行うことなどによって本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合
- ④本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恐れがあり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続し難い重大な事情が生じた場合

(3) 契約終了に伴う援助

契約が終了するには場合には、事業所はご契約者の心身の状況、置かれている環境などを勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

11. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受け付け

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（当施設事務所窓口）

担当 山岡 裕之 / 東郷 いづみ / 引野 由紀子

○苦情解決責任者

担当者 赤塚 庸公 職種 特別養護老人ホーム サンウエスト施設長

○受付時間 月曜日から金曜日 9:30～17:00

○TEL 079-560-3070（代）

(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 9:00～17:00（月～金）
○三田市介護保険課	所在地 三田市三輪2丁目1番1号 電話番号 (079) 559-5078 FAX番号 (079) 563-1447 受付時間 9:00～16:30（月～金）
○第三者委員名 矢嶋 真理	所在地 兵庫県神戸市中央区加納町4丁目10番23号 ロイヤル神戸三宮1105号室 電話番号 (078) 335-1250 FAX番号 (078) 335-1255 受付時間 9:00～17:00（月～金）

12. サービス提供における事業者の義務

- 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・健康状態から見て必要な場合には、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。ご契約者の病状の急変が生じた場合、速やかに主治医・緊急連絡先又はあらかじめ定められた協力医療機関への連絡を行うなど必要な処置を講じます。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者の提供したサービスについて記録を作成し、契約終了後2年間保存するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- 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。
但し、ご契約者又は他の利用者などの生命・身体を保護する為に緊急やむを得ない場合には、ご家族に相談をし、記録に記載するなどをして適正な手続きにより身体などを拘束する場合があります。
- 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に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。但し、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関などに、ご契約者の心身などの情報を提供します。

1 3. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場として快適性、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

入所のあたり、別紙の物以外は原則として持ち込むことができません。

この他に、特に持ち込み希望の物又は不明なものがありましたらご相談下さい。

(2) 面会

面会時間 午前9：30～11：00 午後14：00～17：00

来訪者は、必ず事務所窓口に届け出てください。

尚、食べ物を持ち込みについては、事務所・介護職員に申し出てください。

(3) 外出

外出をされる場合は、必ず事務所又は職員までお申しして下さい。外出の際は外出届を事務所にお出しください。

(4) 喫煙

健康増進法の適用により施設内での喫煙はできませんのでご了承ください。

(5) 施設・設備の使用上の注意・並びに禁止事項

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。

○故意に施設設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に相当の代価をお支払い頂く場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生などの管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り、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、ご契約者のプライバシーなどの保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、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。

1 4. 虐待防止について

(1) 当施設は、利用者の人権の擁護、虐待等の防止のために次の処置を講じます。

○虐待を防止するための従業員に対する研修の実施

○利用者及び、その家族からの苦情処理体制の整備

○その他虐待防止のために必要な措置

(2) サービス提供中に従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）

による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

1 5. 損害賠償について

当施設において、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します。

但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と見とめられる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

西暦 年 月 日

(事業者) 欄

当施設・指定介護老人福祉施設での短期入所生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 兵庫県神戸市東灘区魚崎南町4丁目13番11号

名 称 社会福祉法人 こすもす

代表者名 理事長 西 昂 印

施 設 名 称 特別養護老人ホーム サンウエスト

所在地 兵庫県三田市小野1139番地1

説明者 (署名) 印

(契約者兼利用者) 欄

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意しサービスの提供開始に同意します。

契約者兼利用者

住 所

氏 名 印

身元引受人

住 所

氏 名 印

(契約者との続柄:)

(署名代行者) 欄

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意したことを確認しましたので契約者に代わって署名代行します。

署名代行者

住 所

氏 名 印

(契約者との続柄:)