

「介護予防サービス」重要事項説明書

～短期入所生活介護＋通所介護～

当事業者は介護保険の指定を受けています。
介護予防短期入所生活介護（兵庫県指定 第 2871600173 号）
介護予防通所介護（兵庫県指定 第 2871600249 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及び介護予防通所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とおり説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
- (2) 法人所在地（〒430-0946）静岡県浜松市中区元城町 218-26 聖隷ビル
契約書に記名捺印します事業者の住所は、法人の登記上の住所
です。上記法人所在地と異なりますので、ご注意下さい。
- (3) 電話番号 053-413-3300
- (4) FAX番号 053-413-3314
- (5) 代表者氏名 理事長 山本 敏博
- (6) 設立年月日 昭和27年5月17日
- (7) インターネットアドレス番号 <http://www.seirei.or.jp/hq/>

2. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 一部鉄骨 2階建
- (2) 建物の延べ床面積 3,629.10㎡
- (3) 施設の周辺環境 周りを緑の山に囲まれた静かな環境に
あります。

事業所の説明

- (1) 施設の種類 介護予防短期入所生活介護事業所（特別養護老人ホーム淡路栄光園）
平成18年4月1日指定 兵庫県 第 2871600173 号
介護予防通所介護事業所（デイサービスセンター淡路）
平成18年4月1日指定 兵庫県 第 2871600249 号
※ 当事業所は特別養護老人ホーム淡路栄光園に併設されています。

- (2) 施設の目的 当事業所は、要支援状態の利用者について、その居宅において、その有する能力の維持、改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の日常生活の援助を行うため、介護予防短期入所生活サービス、介護予防通所介護サービスを提供します。

(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 淡路栄光園

(4) 施設の所在地 兵庫県淡路市岩屋 3 3 7 3 番地
交通機関 岩屋ポートよりタクシー（5キロメートル）

(5) 電話番号 0 7 9 9 - 7 2 - 2 9 3 8
FAX番号 0 7 9 9 - 7 2 - 2 9 8 6

(6) 施設長（管理者） 氏名 電話番号
・介護予防短期入所生活介護 施設長 松本 有司 0 7 9 9 - 7 2 - 2 9 3 8
・介護予防通所介護 施設長 松本 有司 0 7 9 9 - 7 2 - 4 0 2 0

- (7) 当施設の運営方針 当施設は、ご契約者の意思及び人格を尊重し、ご契約者の立場に立って、指定介護老人福祉施設サービス及び指定居宅サービスの提供に努めます。

当施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを尊重した運営を行い、関係する各団体・事業所との密接な連携に努めます。

- (8) 開設（サービス開始）年月
・介護予防短期入所生活介護 平成 1 8 年 4 月 1 日
・介護予防通所介護 平成 1 8 年 4 月 1 日

- (9) 事業所が行っている他の事業
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
・介護老人福祉施設（淡路栄光園）

- (10) 通常の事業の実施地域 淡路市

- (11) 営業日及び営業時間

	介護予防 短期入所生活介護	介護予防 通所介護
営業日	年中無休	月曜日～日曜日

		(12/31～1/3を除く)
受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00	月曜日～日曜日 8:30～17:00
サービス 提供時間帯		月～土(含:祝日) : 9:30～16:45 日: 10:15～15:45

介護予防短期入所生活介護については、年末年始の送迎は原則、ご家族でお願いします。

介護予防通所介護については、年末年始はお休みさせていただきます。

(12) 利用定員

・介護予防短期入所生活介護 17人

・介護予防通所介護 35人

※上記利用定員には、短期入所生活介護・通所介護の定員を含みます。

(13) 居室等の概要（介護予防短期入所生活介護）

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、従来型個室、2人または4人部屋となります。但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により変更になる場合があります。

(居室数には介護老人福祉施設の居室を含みます)

居室・設備の種類	室数	ベッド数	備 考
従来型個室(入居)	14室	14	各室トイレ付き、17.39㎡
従来型個室(短期)	5室	5	一人当たり面積 11.76㎡以上
2人部屋	5室	10	一人当たり面積 10.65㎡以上
4人部屋	12室	48	一人当たり面積 13.18㎡
合 計	36室	77	(うち17ベッドが短期入所生活介護)
食 堂	2室	1, 2階 各196.3㎡	一人当たり5.5㎡
機能訓練室	2室	1, 2階 平行棒1台、マット付きプラットフォーム1台	
浴 室	5室	一般浴室1, 2階各2室、機械浴室1階・1室	
医 務 室	1室	1階	
静 養 室	1室	1階 面積 16.35㎡	

☆ 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と協議のうえ決定するものとします。

☆ 居室に関する特記事項

全室空気調節設備を設置しています。また、各室すべてがベッド設置可能となっています。各ベッド脇には、専用のチェスト（物入れ）がありますので、利用の際、持ち込みの必要はありません。

入居の従来型個室には居室内にトイレがあります。2人部屋、及び4人部屋のトイレは居室外に用意しています。

トイレはすべて洋式便器です。

入居生活区画にはオゾン脱臭装置を設置し、快適な環境を保つよう工夫しています。

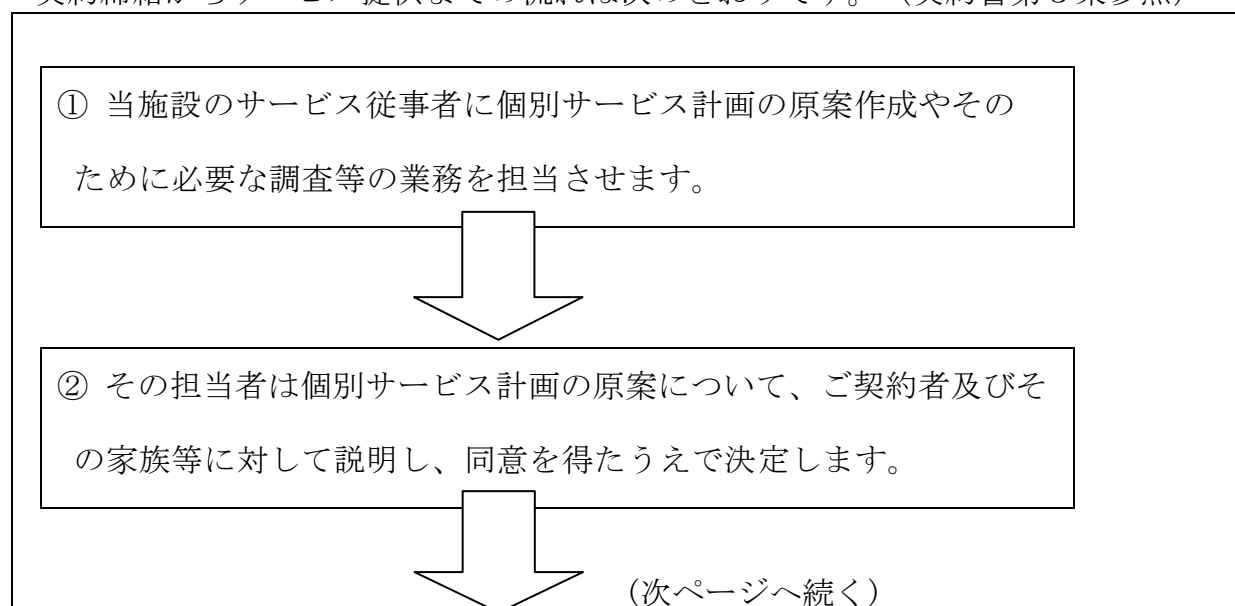
(14) 居室等の概要（通所介護）

日常動作訓練室	（食堂を含む）203.64 m ²	一人当たり面積：5.81 m ²
浴室 （床暖房設備）	脱衣室：29.70 m ²	一般浴室：22.79 m ² 機械浴室：19.80 m ²

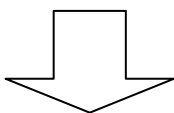
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(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、「介護予防サービス支援計画表」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支援計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。

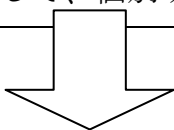
契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）



(前ページより)



③ 個別サービス計画は、介護サービス支援計画表が変更された場合、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。



4. 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及び介護予防通所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	介護予防短期 入所生活介護	介護予防 通所介護
1. 事業所長(管理者)	◎ 1名以上	◎ 1名以上
2. 生活相談員		1名以上
3. 介護職員	6名以上	6名以上
4. 看護職員		◎ 1名以上
5. 機能訓練指導員	◎ 1名以上	1名以上
6. 介護支援専門員		
7. 医師	必要数	
8. 管理栄養士	◎ 1名以上	◎ 1名以上

(◎：併設する介護老人福祉施設と兼務しています)

※当事業所では、上記の配置人員以上の職員を配置しております。

〈主な職種の勤務時間〉

職 種	介護予防短期入所生活介護	介護予防通所介護
1. 医師	週一回 13:30 ～ 15:30	
2. 生活相談員	勤務時間 8:30 ～ 17:00 (土・日曜日、祝日を除く)	勤務時間 8:30 ～ 17:00
3. 介護職員	標準的な時間帯 早 番 6:30 ～ 15:00 日 勤 8:30 ～ 17:00 遅 番 12:00 ～ 20:30 準 夜 16:30 ～ 翌 1:15 夜 勤 16:45 ～ 翌 9:00	勤務時間 8:30 ～ 17:00 8:30 ～ 17:30
4. 看護職員	日 勤 8:30 ～ 17:00	勤務時間 8:30 ～ 17:00 のうち必要な時間
5. 機能訓練 指導員	勤務時間 8:30 ～ 17:00 (本体施設と兼務しています)	勤務時間 8:30 ～ 17:00 のうち必要な時間
6. 管理栄養士	勤務時間 8:30 ～ 17:00 (本体施設と兼務しています)	勤務時間 8:30 ～ 17:00 (本体施設と兼務しています)
☆土曜・日曜	上記と異なります。	営業しています。

※介護予防短期入所生活介護の職員勤務体制は、本体施設である介護老人福祉施設と一体的に行われます。

〈配置職員の職種〉

医 師

(介護予防短期入所生活介護) …ご契約者に対し必要に応じて健康管理及び療養上の指導を行います。

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。

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しますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員

…看護職員等が、ご契約者の機能訓練の計画を理学療法士と共に立案し、指導、実施します。

管理栄養士

…ご契約者の栄養面の管理・指導を行います。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約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
- 介護予防通所介護サービス

また、それぞれのサービスについて

- (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。

1)〈サービスの概要（介護予防短期入所生活介護・介護予防通所介護）〉

① 食 事（但し、食材料費は別途いただきます）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態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）

介護予防短期入所生活介護 朝食： 7：30～ 8：30
昼食：12：00～13：00
夕食：18：00～19：00

介護予防通所介護

昼食：１２：００～１３：００

間食：１５：００～１５：３０（おやつ）

② 入 浴

- ・入浴を行います。
- ・介護予防短期入所生活介護では、入浴を週２回以上行います。

③ 排せつ

- ・排せつの自立を促すため、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

- ・看護職員、介護職員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るため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 定例行事および全員参加するレクリエーション

⑦ 送 迎

- ・ご契約者の希望により居宅と当事業所との間の送迎を行います。

⑧ その他自立への支援（介護予防短期入所生活介護）

- ・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。

2) く サービス利用料金 く (契約書第8条参照)

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額を除いた金額（自己負担額）を別紙『介護予防短期入所生活介護サービス利用料金表』、『介護予防通所介護サービス利用料金表』によりお支払い下さい。（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。）

☆ 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。要支援又は要介護の認定を受けた後、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

になります。（償還払い）

また、居宅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。償還払いとなる場合は、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、自己負担額が別紙『介護予防短期入所生活介護サービス利用料金表』、『介護予防通所介護サービス利用料金表』と異なることがあります。

〈サービスの質の確保〉

- ① 感染症予防の徹底
- ② 介護事故に対する安全管理体制の強化
- ③ 身体拘束廃止に向けた取り組みの強化

上記について、別に基準やマニュアルを整備し安全管理体制を徹底します。

（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〉

○介護予防短期入所生活介護及び介護予防通所介護共通

① 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。

コピー代：１枚につき １０円

② 支払証明書発行代

利用料領収書の紛失等により、利用料領収書の再発行が必要となった場合、領収書の再発行はできませんが、代わりに支払証明書を発行させていただきます。

発行手数料：１回あたり １，０８０円

③ 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。（ご利用者全員が参加する定例行事や機能訓練の一環として行

われるクラブ活動は除きます。)

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活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ご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

⑤ 喫茶・居酒屋

ご契約者の希望により、当施設で開店する喫茶などをご利用いただけます。利用料金は実費をいただきます。

(通常の商品例)

コーヒー：１００円 紅 茶：１００円 コ コ ア：１００円

和 菓 子： ５０～１００円 洋 菓 子： ５０～１００円

ビ ー ル：１００円 お 酒：１００円 お で ん： ５０円

上記以外のメニューもご希望により提供をさせていただきます。

⑥ 写真代

当施設での行事等を撮影した写真をお求めいただけます。

費用は、焼き増し実費（サイズにより異なります）を負担いただきます。

⑦ 書類送付代

ご契約者の希望により、複写物等を送付する場合の費用につきましては実費をご負担いただきます。

○介護予防短期入所生活介護

①食事

ご契約者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。

料金：１食あたり 朝食２８０円 昼食５５０円 夕食５５０円

※上記金額は、基準費用額です。負担限度額認定証がある場合は減額されます。

②滞在費

ご契約者に提供する居室料です。

料金：１日あたり 多床室３２０円 従来型個室１１５０円

※上記金額は、基準費用額です。負担限度額認定証がある場合は減額されます。

③特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて、特別な食事を提供した場合は、要した費用の実費を負担していただきます。

④通常の事業実施区域への送迎

通常の事業実施区域は淡路市内になります。

有料道路を使用した場合は、その実費(往復)を負担していただきます。

☆ 通常の事業実施地域外（運営規程に定められた地域外）の送迎については、原則として、家族送迎でお願いします。

⑤日常生活品（実費相当額）

ご契約者の希望により、当施設の日常生活品をご使用いただけます。利用料金は実費をいただきます。

料金：入浴消耗品代 10 円/回 おしぼり 50 円/日
カミソリ代 210 円/月

⑥コーヒー・紅茶（実費相当額）

ご契約者の希望により提供する場合、費用を負担いただきます。

料金：1杯あたり 30円

○ 介護予防通所介護

① 食事の提供

ご契約者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。

料金：1日あたり 550円

② 通常の事業実施地域への送迎

通常の事業実施区域は淡路市内になります。

③ 所定の時間外の「ご利用」 (実費相当額)

ご契約者のご家族等の都合等で、介護予防通所介護サービス提供時間前後の事業所内での「時間外利用」は、別途費用を負担していただきます。

○「時間外利用」… 30分以内 500円、30分以上30分ごとに 500円
(時間外の送迎はご家族でお願いします。)

④ 日常生活品（実費相当額）

ご契約者の希望により、当施設の日常生活品をご使用いただけます。利用料金は実費をいただきます。

料金：入浴消耗品代 10円/回 おしぼり 30円/日

⑤ おむつ代（実費相当額）

おむつ類は、ご契約者自身をご持参ください。事業所が用意した物を利用される場合には、実費相当額をご負担いただきます。

料金：1枚あたり 尿取りパッド 20円 おむつ・はくパンツ 100円

⑥ コーヒー牛乳・牛乳代（実費相当額）

ご契約者の希望により、コーヒー牛乳または牛乳を提供しています。

料金：1杯あたり 35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か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8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ので、翌月末日までにお支払い下さい。

○ 以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア．下記指定口座への振り込み

淡路信用金庫 岩屋支店 普通預金 口座番号 0244690

淡陽信用組合 岩屋支店 普通預金 口座番号 0118014

岩屋郵便局 口座番号 00900-4-158472

※ 口座名義：社会福祉法人聖隷福祉事業団（シャカイフクシホウジン セレイフクシジギョウダン）

淡路栄光園 園長 松本 有司（アワジエイコウエン エンチョウ マツモト ユウジ）

イ．金融機関口座からの自動引き落とし

ご希望の金融機関口座から自動引き落としをするための手続きが別途必要となります。

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第9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、利用予定日の前々日までに事業者申し出て下さい。

○ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所及び訪問介護員の稼働状況によりご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ご契約者に提示して協議します。

（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。

ただし、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・入院治療を義務づけるものでもありません。

① 協力病院

病院の名称	聖隷淡路病院
所在地	兵庫県淡路市夢舞台 1 番地 1
診療科	内科、外科、整形外科、皮膚科、産婦人科

② 協力歯科、眼科医療機関（介護予防短期入所生活介護に限る）

医療機関の名称	藤歯科医院
所在地	兵庫県淡路市岩屋 9 2 5 - 7
医療機関の名称	仲上アイクリニック
所在地	兵庫県淡路市岩屋 9 7 8 - 1

6. 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 日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に 6 か月間（要介護認定期間）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かぎり、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）

- 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
- 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 20 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日の 7 日前までに解約・解除届出書をご提出下さい。

ただし、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 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「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）
- 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、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
- 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）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部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 事業者が防止策をとったにも拘らず、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 22 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 18 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。

7. 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）

当事業所は、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。当事業所では、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。
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を行う際には、

ご契約者の同意を得ます。

8. サービスの利用に関する留意事項

当施設のご利用にあたって、施設を利用される皆様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

ご利用にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

- ・服薬中の医薬品 ・健康保険被保険者証の写し（介護予防短期入所生活介護）
- ・日用品 ・衣料品 ・教養娯楽用品 ・共用品
- ・施設長が必要と認めたもの。

多額の現金、預貯金証書等の貴重品を持ち込むことはできません。

やむを得ない事由により、持ち込まざるを得ない場合は、必ず施設長にお預けいただきます。「貴重品等預り証」を発行して、施設で保管いたします。

(2) 面 会

面会時間 8：00～ 20：00

来訪者は、差支えがなければ1階事務所に備え付けの面会簿にご記入ください。

なお、来訪される場合、ご利用者が食べ終えることのできない量の飲食物の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 施設・設備の使用上の注意（契約書第13条、第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。
- ご契約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、ご契約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。ただし、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。
- 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。

(4) 喫 煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 緊急時及び事故発生時等の対応について

サービス提供中に、ご契約者の病状等に急変、その他緊急事態が発生した場合は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告します。

また、天災や事故等が発生した場合には、ご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。

10. 損害賠償について（契約書第15条、第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。ただし、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、且つ、ご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) 事業所は、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。とりわけ以上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、サービスの実施に当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 ご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 ご契約者が、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

11. 苦情の受付について（契約書第25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。

○ 苦情受付担当者

介護予防短期入所生活介護	相談員	新箭 幸平
	電話	0799-72-2938
介護予防通所介護	相談員	角田 憲亮
	電話	0799-72-4020
受付時間	毎週月曜日～金曜日	8:30～17:00

○ 第三者委員 大畑 和典 様 淡路市民生委員委員長
大石 一雄 様 聖隷福祉事業団監事

○ 苦情解決責任者 特別養護老人ホーム淡路栄光園 園長 松本 有司

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る事ができます。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 (078) 332-5650 受付時間 9:00～17:15 月～金
淡路市役所 長寿介護課	所在地 淡路市生穂新島8番地 電話番号 (0799) 64-0001 FAX (0799) 64-2500 受付時間 9:00～17:15 月～金
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 (078) 242-0297 受付時間 10:00～16:00 月～金
聖隷福祉事業団	所在地 静岡県浜松市中区元城町218-26 聖隷ビル 電話番号 (053) 413-3296 FAX (053) 413-3316 受付時間 9:00～17:30 月～金

12. 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、ご契約者にその内容を文書で通知し、口頭で説明及び同意を得るものとします。

平成 年 月 日

事業者と契約者とは、介護予防サービスのうち〔 介護予防短期入所生活介護 〕
サービスの提供に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。従って
〔 介護予防短期入所生活介護 〕 サービスに関する条項以外は適用されません。

事 業 者 社会福祉法人 聖隷福祉事業団

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

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、介護予防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、〔 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

(契約者との関係 _____)

立会人（ご家族になっていただきます。）

住所 _____

氏名 _____ 印

(契約者との続柄 _____)

平成 年 月 日

事業者と契約者とは、介護予防サービスのうち〔 介護予防通所介護 〕サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。従って〔 介護予防通所介護 〕サービスに関する条項以外は適用されません。

事業者 社会福祉法人 聖隷福祉事業団

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

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、介護予防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、〔 介護予防通所介護 〕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

(契約者との関係)

立会人（ご家族になっていただきます。）

住所

氏名 _____ 印 _____

(契約者との続柄)