

短期入所生活介護サービス 重要事項説明書

1. 施設経営法人

- 法人名 社会福祉法人 正和会
- 法人所在地 〒319-1222 日立市久慈町4丁目19番21号
- 電話番号 0294-54-2385
- 代表者氏名 理事長 額賀 儀秀
- 設立年月 平成13年12月25日
- 実施
サービス 特別養護老人ホーム 成華園
短期入所生活介護 特別養護老人ホーム 成華園（介護予防を含む）
成華園 デイサービスセンター（総合事業を含む）
成華園 多賀 デイサービスセンター（総合事業を含む）
成華園 居宅介護支援事業所
地域包括支援センター 成華園（日立市委託事業）

2. 短期入所生活介護サービス事業所

- 施設の種類 指定短期入所生活介護施設 茨城県指定0870200524号
- 施設の名称 短期入所生活介護事業所 特別養護老人ホーム 成華園
※当事業所は特別養護老人ホーム 成華園に併設されています。
- 施設の所在 〒319-1222 日立市久慈町4丁目19番21号
- 電話番号 0294-54-2385
- 管理者氏名 施設長 額賀儀秀
- 開設年月 平成15年4月1日
- 利用定員 10人
- 営業時間 年中無休

3. 目的と運営方針

事業者は、原則として「要介護」と認定された契約者に対し、介護保険法に基づき、心身の状態に応じた適切なサービスと必要な機能訓練を行い、健康で明るい生活を営むことができることを目的とし、介護サービスに行き届いた配慮をします。短期入所生活介護計画は、可能な限り居宅における生活を念頭において、日常生活上の世話、機能訓練及び介護相談等を行うことにより、契約者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援します。

4. 居室の概要

事業者は以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、2人部屋又は1人部屋への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。ただし、契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。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、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、契約者と協議のうえ決定するものとします。

施設設備は厚生労働省が定める基準により、事業者在必置が義務付けられている施設設備です。この施設設備の利用にあたって、契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

居室・設備の種類	室 数	備 考
1 人部屋	2 4 室	洗面所完備(既設のみ)
2 人部屋	2 室	洗面所完備
4 人部屋	1 3 室	洗面所完備(既設のみ)
		※増築棟は洗面所兼用で 3 か所設置
食 堂	4 か所	1 階 1 ヶ所 2 階 3 ヶ所
機能訓練室	1 室	【主な設置機器】 平行棒など
浴 室	4 室	特殊浴槽・シャワー浴・一般浴槽
医務室	1 室	2 階
静養室	1 室	看護室、医務室に隣接
理容室	1 室	1 階
面会室	1 室	
相談室	1 室	
洗濯室	1 室	洗濯は職員が致します
車椅子トイレ	3 0 室	
寮母室	4 室	1 階 1 ヶ所 2 階 3 ヶ所
事務室	1 室	1 階玄関正面にあります

5. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況（特別養護老人ホームの職員が兼務）

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
施設長（管理者）	1 名	1 名
事 務 員	1 名以上	1 名
介護支援専門員	1 名以上	1 名
生活相談員	1 名以上	1 名
介護職員	2 4 名以上	2 4 名
看護職員	3 名以上	3 名
栄養士	1 名以上	1 名
医 師		必要数

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延長時間数の総数を常勤職員の所定勤務時間数

（例：週 4 0 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÷ 4 0 時間＝ 1 名）となります。

(2) 主な職員の職務内容

介護支援専門員	施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
生活相談員	日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援の相談・助言を行います。
介護職員	日常生活上の介護並びに健康保持のための介護・介助等を行います。

看護職員	健康管理や療養上の世話及び日常生活上の介護、介助等を行います。
機能訓練指導員	機能訓練（日常動作訓練）を担当します。
医 師	健康管理及び療養上の指導を行い、嘱託医師を配置します。

（３）主な職種の勤務体制

職 種	勤務体制	（標準的な時間帯における最低配置人員）
介護職員	・早番	６：３０ ～ １５：３０ 計４名
		７：００ ～ １６：００
	・日中	８：００ ～ １７：００ 計３名
		８：３０ ～ １７：３０
		９：００ ～ １８：００
	・遅番	１０：００ ～ １９：００ 計４名
		１０：３０ ～ １９：３０
		１１：００ ～ ２０：００
	・夜間	１６：３０ ～ 翌 ９：３０ 計３名
看護職員	・早番	７：３０ ～ １６：３０ 計１名
	・日中	８：３０ ～ １７：３０
	・遅番	９：３０ ～ １８：３０
医 師	毎週火・土曜日 １４：００～１６：００	

６．事業者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

■食 事	栄養士の立てる献立により、栄養、身体の状態、嗜好を考慮した食事の提供。 原則として契約者の自立支援のため離床し、食堂での食事摂取。 【食事時間 朝食７：３０～ 昼食１２：００～ 夕食１８：００～】
■入 浴	身体等の状況に応じた入浴の提供。入浴又は清拭を週２回以上の実施。
■排 泄	排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助。
■機能訓練	心身等の状況に応じて、歩行訓練・体操等の実施。（日常動作訓練）
■送 迎	契約者の居宅から事業所までの送迎。
■健康チェック	体温・血圧・脈拍の測定等。
■レクリエーション	レクリエーション、クラブ活動や創作活動、行事活動等。
■相談対応	契約者やそのご家族の生活相談等の対応。
■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に、適切な整容等が行われるよう援助します。
■その他	その他必要な日常生活上の世話等。

（２）サービス利用料金

下記の料金表によって、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）及び加算並びに食材料費の合計をお支払い下さい。

契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、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）。居宅サービス計画（ケアプラン）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、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。

また、虐待などのケースについては、災害時における超過定員と同様に短期入所の定員超過の上限を定めずに対応します。

■要介護度における基本単位について（１日あたり）

従来型個室、多床室ともに、以下の基本単位が適応されます。

要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
単位数	６０３単位	６７２単位	７４５単位	８１５単位	８８４単位

■加 算

●身体拘束廃止未実施減算（Ｒ７年４月～）

身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定居宅サービス基準第１２８条第５項の記録を行っていない場合及び同条第６条に規定する措置を講じていない場合（委員会を３月に１回以上開催、指針の整備、研修の実施）に、利用者全員について所定単位数から減算する。

未実施の場合

所定単位数の１００分の１相当を減算

●高齢者虐待防止措置未実施減算

虐待が発生した場合ではなく、指定居宅サービス基準第１４０条又は第１４０条の１５において準用する第３７条の２に規定する措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の配置）を講じていない場合、利用者全員について所定単位数から減算する。

未実施の場合

所定単位数の１００分の１相当を減算

●業務継続計画未策定減算

感染症や非常災害の発生時において継続的にサービスを実施するための計画を作成すること。

未実施の場合

所定単位数の１００分の１相当を減算

●療養食加算

年齢、心身状況により適切な栄養量及び内容の食事の提供を行われ、該当時は加算致します。

１回につき、８単位

●介護従事者の専門性を適切に評価しキャリアアップについて、サービス提供体制を強化します。

（Ⅰ）～（Ⅲ）はいずれか１つのみを算定します。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

１日につき ２２単位

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

１日につき １８単位

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

１日につき ６単位

●専任の機能訓練指導員を配置している場合（機能訓練体制加算）

１日につき、１２単位

- 個別機能訓練加算 1日につき、56単位

- 送迎について 片道につき、184単位
 利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合。

- 若年性認知症利用者受入加算 1日につき、120単位
 若年性認知症利用者に対して指定短期入所生活介護を行った場合。

- 認知症の行動・心理症状への対応 1日につき、200単位
 認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所生活介護を利用することが適当であると医師が判断した者に対し、指定短期入所生活介護を行った場合（7日を限度）

- 夜勤職員配置加算 1日につき、13単位
 夜勤を行う介護・看護職員の数が最低基準を1名以上上回っている場合。

- 看護師の配置や基準を上回る体制
 - 看護体制加算（Ⅰ） 1日につき、4単位
 常勤の看護師1名以上配置している場合。
 - 看護体制加算（Ⅱ） 1日につき、8単位
 常勤換算で、利用者数が25、またはその端数を増すごとに1以上配置し、かつ常勤の看護師1名以上配置している場合。

- 看取り連携体制加算
 レスパイト機能を果たしつつ、看護職員の体制確保や対応方針を定め、看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合に評価する。

看取り連携体制加算	死亡日及び死亡日以前30日以下に限り一日につき64単位 （7日を限度）
-----------	--

- 在宅中重度者受入加算
 訪問看護を受けている利用者が、ケアプランに基づき、短期入所生活介護サービス利用時に、訪問看護事業者から派遣される看護職員により健康管理を行った場合に加算します。

看護体制加算（Ⅰ）を算定している場合	<u>1日につき、421単位</u>
看護体制加算（Ⅱ）を算定している場合	<u>1日につき、417単位</u>
看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）いずれも算定している場合	<u>1日につき、413単位</u>
看護体制加算を算定していない場合	<u>1日につき、425単位</u>

- 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、歯科医療機関および介護支援専門員に対し、評価結果を情報提供した場合。

口腔機能強化連携加算	1回につき50単位（月1回を限度）
------------	-------------------

●生産性向上推進体制加算

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保およ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や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインの基づいた業務改善を継続的に行っていること。

生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 1月につき、100単位

生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 1月につき、10単位

●緊急短期入所受入加算

1日につき、90単位

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指定短期入所生活介護を緊急で行った場合に7日を限度として加算します（家族の疾病等やむを得ない場合は14日）。

●長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合

1日につき、-30単位

●介護職員処遇改善加算（R6年5月まで）

介護職員の処遇改善に関する見直しを介護報酬に円滑に移行するために、経過的な取り扱いとして、介護職員処遇改善加算を創設する。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき、+所定単位×83/1000

介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 1月につき、+所定単位×60/1000

介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 1月につき、+所定単位×33/1000

●介護職員等特定処遇改善加算（R6年5月まで）

加算の適格事業所として都道府県知事に届け出た事業所が、利用者に対し、指定通所介護を行った場合は、当該加算を算定します。

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき、+所定単位数×27/1000

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 1月につき、+所定単位数×23/1000

●ベースアップ等支援加算（R6年5月まで）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施している場合。

ベースアップ等支援加算 1月につき、+所定単位数×16/1000

●介護職員等処遇改善加算（R6年6月～）

別に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場合。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき、+所定単位×140/1000

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 1月につき、+所定単位×136/1000

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 1月につき、+所定単位×113/1000

など

■地域区分について

		サービス種別	5級地
人件費 割合	55%	短期入所生活介護（介護予防含む）	10.55円

■滞在費・食費の負担額

標準滞在費負担額	費 用 (R 6 年 8 月 ~)
従 来 型 個 室	1, 2 3 1 円
多 床 室	9 1 5 円

標準食事負担額	1 日あたり 1, 4 4 5 円
朝 食	4 5 0 円
昼 食	5 4 5 円
夕 食	4 5 0 円

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税世帯者）や生活保護を受けている方など減額制度の条件に該当する場合は、介護保険負担限度額認定証の提示により、滞在費・食費が減額になります。

滞在費・食費の負担限度額

（1 日あたり）

	対象者	区分	居住費		食 費
			多床室	従来型個室	
世帯全員が 市町村民税 非課税	生活保護受給者 老齢福祉年金受給者	利用者負担 第 1 段階	0 円	3 8 0 円	3 0 0 円
	年金収入等 8 0 万円以下	利用者負担 第 2 段階	4 3 0 円	4 8 0 円	6 0 0 円
	年金収入等 8 0 万円超 1 2 0 万円以下	利用者負担 第 3 段階①	4 3 0 円	8 8 0 円	1 0 0 0 円
	年金収入等 1 2 0 万円超	利用者負担 第 3 段階②	4 3 0 円	8 8 0 円	1 3 0 0 円

※①世帯が分かれている配偶者が市町村民税課税の場合は対象外

※②預貯金等額が一定額以上の場合には対象外

（３）介護保険の給付の対象とならないサービス

サービスの概要と契約者の実費負担になるもの。（消費税が課税されます）

■特別な食事

利用料金：要した費用の実費

契約者のご希望に基づいて特別な食事の提供。

■サービス実施地域外への送迎

交通費：1 キロメートルあたり片道 5 0 円

サービス実施地域外の市町村にお住まいの方で、送迎サービスを希望される場合の交通費。

■理容師の出張による理容サービスのご利用

利用料金：1, 5 0 0 円

■レクリエーション、クラブ活動

利用料金： 材料代等の実費

契約者のご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。

■家電製品の利用

契約者のご希望により利用中に家電製品（テレビなど）をご利用頂いた場合は、自費をいただきます。

■複写物の交付

利用料金：1 枚 1 0 円

契約者はサービス提供の記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要な場合は実費をいただきます。

■郵送費用

郵送書類について：「ケアコネ」をご利用しない場合、請求書や領収書は郵送となり、郵送にかかる実費をご負担いただきます。

■日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品に要する費用で、負担いただくことが適当であるものにかかる料金。

■介護保険給付の支給限度を越える短期入所生活介護サービスに係る費用。

介護保険給付の支給限度を超えた短期入所生活介護サービスについては、全額自己負担となります。

■通院・外出介助

協力病院への通院は施設で対応し無料です。協力病院以外の通院又は外出は基本的には契約者の対応となります。希望により有料にて対応します。

交通機関を利用した場合は、下記の額に職員分の旅客運賃等を加算した額となります。

利用料金： 通院送迎 1 回につき、 1, 0 0 0 円
外出付添い 1 時間につき、 1, 0 0 0 円

■契約書第 1 8 条に定める所定の料金

契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る 1 日あたりの料金

契約者の介護状態	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
料金	6, 8 3 6 円	7, 5 6 4 円	8, 3 3 4 円	9, 0 7 3 円	9, 8 0 0 円

※滞在費は利用居室により別途請求致します。

食 費： 1 日あたり、 1, 4 4 5 円

契約者が要介護認定で自立と判定された場合（1 日あたり）

利用料金	滞在費	食 費
9, 8 0 0 円	1, 2 3 1 円	1, 4 4 5 円

（４）入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、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、下記医療機関での治療・入院治療を義務づけるものでもありません。

医療機関	久慈茅根病院	島田歯科医院大みか診療所
所在地	日立市久慈町 4－1 6－1 0	日立市大みか町 3-22-1
診療科目	内科 呼吸器科 循環器科 放射線科 小児科 眼科 肛門科 耳鼻咽喉科 整形外科 消化器科 心臓血管外科 理学療法科 麻酔科 外科	歯科

（５）利用の中止、変更、追加

利用の予定期間前に、契約者の都合により、短期入所生活介護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、サービス実施前日までに事業者に出して下さい。

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、キャンセル料として自己負担相当額をお支払いいただく場合があります。ただし、契約者の体調不良等正当な事由

がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日 16:00 までに申し出があった場合 : キャンセル料はいただきません。
利用予定日の前日 16:00 までに申し出がなかった場合 : 自己負担相当額をいただきます。

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、他の利用可能な日時を提示して協議します。

契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

7. 利用料金の支払方法

サービスご利用に関する料金は、事業者が定める翌月の期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則として I—N—E—T での引き落としとなります。振り込みによるお支払いの場合、振り込み手数料はご契約者の負担となります。また、事業所への直接の持ち込みによるお支払いもお受け致しています。

振り込み先 : 常陽銀行 久慈浜支店
普通 1023431 成華園短期事業所

8. 苦情の受付について

(1) 事業者における苦情の受付

苦情やご相談は専用窓口で受付けます。また意見受付ボックスを設置しています。

○受付窓口・職氏名 生活相談員 岸田 卓也

○受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

茨城県 健康長寿福祉課	水戸市笠原町 978-6	029-301-3343
日立市役所 介護保険課	日立市助川町 1-1-1	0294-22-3111
国民健康保険団体連合会	水戸市笠原町 978-26	029-301-1565

(3) 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等 利用者の意見等を把握する取組 の状況	① あり	実施日	随時
		結果の開示	① あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施期間	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) 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、居宅サービス計画がある場合はその内容を踏まえ、契約締結時に作成する「短期入所生活介護計画」（以下介護計画）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。

■事業者は担当職員に介護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させます。

■担当者は介護計画の原案について、契約者に対して説明し、同意を得た上で決定します。

■介護計画は、居宅サービス計画が変更された場合、もしくは契約者の要請に応じて、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、契約者と協力して、介護計画を変更します。

■介護計画が変更された場合には、契約者に対し書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2) 居宅サービス計画が作成されていない場合のサービスの流れは次のとおりです。

■要介護認定を受けている場合

- ・ 居宅介護支援事業所業者の紹介等必要な支援を行います。
- ・ 短期入所生活介護計画を作成し、それに基づきサービスを提供します。



- ・ 作成された居宅サービス計画に沿って、介護計画を変更し、それに基づき、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、自己負担額をお支払いいただきます。

■要介護認定を受けていない場合

- ・ 要介護認定に必要な支援を行います。
- ・ 介護計画を作成し、それに基づき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、利用料金を一時、全額お支払いいただきます。



- ・ 要支援、要介護と認定された場合



- ・ 居宅サービス計画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所業者の紹介等必要な支援を行います。



- ・ 居宅サービス計画の作成



- ・ 作成された居宅サービス計画に沿って、介護計画を変更し、それに基づき、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、自己負担額をお支払いいただきます。



- ・ 自立と認定された場合



- ・ 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負担となります

10. サービス提供における事業者の義務

事業者は、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。

■契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

■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、契約者から状況を聴取、確認します。

■非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、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。

■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、契約者の請求に応じてケア記録、事故報告書等の記録を閲覧させ、複写物を交付します。

■契約者に対する身体的拘束その他の行動を制限する行為を行いません。ただし、契約者の生命、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、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。

■契約者へのサービス提供時において、契約者の症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。また、その際には、ご家族へ連絡するとともに、重大事故については、行政機関への報告を行います。

- 事業者及び従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た契約者に関する事項を正当な理由なく、第三者に洩らしません。ただし、契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に契約者の心身等の情報を提供します。又、契約者の円滑な退所のための援助に努めます。

1 1. サービス利用の留意事項

事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている契約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) 持込みの制限

利用にあたり、居室での生活空間や非常の際の安全確保からみて持込品を制限しています。

原則として、日常生活用品、衣類、テレビ、書籍類、小物類は持ち込んでも構いませんが、大物持込みについてはご遠慮いただきます。

(2) 面 会

■面会時間 (原則) 午前9:00～午後5:00 (感染症蔓延予防から変更あり)

ご来訪者はその都度、職員に届け出てし、持ち込みは職員に一言声を掛けてください。

飲食物の持込みは、食事等の健康管理の影響、食中毒予防を図るためご遠慮ください。

(3) 外 出

外出される場合には、事前にお申し出ください

(4) 食事

食事が不要な場合には、前日までにお申し出ください。

前日に申し出があった場合には、食事に係る自己負担額はその分減額されます。

(5) 施設・設備の使用上の注意

■居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従ってご利用ください。

■故意に、又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、設備を破損、汚損した場合には、契約者に自己負担により現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。

■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必要があると認められる場合には、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、契約者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。

■事業所の職員や他の契約者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

■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

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、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勘酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

個人情報利用同意書

1. 個人情報利用同意書

当法人が保有するご利用者及びご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏洩いたしません。この守秘義務は契約終了後も同様の取扱いとなります。

2. 個人情報利用範囲

ご利用者及びご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、及び以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供にかかる請求業務などの事務手続き
- サービス利用に係る管理運営のため
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人などへの報告のため
- 当法人の職員研修や養成校からの実習生への教育などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている、関係機関(医療、警察、消防等)からの依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

3. 肖像権について

当法人のホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広告誌などにおいて、ご利用者の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する

同意しない

令和 年 月 日

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。

短期入所生活介護事業者 特別養護老人ホーム成華園
説明者職氏名 生活相談員 岸田 卓也

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、短期入所生活介護サービスの利用開始に同意しました。

契約者 住 所

氏 名

私は、以上の説明に立会い、内容について説明を受け、その内容を確認いたしました。

私は、契約者本人に意思を確認し、本人に変わり署名、契約いたしました。

本人との関係、続柄

住 所

氏 名
