

社会福祉法人 西山苑  
指定短期入所生活介護 西山苑  
(ショートステイ)

# 運営規定及び重要事項説明書

社会福祉法人 西山苑  
理事長 荷見源成

## 指定短期入所生活介護「西山苑」運営規定及び重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(茨城県指定 第 0871200036 号)

当事業所は契約者に対して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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護1から要介護5」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

### ◆◆目次◆◆

1. 事業者	3
2. 事業所の概要	3
3. 職員の配置状況	4
4. 当事業者が提供するサービスと利用料金	5
5. 苦情の受付について	9
<付属文書>	13

2024年8月1日改訂版

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 西山苑
- (2) 法人所在地 茨城県常陸太田市木崎二町 937 番地の 2
- (3) 電話番号 0294-72-3500 FAX 0294-72-3915
- (4) 代表者氏名 理事長 荷見源成
- (5) 設立年月 1971 年 (昭和 46 年) 5 月 14 日

## 2. 事業所の概要

### (1) 施設の種類

指定短期入所生活介護施設 2000 年 (平成 12 年) 4 月 1 日指定 茨城県 第 0871200036 号

### (2) 施設の目的

指定短期入所生活介護施設は、介護保険法令に従い、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、契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共同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。

### (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 西山苑

### (4) 施設の所在地 茨城県常陸太田市木崎二町 937 番地の 2

### (5) 電話番号 0294-72-3500

### (6) 施設長(管理者)氏名 柏 保男

### (7) 当施設の基本理念

### 法人の基本理念「真心とサービス」

一、利用者及びその家族を第一に考え、その人らしい生活をサポートする。

一、安心・信頼して利用できる施設・事業所を運営し、地域福祉に貢献する。

一、関連部署(法人内外問わず)と連携し、チームワークをもって利用者の援助を行う。

一、現状に満足することなく、常に知識・技術の向上に努め、それらを利用者に提供する。

### (8) 開設年月 2000 年 (平成 12 年) 4 月 1 日

### (9) 入所定員 3 人

### (10) 通常の送迎の実施地域 常陸太田市 (家族送迎可能)

送迎時間【 入所 9:00~9:30 退所 16:00~17:00 】

※送迎時間は、ご利用の前日に確認のお電話にて確定します。

### (11) 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。入居される居室は、個室又は3人部屋又は4人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	34室	34名
3人部屋	1室	3名
4人部屋	19室	76名 合計113名
食堂兼機能訓練室	2室	
浴室	2室	機械浴槽2 個人浴槽4
医務室	2室	

\*上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に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、特別にご負担いただく費用はありません。

\*契約者又は契約者代理人から居室の変更の申し出があった場合には、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、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、契約者又は契約者代理人等と協議のうえ、決定するものとします。

### 3. 職員の配置状況

当施設では、契約者に対して指定介護福祉施設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。

次の職員が短期入所生活介護を上記と兼ねて行います。

<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	配置人数	指定基準
1. 施設長(管理者)	常勤1名	1名
2. 介護職員	常勤38名・非常勤1名	35名
3. 生活相談員	常勤3名	2名
4. 看護師	常勤5名・非常勤2名	3名
5. 機能訓練指導員	常勤1名・非常勤7名	1. 13名
6. 介護支援専門員	常勤3名	2名
7. 医師	非常勤2名	必要数
8. 栄養士、管理栄養士	常勤3名	1名

### <主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週火曜日 14:00～17:00
2. 介護職員	早朝 7:00～16:00 4名 日中 8:00～17:00 6名 9:30～18:30 6名 夜間 16:30～明朝9:30 6名 (夜間はその他に管理当直1名)
3. 看護職員	早朝 8:00～17:00
4. 機能訓練指導員	日中 8:30～17:30 毎週 月・火・木・金曜日 14:00～16:00

## 4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

### (1) 当施設が提供する基準介護サービス(契約書 第4条参照)

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常7～9割が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

##### ① 食事

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに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。
- ・契約者の自立支援のため離床し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：8:00～9:00 昼食：12:00～13:00 夕食：18:00～19:00

##### 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、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、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。また、夜間の看護師との連絡体制を整備し、協力医療機関等との連携のもと、健康上の管理等を行う体制を確保します。

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、適時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)>(契約書 第7条参照)

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及び食費、居住費に係る負担額の合計をお支払い下さい。なお、サービス利用料金の自己負担割合は、介護保険負担割合証に記載されている負担割合 1 割 (2 割又は 3 割) となります。

個室利用の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. 契約者の要介護度とサービス利用料金 (1日あたり) 看護体制加算 120 円 サービス提供体制強化加算 220 円 機能訓練体制加算 120 円 夜勤職員配置加算 130 円含む	6,620 円	7,310 円	8,040 円	8,740 円	9,430 円
2. 自己負担額【上記の 1 割】 (2 割)	662 円 (1,324 円)	731 円 (1,462 円)	804 円 (1,608 円)	874 円 (1,748 円)	943 円 (1,886 円)
3. 居室に係る自己負担額	1,231 円 (別表 1 参照)				
4. 食事に係る自己負担額	1,445 円 (別表 1 参照)				
5. 自己負担額合計【2 + 3 + 4】 (2 割)	3,338 円 (4,000 円)	3,407 円 (4,138 円)	3,480 円 (4,284 円)	3,550 円 (4,406 円)	3,619 円 (4,562 円)
送迎を希望の場合、右記料金を加算	往復 368 円 (片道 184 円)				
緊急で利用の場合、右記料金を加算	一日につき 90 円 (7 日間を限度とする)				

## 多床室利用の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. 契約者の要介護度とサービス利用料金 (1日あたり) 看護体制加算 120円 サービス提供体制強化加算 220円 機能訓練体制加算 120円 夜勤職員配置加算 130円 含む	6,620円	7,310円	8,040円	8,740円	9,430円
2. 自己負担額【上記の 1割】 (2割)	662円 (1,324円)	731円 (1,462円)	804円 (1,608円)	874円 (1,748円)	943円 (1,886円)
3. 居室に係る自己負担額	915円 (別表1参照)				
4. 食事に係る自己負担額	1,445円 (別表1参照)				
5. 自己負担額合計【2+3+4】 (2割)	3,022円 (3,684円)	3,091円 (3,822円)	3,164円 (3,968円)	3,234円 (4,108円)	3,303円 (4,246円)
送迎を希望の場合、右記料金を加算	往復 368円 (片道 184円)				
緊急で利用の場合、右記料金を加算	一日につき 90円 (7日間を限度とする)				

☆1日あたり75円～107円程度、介護職員処遇改善加算をご負担いただきます。

☆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、契約者の負担額を変更します。

☆入所日及び退所日の食事代は、朝食 405円 昼食 575円 夕食 465円 で食した分のみの負担となります。

☆居室と食事に係る費用について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。(別表1参照)

### 別表 1

#### 居室（居住費）、および食費に係る負担限度額 〈1日あたり〉

対象者		区分	居住費		食費
			個室	多床室	
生活保護受給世帯		利用者負担 第1段階	380円	0円	300円
世帯全員が市 町村民税非課 税	高齢福祉年金受給者		利用者負担 第2段階	480円	430円
	年金収入等が80万円以下	880円		430円	1,000円
	年金収入等が80万円超120万円以下		利用者負担 第3段階②		1,300円
	年金収入等が120万円超	利用者負担 第4段階		1,231円	915円
上記以外の方					

## (2) (1) 以外のサービス(契約書 第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者又は契約者代理人の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

### ① 特別な食事

契約者又は契約者代理人のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

料金：要した費用の実費

### ② 理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回、理容師のボランティアによる理髪サービス(調髪・顔剃り・洗髪)をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり2,000円

[美容サービス]

美容師の出張による美容サービス(調髪、パーマ、洗髪)をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり2,200円～

### ③ レクリエーション、クラブ活動

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。

### ④ 複写物の交付

契約者又は契約者代理人は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

利用料金：1枚につき10円

### ⑤ 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、契約者の日常生活に要する費用で契約者又は契約者代理人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。

\*おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

経済状況の著しい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ヵ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7条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、指定口座より口座引き落としとさせていただきます。

(又はサービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。)

※口座引き落とし日は毎月20日となります。

#### (4) 利用の中止、変更、追加(契約書 第8条参照)

利用予定日の前に、契約者又は契約者代理人の都合により、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。この場合にはサービスの実施日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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の50%(自己負担相当額)

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又は契約者代理人の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者又は契約者代理人に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。

### 5. 苦情の受付について(契約書 第22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(担当者氏名)

介護支援専門員 大曾根 義也 篠田 聡 田畑 公章  
生活相談員 片岡 利弘 服部 笑子 沼田 千恵子

##### ○受付時間 毎日、事務室にて8:30~17:30

苦情受付ボックスを1階エレベーター横に設置しています。

#### (2) 苦情・ハラスメント処理

- ① 事業所は、短期入所生活介護の提供に係る利用者及びご家族からの苦情・ハラスメントに迅速かつ適切に対応するために必要な処置を講ずるものとする。
- ② 事業所は、提供した短期入所生活介護に関し、介護保険法第23条の規定により市町村が行う文章その他物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。
- ③ 事業所は、提供した短期入所生活介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

常陸太田市役所高齢福祉課 (苦情相談窓口)	所在地 常陸太田市金井町 3690 電話番号 0294-72-3111 受付時間 AM8:30~PM5:00
国民健康保険団体連合会 (苦情相談窓口)	所在地 水戸市笠原町 978 番 26 電話番号 029-301-1565 受付時間 AM9:00~PM5:00
茨城県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 茨城県水戸市千波町 1918 電話番号 029-305-7193 受付時間 AM8:30~PM5:00

## 6. 緊急時の対応

当施設は、契約者に病状の急変が生じた場合やその他緊急の事態が生じた場合は、速やかに医師又は当施設が定めた協力医療機関へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。

## 7. 事故発生時の対応

- (1) 当施設は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、応急措置、協力医療機関への搬送等必要な措置を講じ、速やかに契約者の家族並びに保険者（市町村）に連絡します。
- (2) 当施設は、契約者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、加入する損害賠償保険により速やかに対処します。ただし、施設及び職員の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。
- (3) 当施設は、契約者に関する事故について速やかに事故発生状況を把握し、再発防止対策について協議し、事故の再発防止に努めます。

## 8. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況 1、あり 実施日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
評価機関の名称 \_\_\_\_\_  
結果の開示 1 あり 2 なし

2、なし

## 9. 非常災害対策

- (1) 当施設は、非常災害及びその他の緊急事態に備え、執るべき措置について予め対策をたて、職員及び契約者への周知徹底を図るため、市消防署他関連機関との連携による避難、通報、消火等の避難訓練を実施しております。
- (2) 当施設は、消火器、消火用散水栓、スプリンクラー等の消火設備並びに誘導灯、非常放送設備等の避難設備を設けており、定期的に点検を行っています。

## 10. 虐待防止に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその発生を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を定期的実施するための担当者を置く。

事業者は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、市町村に通報するものとする。

## 11. 西山苑入所時のリスク説明

当施設では利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、利用者の心身状況や病気に伴う様々な症状が原因となり、下記の危険性が伴うこと十分にご理解ください。 ※□にレ点をお付けください。

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 当施設は介護老人福祉施設（生活の場）であり、原則的に身体拘束を行わないことから、転倒・転落による事故に至る可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも安易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦でも表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下するため、誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患に罹り易いため、急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設担当医師又は協力医療機関の医師判断で緊急に病院への搬送を行うことがあります。

以上のことは、自宅でも起こり得ることですので、十分に留意いただきますようお願い申し上げます。なお、説明で分からないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

年 月 日

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 西山苑

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、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 住所 氏名 印

代理人 住所 氏名 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号(2000年(平成11)年3月31日)第125条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

# 運営規定及び重要事項説明書付属文書

## 1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階

(2) 建物の延べ床面積 4865.17 m<sup>2</sup>

### (3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[短期入所生活介護]2000年(平成12年)4月1日指定 茨城県 0871200036号 定員3名

[通所介護]2000年(平成12年)4月1日指定 茨城県 0871200051号 定員25名

[訪問介護]2000年(平成12年)4月1日指定 茨城県 0871200069号

[居宅介護支援事業]2000年(平成12年)2月1日指定 茨城県 0871200028号

### (4) 施設の周辺環境

JR常陸太田駅に近く、田園地域に接している。居室は全室採光に富み、冷暖房完備の快適な環境です。

## 2. 職員の配置状況

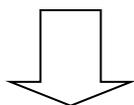
### <配置職員の職種、職務内容>

介護職員	契約者の日常生活上ら介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。 3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。
生活相談員	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。 2名以上の生活相談員を配置しています。
看護師	主に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、介助も行います。 3名以上の看護職員を配置しています。
機能訓練指導員	契約者の機能訓練を担当します。 1名以上の機能訓練指導員を配置しています。
介護支援専門員	契約者に係る施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。 生活相談員が兼ねる場合もあります。 2名の介護支援専門員を配置しています。
医師	契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。 1名の医師を配置しています。

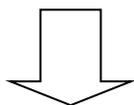
### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(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(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通りです。(契約書 第3条参照)

① 当施設の介護支援専門員(ケアマネージャー)に短期入所生活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。



② その担当者は短期入所生活介護計画の原案について、契約者及び契約者代理人等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



③ 短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合、もしくは契約者及び契約者代理人等の要請に応じて、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、契約者及び契約者代理人等と協議して、短期入所生活介護計画を変更いたします。

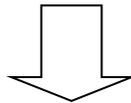


④ 短期入所生活介護計画が変更された場合には、契約者に対して書面にて、その内容を確認していただきます。

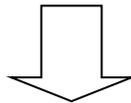
(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

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。
- 短期入所生活介護計画を作成し、それに基づき、契約者にサービスを提供します。



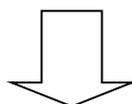
居宅サービス計画(ケアプラン)の作成



- 作成された居宅サービス計画に沿って、短期入所生活介護計画を変更し、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。

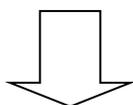
②要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 短期入所生活介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。

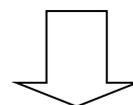


要支援1, 2・要介護と認定された場合

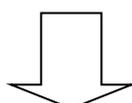
自立と認定された場合



- 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、地域包括支援センター等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。(要支援1の料金表を適用。)



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、短期入所生活介護計画を変更し、それに基づき、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。

#### 4. サービス提供における事業者の義務(契約書第10条、第11条参照)

当事業所では、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。

- ① 契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 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うえ、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、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 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、契約者又は契約者代理人等の請求に応じて閲覧させ、依頼に基づき複写物を交付します。
- ⑤ 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、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、別紙同意書に基づき、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 契約者へのサービス提供時において、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契約者又は契約者代理人、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、別紙個人情報に関する同意書に基づき、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。  
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、契約者の同意を得ます。

#### 5. サービスの利用に関する留意事項

当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可能です。但し、他人に迷惑がかかる場合には遠慮していただくことがあります。

持ち込みの禁止物品：包丁等の刃物類、火気類、高額な金品、その他当施設で不適切と認められたもの。

##### (2) 施設・設備の使用上の注意(契約書 第12条、第13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、契約者又は契約者代理人の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。
- 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、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。但し、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。
- 当施設の職員や他の利用者に対し、宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。

### (3) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、契約者又は契約者代理人等の希望により、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医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・入院を義務づけるものでもありません。)

#### ① 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人貞心会 西山堂病院
所在地	常陸太田市木崎二町 931 番地の 2
診療科	内科 (循環器・内分泌・泌尿器・脳神経・呼吸器)

#### ② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	梶山歯科クリニック
所在地	常陸太田市木崎二町 928-9

## 6. 損害賠償について(契約書第 14 条、第 15 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。

ただし、その損害の発生について、契約者又は契約者代理人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又は免じる場合があります。

## 7. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から 3 ヶ月間ですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者又は契約者代理人から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に 3 ヶ月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、仮に以下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 17 条参照)

- ① 契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定により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、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 契約者又は契約者代理人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18条、第19条参照)**

契約の有効期間であっても、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2日前までに解約届出書をご提出ください。  
ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・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 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ 契約者が入院された場合
- ④ 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
- 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短期入所生活介護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契約者等の身体・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20条参照)**

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 契約者又は契約者代理人等が、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 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 契約者等が、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生命・身体・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

### **(3) 契約の終了に伴う援助(契約書 第17条参照)**

契約が終了する場合には、事業者は契約者等の心身の状況、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。

## 個人情報の取り扱いに関する同意書

社会福祉法人 西山苑  
特別養護老人ホーム 西山苑  
短期入所生活介護 管理者 殿

### 記

私は、特別養護老人ホーム西山苑の提供する短期入所生活介護サービスを利用するにあたり、下記の事項に限って、私及び私の家族の個人情報を開示することに同意します。

- 1、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合に医療機関等に契約者に関する心身の状況等の情報を提供すること。並びにそれに付随して家族の情報を提供すること。
- 2、介護支援専門員の主催するサービス担当者会議、又はサービスの質の向上を目的とした評価機関による審査のために、契約者及びその家族の個人情報をを用いること。

年 月 日

契約者

<住所>

<氏名>

印

契約者家族を代表して上記について同意します。

契約者家族代表者

<住所>

<氏名>

印 契約者との続柄 ( )

