

介護予防短期生活介護サービス重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
(兵庫県指定 第2871700122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 事業者

(1)法人名	社会福祉法人 緑風会
(2)法人所在地	〒656-0131 兵庫県南あわじ市広田中筋1025-19
(3)電話番号及びFAX番号	電話番号 0799-45-1718 F A X 0799-45-1686
(4)代表者氏名	理事長 清川 とし子
(5)厚生労働大臣 (兵庫県知事)認可年月日	平成18年 4月 1日
(6)インターネットアドレス	ryokufu@basil.ocn.ne.jp

2 事業所の概要

(1)建物の構造	鉄骨鉄筋コンクリート造 陸屋根4階建
(2)建物の延べ床面積	3020.41㎡
(3)併設事業	介護老人福祉施設 短期入所生活介護 通所介護・介護予防通所介護 居宅支援事業所 在宅介護支援センター
(4)事業所の周辺環境	北東に霊峰「先山」を望む淡路島の中心部に位置し、四季折々の色を映す風光明媚な丘陵で、広く広田地区内の町並みを一望し閑静で心和む自然環境に囲まれている。

3 事業所の説明

(1)事業所の種類	介護予防短期入所生活介護
(2)事業所の目的	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)事業所の名称	特別養護老人ホーム 緑風館
(4)事業所の所在地 交通機関	兵庫県南あわじ市広田中筋 1025-19 淡路交通バス 停留所「広田西」下車 徒歩7分
(5)電話番号及びFAX番号	電話 0799-45-1718 FAX 0799-45-1686
(6)施設長(管理者)氏名	館長 杉山 麻由美
(7)開設(サービス開始)年月日	平成18年4月1日
(8)事業所が行っている他の業務	介護老人福祉施設、短期入所生活介護
(9)通常の実施地域	南あわじ市、洲本市
(10)営業日及び営業時間	年中無休
(11)利用定員	10名 (短期入所生活介護事業をあわせて)

(12)事業所の運営方針

- ① 事業所の職員は、要支援者の心身の特性を踏まえて、その居宅において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支援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、回復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ものとする。
- ② 事業者は事業の実施にあたっては、関係市町、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(13)居室等の状況

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。利用される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室への利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご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。)

○ 介護予防短期入所生活介護

居室・設備の種類	部屋数	備考
個 室	10 室	1人当たり 14.43㎡
4人部屋	15 室	1人当たり 10.90㎡
合 計	25 室	
食 堂	1 室	面 積 331.01㎡
機能訓練室	1 室	床面積 73.07㎡
浴 室	2 室	一般浴槽・特殊浴槽
医 務 室	1 室	床面積 22.34㎡

☆ 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)」がある場合で、ご契約者が相当期間利用する場合には、介護予防プランの内容を踏まえ、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 事業所の職員が介護予防プラン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同意いただいた上で決定します。

(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プランに沿って、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

- 介護予防プラン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プランに沿って、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になります。

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	配置人員(常勤換算)	指定基準
施設長(管理者)	1人	1人
生活相談員	1人	1人
介護職員	22人	20人
看護職員	3人	3人
機能訓練指導員	1人	1人
介護支援専門員	1人	1人
医師	1人	1人
管理栄養士	1人	1人

☆ 全て介護老人福祉施設の職員が兼務します。

〈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
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。 9時00分～18時00分
介護職員	ご契約者の日常生活上の介護を行います。 早朝 7時00分～ 9時00分 4名 日中 9時00分～18時00分 7名 夜間 18時00分～22時00分 3名 夜間 22時00分～ 7時00分 4名
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。 日勤 9時00分～18時00分
機能訓練指導員	ご契約者の心身等の状況等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。
医 師	ご契約者に対して、健康管理及び施設の保健衛生の管理指導に従事します。 毎週火曜日 13時30分～15時30分

管理栄養士	ご契約者に対して栄養管理及び栄養指導を行います。
-------	--------------------------

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(通常9割)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	- 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: 7:30~8:15 昼食: 12:00~13:00 夕食: 17:00~18:00
入 浴	入浴又は清拭を週2回以上行ないます。
排 泄	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	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	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	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	- 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8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をお支払い下さい。

○ 介護予防短期入所生活介護

(1日あたり) 【 従来型個室の場合 】 【 4人部屋の場合 】

ご契約者の要支援の認定区分	要支援1	要支援2
利用者の要支援の認定区分とサービス利用料金 (連続31日以上の場合)	4,510円 (4,420円)	5,610円 (5,480円)

☆ 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になります(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になります。

☆ 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ことがあります。

☆ サービス提供体制強化加算(介護職員のうち介護福祉士が6割以上配置)

サービス提供体制強化加算(一日)	180円
------------------	------

☆ ご利用時の送迎にかかる費用は別途いただきます。(但し、居宅・事業所間のみ)

送迎(片道につき)	1,840円
-----------	--------

☆ ご契約者に提供する居室の滞在費は別途いただきます。(介護保険の給付対象とならないサービスの滞在費参照)

* 利用者の負担が急激に増えないように減免の措置が設けられています。所得段階による利用者負担の軽減措置・社会福祉法人による軽減など。

☆ 個別機能訓練(リハビリ)にかかる費用は別途いただきます。

機能訓練指導体制加算(一日)	120円
----------------	------

☆ 療養食加算

療養食加算(一回)	80円
-----------	-----

☆ 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者受入加算(一日)	120円
-------------------	------

☆ 介護職員処遇改善加算

加 算	内容と自己負担
介護職員等処遇改善加算 I	(内容)介護職員の処遇を改善する加算です。 (負担)サービス利用料と上記加算料の合計自己負担金額に14.0%を乗じた金額

※上記金額のうち介護保険負担割合証の利用者負担割合により1割から3割の金額をお支払い下さい。

(2) 予防給付の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〉

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。介護保険から給付される額を含みます。)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 滞在費及び食費

保険者(市)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収入段階に応じて異なります。

第1段階: 例)生活保護受給者、老齢福祉年金を受給している者

第2段階: 例)全世帯が市民税非課税で合計所得額円と課税年金収入額が80万円以下の者

第3段階: 例)全世帯が市民税非課税で第2段階に該当しない者

第4段階: 上記収入段階以外の方

○滞在費

ご利用になる居室の利用料金は、下記の表に基づきいただきます。

収入段階	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
個室負担額	1,231円	880円	480円	380円
4人部屋	915円	430円	430円	0円

○食費

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。

収入段階	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
食費限度額	<u>1,600円</u>	① 1,000円 ② 1,300円	600円	300円

食 費	朝 食	昼 食	夕 食
	300円	<u>800円</u>	500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:本人の希望に応じ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。

事業所から片道10km未満 200円 事業所から片道10kmから15km 200円

事業所から15km以上の場合2km毎に片道100円加算

⑧ 理髪・美容

月に1回、理容・美容師の出張による理髪・美容サービスをご利用いただけます。

1回あたり 2,000円（顔剃りをおこなった場合 2,200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8条参照）

前記(1)(2)の料金・費用は次の通りお支払い下さい。

- ① 利用料金は、一ヶ月毎に計算し請求いたします。サービスの翌月20日までにお支払い下さい。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし（※振込手数料の契約者のご負担はありません）

イ. 下記指定口座への振込み

淡路信用金庫 広田支店 普通預金 0241639

口座名義 とくべつようごろうじんほ 特別養護老人ホーム ー むりよくふうかん 緑風館 かんちよう 館長 すぎやま ま ゆ み 杉山 麻由美

振込み手数料はご契約者のご負担となります。

(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に出してください。

- 利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは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、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。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の50%
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

- 予防給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の50%もしくは全額となります。
- 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。

ん。)

① 協力病院

受診の場合

医療機関の名称	みどり診療所
所在地	兵庫県南あわじ市広田中筋1026-2
診療科	内科、外科、皮膚科

入院の場合

医療機関の名称	平成病院
所在地	兵庫県南あわじ市八木養宜中173
診療科	内科、外科、眼科、皮膚科

協力歯科医療機関

医療機関の名称	奥田歯科医院
所在地	兵庫県南あわじ市山添89

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7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、次のように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 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19条、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。この場合には、事業者は契約終了を希望する日の1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22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18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11条、第12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、2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、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。

10 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。

11 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会社は以下の通りです。

会 社 名 損害保険ジャパン

住 所 東京都新宿区西新宿1-26-1

電話番号 03-3349-9275

12 苦情の受付について(契約書第25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。

○ 苦情受付担当者

氏 名 山下 浩一

職 名 特別養護老人ホーム 緑風館 副館長

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00

○ 苦情解決責任者

氏 名 杉山 麻由美

職 名 特別養護老人ホーム緑風館 施設長

○ 第三者委員

氏 名 原口 善吉 新井 正

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

- 兵庫県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)
- 南あわじ市市民福祉部長寿・保険課
所在地 兵庫県南あわじ市市善光寺 22-1
電話番号 0799－43－5217
FAX 番号 0799－43－5317
- 洲本市健康福祉部介護福祉課
所在地 兵庫県洲本市本町3-4-10
電話番号 0799－22－9333
FAX 番号 0799－26－0552

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ることが予想される場合、又は重要事項が変更された場合には、その内容を書類にて同意確認をいただきます。

介護予防短期入所生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき本重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

日 付 令和 年 月 日 時 ～ 時

場 所 特別養護老人ホーム 緑風館

● 説明者

職 種 _____

氏 名 _____ 印

● 事業者

事業者名 特別養護老人ホーム 緑風館 _____

住 所 兵庫県南あわじ市広田中筋1025-19 _____

代表者名 館 長 杉山 麻由美 _____ 印

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、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。

● ご契約者(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

● 代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(契約者との関係: _____)

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 _____

(契約者との関係: _____)