

重要事項説明書

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

社会福祉法人 守皓会

特別養護老人ホーム 愛宕苑

当施設は介護保険の指定を受けています。
和歌山県指定 第3071500387号

【目次】

1.施設経営法人	1 ページ
2.ご利用施設	1 ページ
3.契約締結からサービス提供までの流れ	2 ページ
4.居室等の概要	2 ページ
5.職員の配置状況	3 ページ
6.当施設が提供するサービスと利用料金	4 ページ
7.利用期間中に退所していただく場合	9 ページ
8.緊急時の対応について	10 ページ
9.身元引受人	10 ページ
10.苦情の受付について(契約書第 22 条参照)	10 ページ
11.サービス提供における事業者の義務	11 ページ
12.施設利用の留意事項	11 ページ
13.事故発生時の対応	12 ページ

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 守皓会
- (2) 法人所在地 和歌山県有田市宮崎町 841-1
- (3) 電話番号 0737-82-0688
- (4) 代表者氏名 理事長 成川 暢彦
- (5) 設立年月 平成 1 年 4 月 6 日

2. ご利用施設

(1) 施設の種類

ユニット型短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業
(平成 25 年 4 月 10 日指定 和歌山県第 3071500387 号)

※ユニット型短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業とは・・・

全室個室・ユニットケアの特別養護老人ホームのことを言います。ユニットケアとは、10 人前後を 1 つのグループ(ユニット)とし、ご自宅に近い環境の中で介護サービスを提供する方法です。できるだけ一人一人の個性や生活リズムに合わせた日常生活を送っていただくことを目的としています。

(2) 施設の目的

ユニット型短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業は、介護保険法令に従い、ご契約者(入所者)が、その有する能力に応じ可能な限り自立した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をご利用いただき、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愛宕苑

(4) 施設の所在地

和歌山県有田市港町 9-1

(5) 電話番号

0737-82-0600

(6) 施設長氏名

山下 雅康

(7) 当施設の運営方針

人間性・人の輪・ノーマライゼーションの精神を理念に掲げ、「思いやり」「感受性を豊かに」「創造性」「合理性」を根幹においたサービスの実践を行動指針としています。

(8) 開設年月

平成 19 年 4 月 10 日

(9) 利用定員

10 名

(10) ユニット数

1 ユニット(10 名で1ユニットを構成)

(11) 建物の構造

鉄骨コンクリート 地上 5 階

(12) 建物延べ床面積

5,166.69 m²

(13) 併設事業

介護老人福祉施設、通所介護事業、居宅介護支援事業

3. 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、居宅サービス計画に沿って「介護計画書」に定めます。介護計画書の作成及びその変更は次の通り行います。

- (1) ご利用開始前にご契約者の心身の状況等、サービス提供に必要な調査等を実施します。
- (2) 担当者は居宅サービス計画に沿った介護計画書を作成し、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上でサービスを提供します。
- (3) 介護計画書は、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変更します。
- (4) 介護計画書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. 居室の概要

(1) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室	2階10室	トイレ・洗面台・ベッド・エアコン・タンス設置
食堂・リビング	1室	
機能訓練器具	1室	トレーニングマシン2台(他の事業所と兼用)
個浴室	1室	
リフト浴室	1室	
臥床式特殊浴槽	1室	3階に設置
医務室	1室	

※2 階のユニットをご利用していただきます。

※上記は、厚生労働省が定める基準により指定介護老人福祉施設に設置が義務づけられている設備です。

※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。

※居室等に関する特記事項

すべての居室にナースコール、防火設備が完備されています。尚、各階には洋式トイレを設置していますが、ご契約者の心身の状況により居室でポータブルトイレを使用していただくこともできます。

5. 職員の配置状況

当施設では、以下の職種の職員を配置しています。

職種	常勤換算	指定基準	勤務体制	職務内容
施設長 (管理者)	1名(兼務)		8:30-17:30	職員を指揮監督し、施設の運営管理にあたります。
医師	必要数	必要数	火・木曜日	ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
介護職員	20名以上	20名以上	早出7:00-16:00 日勤8:30-17:30 遅出10:30-19:30 夜勤17:15-10:15	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援助等を行います
看護職員	3名以上	3名以上	早出7:30-16:30 早出A7:30~14:30 日勤8:30-17:30 日勤A7:30~18:30	ご契約者の健康管理や医療上の看護を行います。
機能訓練指導員	1名以上	1名以上	日 勤8:30-17:30	ご契約者の身体機能の維持向上に関する計画書の作成・指導を担当します。
生活相談員	1名以上	1名以上	8:30-17:30	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。
介護支援専門員	1名以上	1名以上	8:30-17:30	ご契約者に係る施設サービス計画を作成します。
管理栄養士	1名以上		8:30-17:30	ご契約者に係る栄養管理に関する計画書を作成し、嗜好調査・献立作成等を行います。
栄養士	1名以上	1名以上	早出6:15~15:15 日勤8:30~17:30	ご契約者の嗜好調査・献立作成等を行います。
調理員	必要数	必要数	遅出10:15~19:15	管理栄養士・栄養士の指導の下、給食の調理業務を行います
事務員	必要数	必要数	8:30-17:30	利用料の請求業務等を行います。

※常勤換算とは、職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した人数のことをいいます。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対し以下のサービスを提供します。 当施設が提供するサービスについて、

- (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) 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9割が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

- ① 居室の提供
- ② 食事

当施設では、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及び嗜好を考慮した食事を提供します。また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。

- ③ 入浴

個浴室、リフト浴室、臥床式特殊浴槽を利用し、お一人ずつ入浴していただきます。入浴の回数にご利用される日数に応じて以下の通りとなっています。また、入浴が困難な場合には清拭を行なうなど適切な方法で身体の保清に努めます。

利用日数	入浴回数
1 日～ 3 日	1 回
4 日～ 5 日	2 回
6 日～ 7 日	3 回
8 日～11 日	4 回
12 日～15 日	5 回
16 日～19 日	6 回
20 日～23 日	7 回
24 日～27 日	8 回
28 日～31 日	9 回
以降、3 日ごとに 1 回追加	

- ④ 排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体機能を最大限活用した援助を行います。

- ⑤ 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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

- ⑥ 健康管理

医師や看護職員が健康管理を行います。

- ⑦ その他自立への支援

寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。また清潔で快適な生活のため、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】(契約書第 6 条参照)

5 ページ、6 ページ記載の費用 A)、B)、C)を合計した額が 1 日あたりの費用となります。

A) 居宅サービス費

[介護保険負担割合証: 利用者負担の割合が 1 割の場合]

施設サービス費用						
日 額				①処遇 改善加算	計 (A+①)	
基本サービス費		サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 Ⅰ	夜 勤 職 員 配 置 加 算 Ⅱ			
				①計 (日額)	1 4 ・ ①の0 費% 用乗 へじ た 額	
要支援1	¥529	¥22		¥551	¥77	¥628
要支援2	¥656			¥678	¥95	¥773
要介護1	¥704		¥18	¥722	¥101	¥823
要介護2	¥772			¥812	¥114	¥926
要介護3	¥847			¥887	¥124	¥1,011
要介護4	¥918			¥958	¥134	¥1,092
要介護5	¥987			¥1,027	¥144	¥1,171

[介護保険負担割合証: 利用者負担の割合が 2 割の場合]

施設サービス費用						
日額				①処遇 改善加算	計 (A+①)	
基本サービス費		サービス提供体制強化加算Ⅰ	夜勤職員配置加算Ⅱ			
				①計 (日額)	14 の 0 % 費用乗じた額	
要支援1	¥529	¥22		¥1,102	¥154	¥1,256
要支援2	¥656			¥1,356	¥190	¥1,546
要介護1	¥704		¥18	¥1,488	¥208	¥1,696
要介護2	¥772			¥1,624	¥227	¥1,851
要介護3	¥847			¥1,774	¥248	¥2,022
要介護4	¥918			¥1,916	¥268	¥2,184
要介護5	¥987			¥2,054	¥288	¥2,342

[介護保険負担割合証:利用者負担の割合が3割の場合]

施設サービス費用						
日額				①処遇改善加算		
基本サービス費		サービス提供体制強化加算Ⅰ				夜勤職員配置加算Ⅱ
				①計 (日額)	14.0% ①の費用乗じた額	計 (①+②)
要支援1	¥529	¥22		¥1,653	¥231	¥1,884
要支援2	¥656			¥2,034	¥285	¥2,319
要介護1	¥704		¥18	¥2,232	¥312	¥2,544
要介護2	¥772			¥2,436	¥341	¥2,777
要介護3	¥847			¥2,661	¥373	¥3,034
要介護4	¥918			¥2,874	¥402	¥3,276
要介護5	¥987			¥3,081	¥431	¥3,512

【加算について】

- ・夜勤職員配置加算:18 円(1 日あたり)

夜勤時間(当苑の場合は 17 時 15 分～翌日 10 時 15 分までの間)に複数の職員を配置し、手厚い介護ができる体制を整備していることについて費用を頂くものです。(要支援 1、2 の方は含まれません。)

- ・サービス提供体制強化加算Ⅰ:22 円(1 日あたり)

介護職員の内、介護福祉士有資格者を 80%以上配置している、または勤続 10 年以上の介護福祉士を 35%以上配置している事業所について頂く費用です。

- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ):加算率 14.0%

介護職員の賃金の改善について、法人全体で取り組み、資質の向上を計画的に行っていることに対して費用を頂くものです。

【必要に応じて頂く費用について】

- ・送迎加算:184 円(片道)

自宅から愛宕苑までの送迎が介護保険の対象となります。自宅以外の送迎については、介護保険対象外となります。

- ・緊急短期入所受入加算:90 円(1 日あたり)

居宅サービス計画の予定に入っていない状況で、緊急に短期入所生活介護を利用された場合について費用を頂くものです。(ご利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等、やむを得ない事情にて連続して利用された場合は、利用開始から 14 日間までが費用の対象となります。)

- ・認知症行動・心理症状緊急対応加算:200 円(1 日あたり)

認知症の行動、心理症状が認められるご契約者に対して、在宅生活が困難であり緊急に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場合に頂く費用です。(利用開始から 7 日間が費用の対象となります。)

- ・療養食加算:8 円(1 食あたり)

医師の指示により疾患治療のために発行された食事せんに基づき、療養食を提供した場合について費用を頂くものです。

- ・若年性認知症入所者受入加算:120 円(1 日あたり)

若年性認知症のご契約者に対し、担当者を決め専門的にかかわる場合に算定します。

- ・認知症ケア加算Ⅰ:3 円(1 日あたり)

認知症介護において、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供する場合に算定します。

B)滞在費／日額

	利用者負担 第1段階	利用者負担 第2段階	利用者負担 第3段階	利用者負担 第4段階
ユニット型個室	820円	820円	1,310円	2,500円

C)食費／日額

食費は、朝食 330 円、昼食 710 円、夕食 610 円の計 1,650 円となっており、提供した食数で精算します。

利用者負担 第1段階	利用者負担 第2段階	利用者負担 第3段階①	利用者負担 第3段階②	利用者負担 第4段階
300円	600円	1, 000円	1, 300円	1,650円

※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(償還払いといいます)。償還払いとなる場合、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、その変更された額に合わせて、ご契約者の自己負担額を変更します。

※居室と食事にかかる費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

(2)介護保険の基準外サービスについて(契約書第 5 条、第 6 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薬、貴重品管理料

薬など貴重品の管理を行った場合は 1 回の利用ごとに 200 円の費用を頂きます。

②有田市外への送迎について

送迎加算とは別に片道 500 円の送迎費を頂きます。

③医療機関への受診について

原則としてご家族で行っていただくことになります。ご契約者の身体的な理由により送迎が困難な場合は、送迎を実施しますが医療機関での付き添いは、ご家族へお願いすることになります。

④自室にテレビを設置する場合

・レンタルテレビ = 1 日 150 円

・持ち込みの場合(回線使用料) = 1 日 100 円

⑤理美容サービス

外部業者に委託し当苑にて実施していますが、利用期間内に実施しているかどうか、必ずご確認ください。

→利用料金: 1,500 円

⑥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: 材料費等の実費

⑦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。(おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担いただく必要はありません。)

⑧特別な食事の提供

事前にお申し出があった場合、ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

⑨複写物の交付

ご契約者はサービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物等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: 15 円(1 枚あたり)

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第 6 条参照)

利用料の支払いは口座振替となります。以下の金融機関にて予め手続きしていただく必要があります。

★きのくに信用金庫箕島支店(箕島本町 426-3 電話 0737-82-2136)

振替日は請求書が届いた月の 20 日となります。(土、日、祝日の場合は翌営業日)

尚、領収書は原則として翌月の請求書に同封させていただきますので、予めご了承ください。

(4) 利用開始前のサービスの中止について(契約書第 7 条参照)

①キャンセル料について(利用途中に退所する場合も含む。)

利用日の前日までにお申し出下さい。お申し出のない場合、下記の料金をお支払いいただくことになります。ただし、ご契約者の体調不良等やむを得ない事情がある場合は、料金はいただきません。

ご利用日の前日午後5時00分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	1日あたりの滞在費

②利用日を追加、変更する場合の取り扱い。

利用開始前や利用期間中に、ご契約者の都合により利用日を追加、変更することができます。

(5) 利用期間中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望より、下記協力医療機関等において診察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察・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察・入院治療を義務づけるものでもありません。)

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 千徳会 桜ヶ丘病院
	所在地	和歌山県有田市箕島904
	診療科	内科、胃腸科、婦人科、放射線科、眼科、腎センター、リハビリテーション科
協力歯科医院	医療機関の名称	大中歯科医院
	所在地	和歌山県有田市初島町里2107-1
	診療科	歯科

7. 利用期間中に退所していただく場合(契約書第 16 条)

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、ご契約者に退所していただくことになります。

- ①要介護、要支援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
- ②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施設を閉鎖した場合
- ③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
- ④当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

(1) ご契約者からの退所の申し出(中途解約・契約解除)(契約書第 17 条、第 18 条参照)

- 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
- ③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介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④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
- 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由が認められる場合
- ⑥他の利用者がご契約者の身体・財物・信用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) 事業者からの申し出により退所していただく場合(契約解除)(契約書第 19 条参照)

- 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、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- 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ご契約者が介護保険施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

8. 緊急時の対応について

①施設における医療体制の理解

病院とは違い、常勤医師の配置はありません。また、夜間は看護職員が不在で、緊急時の連絡により駆

けつける待機体制となります。

②病状の変化等に伴う対応について

看護職員が嘱託医・協力医療機関と連絡をとり判断いたします。夜間においては夜勤介護職員が夜間緊急連絡体制にもとづき看護職員・協力医療機関と連絡をとって指示を仰ぎます。

③急変時の対応について

ご契約者の生命に危険があると判断された場合は、救急隊を要請します。搬送先は、救急隊にて調整するため遠方の救急医療機関となる場合もありますのでご了承ください。

④ご家族との連携について

24時間の連絡体制を確保していることが必要です。緊急連絡先については、必ず連絡が取れる場所を複数設定し、お伝えいただくようお願い致します。(遠方へお出かけの際は、緊急時に駆けつけていただける代理の方が必要になります。)

9. 身元引受人

①契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。しかしながら、ご契約者において社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、利用契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

②身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えております。

③身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。また、こればかりでなく、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続を円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行い、更には当施設と協力・連携して退所後のご契約者の受け入れ先を確保するなどの責任を負うことになります。

④ご契約者が利用中に死亡した場合においては、そのご遺体や遺留金品の引き取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。また、ご契約者が死亡されていない場合でも、利用契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の物品をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。

⑤身元引受人が死亡、または破産宣告を受けた場合には、事業者は新たな身元引受人を立てていただくために、ご契約者にご協力をお願いする場合があります。

10. 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、ご相談窓口

担当者＝竹田奈央(生活相談員)

連絡先／受付日時＝0737-82-0600／毎週月曜日～土曜日(祝祭日除く) 9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○田中賢司 社会福祉法人守皓会評議員・苦情解決委員会第三者委員

(有田市箕島 203 電話 0737-83-1100)

○有田市役所 高齢介護課

(有田市箕島 50 電話 0737-83-1111)

受付時間 9:00～17:00(土・日・祝日等除く)

○和歌山県国民健康保険団体連合会

(和歌山市吹上 2 丁目 1 番 22 電話 073-427-4673)

受付時間 9:00~17:15(月曜日~金曜日)

○和歌山県運営適正化委員会

(和歌山市手平 2 丁目 1-2 電話 073-435-5527)

受付時間 9:00~17:30(土・日・祝日等除く)

11. サービス提供における事業者の義務

当施設は、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、財産の安全確保に配慮します。
- 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。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、サービスを提供した日から 5 年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ ご契約者または他の利用者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、身体等を拘束する場合があります。その場合は、施設長や職員で構成する合議制の委員会でその可否を判定することとし、生活相談員等を通じて家族への説明責任を果たすと共に、その状況を記録に記載するなどして、適切な手続をとるものとします。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏らしません。但し、ご契約者の医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
- ⑥ 介護サービスの提供により事故が発生した場合には、可能な限り速やかにご家族や担当の介護支援専門員、市町村に連絡すると共に、必要な措置を講じるものとします。

12. 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ご契約者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ください。

(1) 持ち込みの制限

金品、金銭等の貴重品の持ち込みはご遠慮ください。持ち込む場合は、ご契約者自身で管理していただくこととなりますが、紛失した場合、当苑では責任を負いかねます。

(2) 面会

面会時間は午前 8 時 30 分から午後 9 時です。事務所前のカウンターにある面会簿に、利用者の名前、面会される方の名前・続柄・面会時刻を記入してください。

(3) 外出

外出を希望される場合は、外出先・外出日時・帰苑日時・用件等を前もって事務室に連絡し、当施設の承諾を得てください。

(4) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙及び就寝後の喫煙は禁止いたします。また自己管理ができない方については、施設でたばこ・ライターを管理させていただきます。

(5) 施設・設備の利用

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ください。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は、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。

また、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について十分な配慮を行います。

(6) 宗教活動等

当施設の職員や入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教・政治活動、営利活動を行うことはできません。

13. 事故発生時の対応(契約書第 13 条、第 14 条、第 15 条)

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご契約者の家族、主治医、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。損害賠償についても、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。

14. 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	意見箱：
		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	実施日	令和 年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

15. 連帯保証人

- 1 連帯保証人は、契約者と連帯して、本契約から生じる契約者の債務を負担するものとします。
- 2 前項の連帯保証人の負担は、極度額 30 万円を限度とします。

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業 者 住 所 和歌山県有田市宮崎町841-1
事業 者 名 社会福祉法人 守 皓 会
代表者氏名 理 事 長 成 川 暢 彦 ㊞

説明者氏名 ㊞

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け同意すると共に、本書面を受領しました。

契 約 者

住所 _____

氏名 _____ ㊞

代 理 人(身元引受人兼連帯保証人)

住所 _____

氏名 _____ ㊞

続柄 _____