

- ①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（ただし、状況により施設長が認めた場合6ヶ月まで可能とする）
- ③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サービス等の財物・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る、あるいは、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
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
契約が終了する場合には、事業者は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

当事業所は、契約者に対してサービスを提供するにあたって、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に配慮するなど、次のことを守ります。

- ①契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- 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上、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、2年間保管するとともに、契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります。
- 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、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）。ただし、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、契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、契約者の同意を得ます。

9. サービスの利用に関する留意事項

- (1) 利用時の持ち物について
別紙「ショートステイご利用にあたって」をご参照下さい。

(2) 面会 面会時間 9:30~19:00(原則として)

来訪者は、必ず入り口の面会簿にご記入下さい。

なお、来訪される場合、お菓子類の持ち込みは結構ですが必ずお持ち帰りください。(食中毒安全対策、健康管理、対人関係等を配慮して)

また他の利用者の方には病気等の関係でご配慮をよろしく申し上げます。

(3) 施設・設備の使用上の注意

○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。

(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。

10. 損害賠償について

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。

11. 苦情の受付について

(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)

〔職名〕 責任者 施設長 山下和秀
相談員 稲垣尚亮

・受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

(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 8:30~17:15 月~金
・市・区役所 介護保険担当課	丹波篠山市保健福祉部長寿福祉課介護保険係 所在地 兵庫県丹波篠山市北新町41 電話番号 (079) 552-1111 受付時間 8:30~17:15 月~金

(別紙)

ショートステイご利用にあたって

1. 初回ご利用時に用意していただくもの

- ・介護保険証のコピー
- ・医療保険証のコピー
- ・負担割合証のコピー
- ・負担限度額認定証のコピー

*内容に変更があればその都度コピーの提出をお願い致します。

2. 毎回用意していただくお荷物

- ・お薬（お薬の説明書、お薬手帳があれば一緒をお願いします）

- ・歯ブラシ、コップ（プラスチックの物）

- ・入れ歯、入れ歯ケース、入れ歯洗浄剤（・室内用の靴）

- ・パジャマ1着 ・その他、化粧品、髭そり等必要な物

- ・当日着用している衣類以外に、
*上着、ズボン類→それぞれ1着ずつ

*下着類→シャツ、パンツ、パッチ、靴下、それぞれ1着ずつ

☆ 衣類は、入浴時・汚染時には、和寿園にて洗濯いたします。

☆ 通常の洗濯が出来ない衣類はご遠慮ください。

☆ おむつ・紙パンツ、パットは利用料金に含まれているため持参の必要はありません。

～持ち物のお願い～

*すべての持ち物にお名前の記入をお願い致します。

*衣類は紛失・忘れもの予防の観点から、できるだけ上記の枚数でお願い致します。

*食物の持ち込みは原則ご遠慮ください。

*その他、わからないことがあればご相談ください。

☆ご家族様のご支援・ご協力の程、よろしくお願い致します。

令和 年 月 日
時 分～ 時 分
場 所

指定介護老人福祉施設での短期入所生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 職名 _____ 氏 名 _____ 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、内容を確認しサービスの提供開始に同意いたします。

〒 _____
契約者（利用者） 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

〒 _____
身元引受人 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

(契約者との続柄) _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、内容を確認し、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 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

(契約者との続柄) _____

事 業 者 住 所 兵庫県丹波篠山市高屋 24 番地
法 人 名 社会福祉法人和寿園
理 事 長 山本 喜代治 印