

「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

当施設は契約者に対し指定介護老人福祉施設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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 施設経営法人

- | | |
|------------------|-----------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 千種会 |
| (2) 法人所在地 | 神戸市東灘区北青木1丁目1番3号 |
| (3) 電話番号及びFAX 番号 | TEL 078-431-0001 FAX 078-431-2000 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 岸本 多佳子 |
| (5) 設立年月日 | 平成2年3月14日 |
| (6) メールアドレス | info@chikusakai.jp |

2. ご利用施設の概要

- | | |
|---|--|
| ① 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 地下1階地上4階建（うち1階部分） |
| ② 建物の延べ床面積 | 4,265.8 m ² （うち特別養護老人ホーム 1,163.54 m ² ） |
| ③ 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設・令和5年11月1日指定 兵庫県第2871001992号 |
| ④ 施設の目的 | 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、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、契約者に、日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。 |
| ⑤ 施設の名称 | 特別養護老人ホーム Les 芦屋 |
| ⑥ 施設の所在地 | 兵庫県芦屋市川西町14番1号 |
| ⑦ 電話番号及びFAX 番号 | TEL 0797-34-1000 FAX 0797-34-1003 |
| ⑧ 施設長（管理者）氏名 | 藤田 晋 |
| ⑨ 開設年月日 | 平成27年10月15日 |
| ⑩ 入所定員 | 3ユニット 30人（1ユニット 9～11名定員） |
| ⑪ 施設の周辺環境 | |
| ⑫ 住宅地に位置し、交通の便にも富んでいるため、外出やご面会などにも便利です。 | |
| ⑬ 運営方針 | ・入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。
・明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視するとともに、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。 |

3. 施設利用対象者

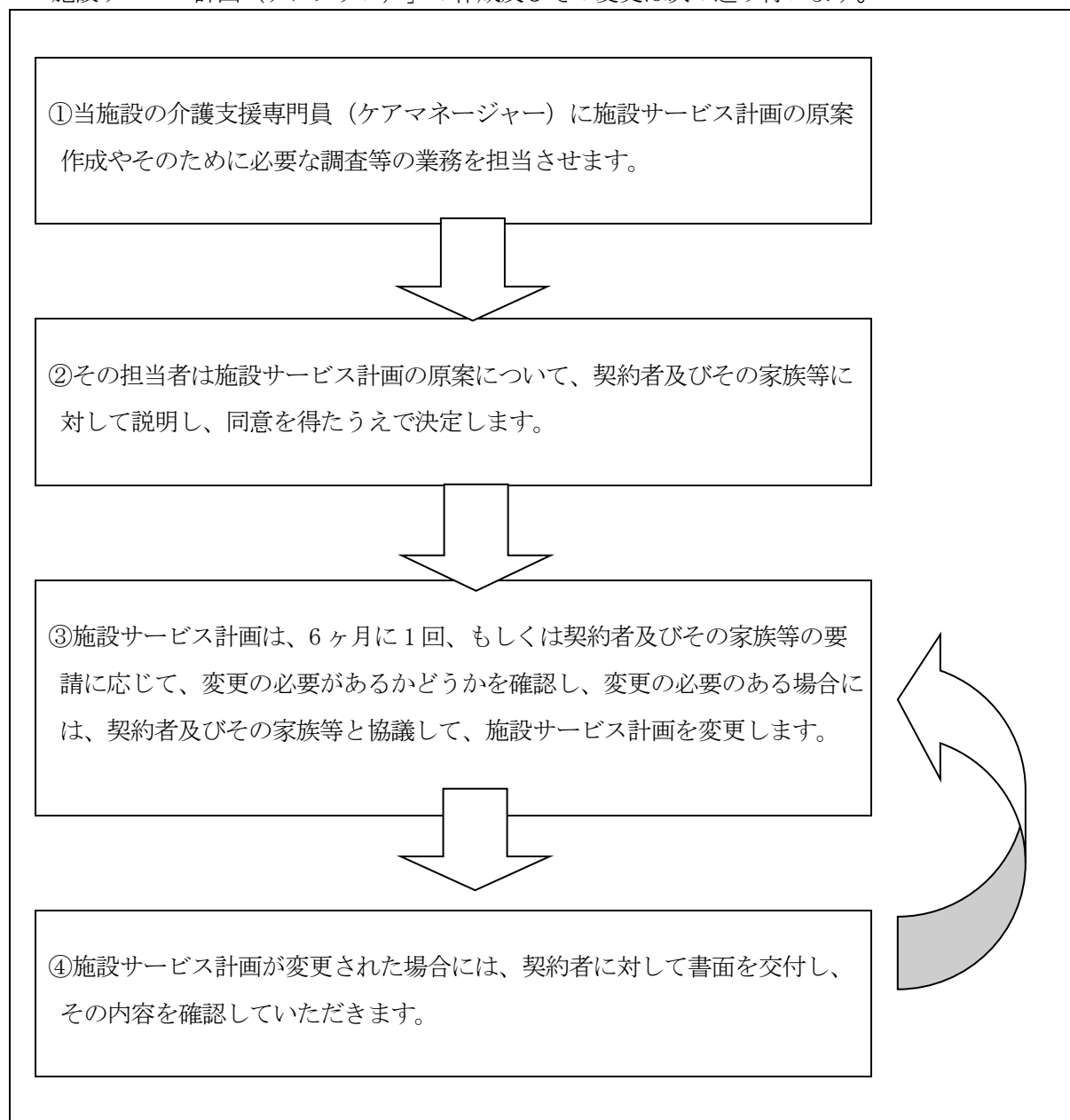
- (1) 当施設に入所できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護3以上」と認定された方が対象となります。また、入所時において「要介護3以上」の認定を受けておられる入所者であって、将来「要介護3以上」の認定者でなくなった場合には、退所していただくことになります。

- (2) 入所契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合には、契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

4. 契約締結からサービス提供までの流れ

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、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。



5. 居室の概要

(1) 居室等の概要

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、全て1人部屋です。他の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。但し、居室の選定については、契約者の心身の状況や施設の職員配置の都合等により施設にて判断させていただきます。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（東棟）	10室	14㎡ トイレあり
個室（西棟北）	9室	14㎡ トイレあり
個室（西棟南）	11室	14㎡ トイレあり
合 計	30室	
共同生活室	3室	289.73㎡
浴室	1室	特殊浴槽・一般浴槽有り
医務室	1室	15.75㎡

☆居室の変更：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、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、契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

6. 職員の配置状況

当施設では、契約者に対して指定介護老人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。

- ＊ 指定短期入所生活介護事業と併せた職員配置表になっています。
- ＊ 職員の配置は、常時以下の人員配置欄に記載した員数以上の配置とします。

〈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	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1名（兼務）	1名（兼務）
2. 介護職員	10名	10名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	1名	1名
5. 機能訓練指導員	1名（兼務）	1名
6. 介護支援専門員	1名（兼務）	1名
7. 医師	1名（嘱託）	1名
8. 管理栄養士	1名	1名

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延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（例：週40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÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	標準的な勤務体制	
1. 医師	隔週に1回（月に約2回） 往診致します。	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。
2. 介護職員	各時間帯における配置人員 早出：07：00～16：00 日勤：09：00～18：00 遅出：12：00～21：00 夜勤：17：00～10：00 ：21：00～09：00	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・助言等を行います。 3名の利用者に対して1名以上の介護・看護職員を配置しています。
3. 看護職員	配置人員 日勤：09：00～18：00 夜勤：18：00～09：00	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、介助等も行います。1名の看護職員を配置しています。
4. 機能訓練指導員	週5日 09：00～17：00	契約者の機能訓練を担当します。 1名の機能訓練指導員を配置しています。
5. 介護支援専門員	日勤：09：00～18：00	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。 1名の介護支援専門員を配置しています。
6. 管理栄養士	日勤：09：00～18：00	契約者に係る栄養ケア・マネジメント（栄養ケア計画）を作成します。 1名の管理栄養士を配置しています。

7. 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。

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) 利用料金の全額を契約者に負担いただく場合

があります。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の7割～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態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 7：30～8：30 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。

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 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤ 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、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おくれるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

⑥ 定例行事及び全員参加するレクリエーション

〈サービス利用料金（1日あたり）〉

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）と居住費及び食費の合計金額をお支払い下さい。

なお、当施設の居住費は1日あたり6,000円、食費は1日あたり2,500円と設定しております。

注 居住費及び食費につきましては、負担限度額認定を受けておられる場合、認定証に記載している負担限度額になります。

サービス利用料金表(ユニット型個室／1日当たりの概算)

1. 基準となる利用額		要介護度 1 6,963 円	要介護度 2 7,689 円	要介護度 3 8,469 円	要介護度 4 9,206 円	要介護度 5 9,921 円
2. サービス利用料に係る自己負担額	1 割負担	697 円	769 円	847 円	921 円	993 円
	2 割負担	1,393 円	1,538 円	1,694 円	1,842 円	1,985 円
	3 割負担	2,089 円	2,307 円	2,541 円	2,762 円	2,977 円
3. 居室に係る自己負担額	第 1 段階	880 円				
	第 2 段階	880 円				
	第 3 段階①②	1,370 円				
	第 4 段階	6,000 円				
4 食事に係る自己負担額	第 1 段階	300 円				
	第 2 段階	390 円				
	第 3 段階①	680 円				
	第 3 段階②	1,420 円				
	第 4 段階	2,500 円				
5. 自己負担額合計 (2+3+4)		円	円	円	円	円

◆上記表のサービス利用料金以外に下記の加算内容をご負担いただきます。

内 容	自己負担額（1日当たり）		
	1割負担	2割負担	3割負担
看護体制加算Ⅰ（イ）	約 7 円	約 13 円	約 20 円
夜勤職員配置加算Ⅱ 1	約 29 円	約 58 円	約 87 円
精神科医療養指導加算	約 6 円	約 11 円	約 16 円
日常生活継続支援加算 2	約 50 円	約 99 円	約 148 円
科学的介護推進加算Ⅱ（月 1 回）	約 54 円	約 107 円	約 161 円
初期加算	32 円／日	64 円／日	96 円／日
外泊加算	263 円／日	526 円／日	789 円／日
処遇改善加算Ⅰ	1 ヶ月の所定単位数 16.3%の 1～3 割負担分		

☆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いったん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）。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。

☆介護保険からの給付額及び公共料金等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。

☆一時外泊については外泊期間中、用意しなかった日数分の食費は利用料金から差し引きます。但し、その間の居住費につきましては、負担額をお支払いいただきます。

☆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。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 特別な食事の提供

契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：特別な食事のために要した追加の料金

② 理髪・美容

ご希望により理髪・美容士の出張サービスをご利用いただけます。

利用料金：実費

③ 貴重品の管理・事務手続き

契約者に対して、貴重品管理・行政事務手続き・支払い代行サービスを行います。

詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書、保険証、その他重要書類

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続の概要は以下の通りです。

・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。

- ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成します。
- ・お預かり通帳については、ご自由に閲覧していただけます。

○行政手続き代行

- ・介護保険更新申請手続き、その他書類作成更新手続きなど

○支払い代行サービス

- ・往診時の診療治療代、薬代などの立替業務

利用料金：1ヶ月当たり 1,350 円

④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。

(例) ・買い物ツアー、日帰り旅行

- ・クラブ活動

書道クラブ、華道クラブ（材料代等の実費をいただきます。）

⑤複写物の交付

契約者が、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には交付します。

実費相当額として1枚につき **10 円**（ただし、カラー複写は 40 円）ご負担いただきます。

⑥日常生活

日常生活用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。

衣服、日常生活用品（但し、施設で入所者全員に一律で用意するものは除く。）の購入を代行いたします。費用としては、代金の実費をいただきます。

おむつ代等、施設で入所者全員に一律で用意する日常生活用品は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦契約者の移送に係る費用

原則的には、ご家族様で付添い、送迎をお願いします。当方で付き添いや移送を（車での送迎）を行った場合は、オプション料金表記載の費用をご負担いただきます。

利用料金：タクシー又は介護タクシー利用・・・実費タクシー代

⑧契約書第 21 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、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金は、要介護認定と同額（居住費、食費を含む）頂きます。契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合、要介護度 1 の料金（居住費、食費を含む）をいただきます。なお、この期間中において介護保険による給付があった場合、介護保険給付額を控除することとします。

☆社会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、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

毎月末日で締め1か月ごとに計算し、ご請求しますので、以下の方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

◎ 自動お引き落とし(引落手数料は施設負担です)

お手持ちの銀行、信用金庫、ゆうちょ銀行口座からお引落させていただきます

引落口座のお手続きをお願いします。

引落日：翌月 27 日

(ただし、27 日が土日祝の場合は翌営業日です)

※お振込みでのお支払いの場合は、振込手数料は、契約者負担となります。

(4) 入院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。(但し、下記医療機関での優先的な診療・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・入院治療を義務づけるものでもありません。)

① 嘱託医師

医療機関の名称	おおぎ駅前診療所
所在地	神戸市東灘区青木 6-6-11 井上ビル 1F
診療科	内科・呼吸器科

② 協力医療機関

医療機関の名称	細井整形外科
所在地	神戸市東灘区青木 6-6-11 井上ビル 2F
診療科	整形外科・リハビリ科

③ 協力医療機関

医療機関の名称	市立芦屋病院
所在地	芦屋市朝日ヶ丘町 39-1
診療科	内科、外科、皮膚科 他

④ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	Les 芦屋デンタルクリニック
所在地	神戸市東灘区本庄町 1-15-7

⑤ 心療内科医療機関

医療機関の名称	Les 芦屋メンタルクリニック
所在地	芦屋市川西町 14-1

8. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、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、当施設との契約は終了し、契約者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定により契約者の心身の状況が自立又は要支援、要介護 1，2 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当施設を閉鎖した場合
- ③ 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
- 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
- ⑤ 契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても、契約者から当施設に退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の 1 か月前までに解約・解除届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所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施設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
- ⑤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
- ⑥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
- ⑦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）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ①契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際して、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意または重大な過失によりこれを告げず、又は不実の告知を行った場合
- ②契約者（その家族、身元引受人等も含む）による、サービス利用料金の支払いが 2 か月以上遅延した場合
- ③契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、故意又は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、もしくは傷つける恐れがあり、又は著しい不信行為を行った場合
- ④契約者（その家族、身元引受人等も含む）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り、あるいは、契約者が自傷行為を繰り返す場合。
- ⑤契約者が連続して 3 ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑥契約者が介護老人保健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
- ⑦契約者（その家族、身元引受人等も含む）が施設内禁止事項に違反した場合
- ⑧契約者（その家族、身元引受人等も含む）が施設長等の指導に従わない場合
- ⑨その他、契約者（その家族、身元引受人等も含む）が本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせたと事業所が判断した場合

（３）契約者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

- ① 3 ヶ月以内の入院の場合

	<p>当初から3ヶ月以内の退院が見込まれて、実際に3ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。</p> <p>しかし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合など、退院時に施設の受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。</p> <p>また、料金につきましては、入院の翌日から当該月6日間（当該入院が月をまたがる場合は最大12日間）の範囲内で、実際に入院した日数分で利用料金をご負担いただきます。</p> <p>1日あたり 個室：6,000円（介護保険本人負担分）</p>
② 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合	
	<p>3ヶ月を越えて入院が見込まれる場合には、契約を解除する場合があります。</p> <p>但し、契約を解除した場合であっても3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に入所できるよう努めます。しかし、当施設が満室の場合には、短期入所生活介護（ショートステイ）を利用できるように努めます。</p>
③ 3ヶ月を超えて入院した場合	
	<p>3ヶ月を超えて入院した場合には、契約を解除する場合があります。</p> <p>この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。</p>

（4）円滑な退所のための援助

契約者が当施設を退所する場合には、契約者の希望により、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、円滑な退所のために必要な以下の援助を契約者に対して速やかに行います。

- 病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

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、入所者において、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、入所契約締結にあたっては、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、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が、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。

(3) 身元引受人は、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、こればかりではなく、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ったり、更には、当施設と協力、連携して退所後の契約者の受入先を確保するなどの責任を負うことになります。

(4) 契約者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品（居室内に残置する日常生活品や身の回り品等であり、高価品は除外します）の引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。

貴重品として、施設が預かっている物、並びに、金銭や預金通帳や有価証券その他高価品などは残置品には含まれず、相続手続に従って、その処理を行うことになります。

また、契約者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残された契約者の残置品を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。これらの引き取り等の処理にかかる費用については、契約者または身元引受人にご負担いただくことになります。

(5) 身元引受人が死亡または破産開始決定等をうけた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、契約者にご協力をお願いします。

(6) 身元引受人がご希望された場合には、利用料金の変更、施設サービス計画の変更等についてご通知させていただきます。

(7) 事業者は、契約者に関する連絡については身元引受人のみに対して行います。身元引受人は、契約者の他のご家族様その他の関係者に対し、連絡などを行ってください。

10. 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利用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下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

衣類、下着、歯ブラシ、コップ、茶瓶、その他身の回りの物、ラジカセ等娯楽物（他者の迷惑にならない使用をお願いします。）

(2) 面会

面会時間 9:00～18:00 ＊ご都合により、それ以外の時間でもかまいません。

来訪者は、必ずその都度職員に届け出て下さい。

なお、来訪される場合、見舞金等の金品、なまもののお菓子等の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、2日前にお申し出下さい。葬儀への参加など緊急やむを得ない場合には、この届出は当日になってもかまいません。但し、外泊については原則として最長で月7泊（月をまたがる場合は、最大で13泊）とさせていただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までに申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、前記（サービス

利用料金表記載参照)に定める「食費」は徴収いたしません。

(5) 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。
- 当施設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。

(6) 喫煙

敷地内は全面禁煙となっております。

11. 虐待防止及び身体拘束の抑制

- (1) 当施設は、サービスを提供するにあたっては、契約者の基本的人権を尊重し、虐待を防止するとともに、契約者、他のご契約書、又は職員の生命、身体、財産を保護するために緊急やむを得ない等の理由がある場合を除き、身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。
- (2) 当施設で勤務するすべての職員に対し、虐待防止に資する研修を実施します。
- (3) 身体拘束等を行う場合は、その態様、時間、心身の状況、拘束の理由及び妥当性を記録するものとします。

12. 個人情報の保護・秘密保持

- (1) 当施設は、契約書及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。
- (2) 当施設が知り得た契約者及びその家族の個人情報については、次に掲げる目的以外では利用しないものとし、これら以外の外部への情報提供については必要に応じて契約者、その家族、またはその代理人等の同意を得るものとします。
 - ・当施設での介護サービスの提供
 - ・契約者に医療上の必要がある場合の医療機関等へ心身等の情報提供
- (3) 職員は、業務上知り得た契約者及びその家族の秘密を保持します。
- (4) 当施設は、職員に、業務上知り得た契約者、又はその家族の秘密を保持させるため、職員の採用に際し、職員である期間及び職員でなくなった後を通じて、これらの秘密の保持を担保する契約を交わします。

13. 非常災害対策について

施設は、防災・減災のため、消防計画、風水害及び地震等に対処するための計画を作成し、防火管理者、または自然災害等についての責任者を定め、少なくとも年2回、避難、救出及びその他必要な訓練を行い、職員及び契約者に周知を図ります。

14. 苦情の受付について

- (1) 当施設における苦情の受付
 - 苦情受付窓口
担当者：(管理者) 藤田 晋
受付時間：毎週 月曜日～金曜日 午前9時00分～午後6時00分
連絡先：0797-34-1000
 - 苦情解決責任者
施設長(管理者)： 藤田 晋

○ 第三者委員（弁護士・監事等）

- ・かけはし法律事務所 弁護士 青木 良和
- ・社会福祉法人千種会 監 事 牧 三恵

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等をいたします。

○ 施設内には苦情受付ボックスを設置しています。

（２）行政機関その他苦情受付機関

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（078）332-5650 受付時間 ８：４５～１７：１５ 平日
芦屋市役所福祉部 介護保険課地域支援係	所在地 芦屋市精道町７番６号 電話番号（０７９７）３８－２０２４ 受付時間 ９：００～１７：３０ 平日

１５．事故発生時の対応について

施設サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに神戸市、関係機関、契約者の後見人、家族又は身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１６．損害賠償について

（１）当施設において、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。

ただし、その損害の発生について、契約者側に重過失が認められる場合には、その程度に応じて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、自己に故意、又は過失がない限り、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 契約者、その後見人、家族又は身元引受人が、契約締結時に契約者の心身の状況、病歴、現疾患について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- ② 契約者、その後見人、家族又は身元引受人が、施設サービスの実施にあたって必要な事項について、故意にこれを告げずまたは 不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- ③ 契約者の急な疾病進行など、事業者の実施した施設サービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合
- ④ 契約者が、当施設、またはその従業員の指示・依頼に反して行った行為、または行わなかった行為に起因して損害が発生した場合

１７．サービス提供における施設の義務

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、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。

- 1) 防火管理者 長友 建悟
- 2) 防災設備 避難階段 避難口 スプリンクラー 室内消火栓 自動火災警報設備
非常警報装置 漏電火災警報設備 非常警報設備 誘導灯及び誘導標識
- 3) 防災訓練 避難訓練 2 回/年、通報訓練 1 回/年、消火訓練 1 回/年
- ④契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日 3 0 日前までに、要介護認定の更新に申請のために必要な援助をおこないます。
- ⑤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閲覧させ、複写物を交付します。
- 但し、複写費用については、実費をいただきます。
- ⑥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、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。
- ⑦感染症及び食中毒の発生や蔓延を防ぐために委員会を設置し、感染予防に関する指針の作成や職員研修を行うと共に、感染症の発生が疑われる際は対応の手順に従い対応します。
- ⑧介護上の事故等の発生及び再発防止のために、事故発生時の対応に関する指針を整備すると共に、事故報告を分析し、改善策を検討する委員会を設置し、職員への周知や研修会を開催して再発防止に努めます。
- ⑨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そのご家族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）。
- 保険者からの調査・照会を行う場合、契約者に関する情報を提供する際には、同意を得て行います。
- 但し、契約者に医療上の処置の必要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、契約者の円滑な退所のために援助を行う際、情報提供を必要とする場合には契約者及びご家族様に関する情報を提供させていただきます。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設での入所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。

事業者 社会福祉法人千種会
特別養護老人ホーム Les 芦屋
理事長 岸本 多佳子

説明担当者 (役職) (氏名)

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、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名

契約者 住 所
(利用者ご本人又はご家族の方)
氏 名

(利用者との続柄)

身元引受人 住 所
(家族代表)
氏 名

(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、指定介護老人福祉施設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)

※ 立会人 住 所

氏 名

(契約者との続柄)