

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
五色・サルビアホール介護予防短期入所生活介護事業所(1階空床)
重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して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、ご利用上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1 事業所運営法人

- | | |
|-----------|---|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 |
| (2) 法人所在地 | 神戸市西区曙町 1070 |
| (3) 電話番号 | 078-929-5655 |
| FAX番号 | 078-929-5688 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 藪本 訓弘 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 39 年 7 月 1 日 |
| (6) URL | http://www.hwc.or.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 2 階建 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 2,626.04 m ² |
| (3) 併設事業 | |

事業の種類	利用定数
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	60名
地域密着型介護老人福祉施設	20名
介護予防短期入所生活介護事業所	10名 (短期入所生活介護と併せて)
居宅介護支援事業所	

(4) 事業所の周辺環境

淡路島の西海岸中央部に位置する洲本市五色町は、瀬戸内海国立公園に指定されるなど豊かな自然が維持された環境で、東に大阪湾、西に播磨灘を望み、1年を通して温暖で降水量の比較的少ない気候です。

(5) 施設設備の概要

設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	20室	1階居室、各室空調、6室トイレ完備
2人部屋	1室	2階居室、空調完備
4人部屋	17室	2階居室、空調完備
機能回復訓練室	1室	1階、2階
共同生活室(ロビー)	5室	1階2室、2階3室
浴室	3室	座位式及び臥床式機械浴槽、一般浴槽
医務室	1室	2階

3 事業所の説明

(1) 事業所の種類

短期入所生活介護事業所

(平成21年4月1日指定 兵庫県 2871500738号)

(2) 事業所の目的

介護保険法令に従い、ご契約者が、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に、日常生活を営むために必要な居室や設備の提供及び食事、入浴、排泄等の短期入所生活介護サービスを行います。

(3) 事業所の名称

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団

五色・サルビアホール短期入所生活介護事業所

(4) 事業所の所在地等

ア 所在地 〒656-1331 兵庫県洲本市五色町都志大日707

イ 交通機関 高速バス 五色バスセンターより徒歩15分

神戸淡路鳴門自動車道津名一宮インターより車で約15分

(5) 電話番号等

ア 電話番号 0799-33-0503

イ FAX番号 0799-33-0318

(6) 施設長(管理者)氏名 岡野 匡伸

(7) 当事業所の運営方針(運営規程の要約)

ア 施設サービス計画に基づき、ご契約者の能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援します。

イ 常にご契約者の立場に立った施設サービスの提供に努めます。

ウ 常に明るく家庭的な雰囲気を持するとともに、地域や家庭との連携をはじめ、保険者、関係事業者及び関係機関等との連携に努めます。

(8) 通常の事業の実施地域
概ね半径10km圏内（洲本方面（大野）、淡路市（郡家）、
南あわじ市（湊））

(9) 営業日及び営業時間等

- ア 営業日 年中無休
イ 営業時間 24時間営業
ウ 利用申込受付時間
① 曜日 月曜日～金曜日
② 受付時間 8：45～17：30

※但し、祝日及び国民の休日を除く

(10) 利用定員 介護予防短期入所生活介護と併せて10人

(11) 居室等の概要（短期入所生活介護）

短期入所生活介護サービスのご利用にあたり、当事業所では、以下の居室をご用意しています。

設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	20室	全室空調、6室トイレ完備 居室面積15.66㎡～15.68㎡

(12) 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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

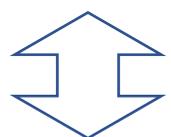
4 利用開始からサービス提供までの流れ

- (1) 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（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それぞれのサービスに係る介護計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。但し、4日以上連続し利用する場合に限りです。
契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。

① 当事業所のショートステイ担当に個別サービス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、同意を得たうえで決定します。



③ 個別サービス計画は、介護予防サービス計画（ケアプラン）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、変更の必要のある場合には、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。

ア 要介護認定を受けている場合

○介護予防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、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、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）



介護予防居宅サービス計画（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、個別支援計画を変更し、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。

イ 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。
○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。
○介護保険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）



要支援（1，2）と認定された場合



○介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成して頂きます。必要に応じて介護予防支援事業所の紹介等、必要な支援を行います。



介護予防サービス計画(ケアプラン)の作成



- 作成された介護予防サービス計画に沿って、個別サービスを変更し、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、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

5 職員の配置状況

以下の職種の職員を配置しています。

(1) 主な職員の配置状況

職種	常勤換算	指定基準	備考
ア 所長(管理者)	1	1	特養・地域密着型特養と兼務
イ 介護職員	7名以上	6	特養・地域密着型特養と兼務
ウ 生活相談員	1	1	特養・地域密着型特養と兼務
エ 看護職員	1	1	特養・地域密着型特養と兼務
オ 医師	嘱託	必要数	特養・地域密着型特養と兼務
カ 栄養士	1	1	特養・地域密着型特養と兼務
キ 機能訓練指導員	1	1	特養・地域密着型特養と兼務
ク その他職員	必要数	必要数	特養・地域密着型特養と兼務

(2) 主な職種の勤務体制

職種	標準的な時間帯における配置人員(満床時)
ア 介護職員	早出：3名 遅出：2名 夜勤：1名
イ 生活相談員	月～金曜日 日勤
ウ 看護職員	標準的な時間帯における配置人員(満床時) 日中：3名
エ 機能訓練指導員	月～金曜日 日勤
オ 医師	非常勤
カ 栄養士	月～金曜日 日勤
	※土日、祝祭日は上記と異なります。

(3) 配置職員の業務

ア 介護職員

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・助言等を行います。

イ 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。

ウ 看護職員

主にご契約者の健康管理や日常生活上の看護を行います。

エ 機能訓練指導員

主にご契約者の機能訓練を行います。

オ 医師

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。

カ 管理栄養士

ご契約者に係わる栄養管理及び栄養上の指導を行います。

6 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

ア 食事介護

○当事業所では、管理栄養士が作成する献立表により、栄養並びにご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。

○食事時間 朝食： 8：00～10：00

昼食： 12：00～14：00

夕食： 18：00～20：00

イ 入浴介護

○入浴を週2回以上行います。ただし、身体状況による入浴を中止した場合は、清拭を行います。

○寝たきりでも機械浴装置を使用して入浴することができます。

ウ 排泄介護

○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。

エ 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、その低下を防止するための訓練を実施します。

オ 健康管理

○医師や看護職員が、健康管理を行います。

カ 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。
- 生活のリズムを考え、できる限り毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- 清潔で快適な生活を送り、適切な整容が行われるよう援助します。

(2) サービス利用料金（1日あたり）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と滞在費及び食費(食材料費及び調理に係る費用相当額)の合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度、所得に応じて異なります。)

ただし、食費については、以下のとおり定めます。

- 朝食350円、昼食(間食を含む)605円、夕食490円とし、実際に提供した食数に応じて請求します。
- キャンセルは、前日までに申し出ください。なお、当日、ご家族等の都合で食事をしない場合は食費をいただきます。

<ユニット空床>

利用者負担第1段階

(単位：円)

要介護度	要支援1	要支援2
1 ご契約者のサービス利用料金	5,290	6,560
2 うち、介護保険から給付される金額	4,761	5,904
3 サービス利用に関わる自己負担(1-2)	529	656
4 滞 在 費		880
5 食 費		300
自己負担額合計(3+4+5)	1,709	1,836

利用者負担第2段階

(単位：円)

要介護度	要支援1	要支援2
1 ご契約者のサービス利用料金	5, 290	6, 560
2 うち、介護保険から給付される金額	4, 761	5, 904
3 サービス利用に関わる自己負担(1-2)	529	656
4 滞 在 費	880	
5 食 費	600	
自己負担額合計(3+4+5)	2, 009	2, 136

利用者負担第3段階①

(単位：円)

要介護度	要支援1	要支援2
1 ご契約者のサービス利用料金	5, 290	6, 560
2 うち、介護保険から給付される金額	4, 761	5, 904
3 サービス利用に関わる自己負担(1-2)	529	656
4 滞 在 費	1, 370	
5 食 費	1, 000	
自己負担額合計(3+4+5)	2, 899	3, 026

利用者負担第3段階②

(単位：円)

要介護度	要支援1	要支援2
1 ご契約者のサービス利用料金	5, 290	6, 560
2 うち、介護保険から給付される金額	4, 761	5, 904
3 サービス利用に関わる自己負担(1-2)	529	656
4 滞 在 費	1, 370	
5 食 費	1, 300	
自己負担額合計(3+4+5)	3, 199	3, 326

利用者負担第4段階

(単位：円)

要介護度	要支援1	要支援2
1 ご契約者のサービス利用料金	5, 290	6, 560
2 うち、介護保険から給付される金額	4, 761	5, 904
3 サービス利用に関わる自己負担(1-2)	529	656
4 滞 在 費	2, 066	
5 食 費	1, 445	
自己負担額合計(3+4+5)	4, 040	4, 167

利用者負担第4段階：2割負担

(単位：円)

要介護度	要支援1	要支援2
1 ご契約者のサービス利用料金	5, 290	6, 560
2 うち、介護保険から給付される金額	4, 232	5, 248
3 サービス利用に関わる自己負担(1-2)	1, 058	1, 312
4 滞 在 費	2, 066	
5 食 費	1, 445	
自己負担額合計(3+4+5)	4, 569	4, 823

利用者負担第4段階：3割負担

(単位：円)

要介護度	要支援1	要支援2
1 ご契約者のサービス利用料金	5, 290	6, 560
2 うち、介護保険から給付される金額	3, 703	4, 592
3 サービス利用に関わる自己負担(1-2)	1, 587	1, 968
4 滞 在 費	2, 066	
5 食 費	1, 445	
自己負担額合計(3+4+5)	5, 098	5, 479

(3) 加算について

上記の表「要介護度別サービス料金」以外に厚生労働省の定める基準に従い加算を以下のとおり負担頂きます。

※ 但し、各加算の金額のうち原則1割が本人負担金額

ア 療養食加算 (80 円/回)

医師の発行する食事箋に基づき、適切な栄養管理のもとに提供。

イ 送迎加算 (1,840 円/片道)

短期入所サービスの利用に際し、送迎を行った場合に加算

ウ 機能訓練体制加算 (120 円/日)

常勤専従の機能訓練指導員を配置した場合

エ 介護職員等処遇改善加算 (I)

基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に14.0%を加算する。ただし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。

(4) 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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

ア 特別な食事の提供

① ご契約者のご希望に基づいた食事を提供します。

② 利用料金：特別な食事のために要した追加の料金です。

イ 理容・美容

① 月に1回、理・美容師の出張による理髪サービス（調髪・顔剃り等）をご利用いただけます。

② 利用料金：実費となります。

ウ レクリエーション、クラブ活動

① 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。

② 利用料金：材料代等の実費をいただきます。

エ 複写物の交付

① ご契約者は、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ご契約者のご希望に添い複写物を交付します。

② 利用料金：実費相当分（1枚につき10円）

オ 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もの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頂きます。

※ 購入代行をいたしますので、業者にその費用を支払って

たきます。

- カ 介護保険給付の支給限度額を超えたサービスの利用料金
介護保険給付の支給限度額を超えて、サービスを利用される場合は介護保険給付の対象外となり、短期入所生活介護にかかるサービス料金の全額をご負担いただきます。
- キ ご契約者の移送に係る費用
ご利用に係る送迎について、所定の料金をご負担いただきます。

(5) 利用料金のお支払い方法

- ア 要介護度が確定している場合前記(2)、(3)の料金・費用は、サービス利用料金は1ヶ月ごとに計算し、請求書を発行いたしますので、利用料は、翌月20日まで指定の金融機関にお支払いいただくか、当事業所に直接ご持参ください。
※お支払いに関する手数料は、ご契約者の負担でお願いします。
- イ 要介護認定を受けていない場合予想される介護度に応じたサービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護度の認定を受けた後、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、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ウ 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あわせて、ご契約者の負担額を変更します。

(6) サービス利用中の医療の提供について

主治医と嘱託医の判断により、医療を必要とする場合には、下記協力医療機関等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・入院治療を義務付けるものでもありません。)

医療機関の名称	たかたクリニック	五色診療所
所在地	洲本市五色町鮎原西 1-1	洲本市五色町都志大日 707
電話番号	0799-30-2272	0799-33-0597
診療科	内科	内科、外科、整形外科、眼科

医療機関の名称	亀山歯科医院	柳澤歯科医院
所在地	洲本市五色町都志 258-2	洲本市五色町鳥飼上 987-2
電話番号	0799-33-0260	0799-34-0122
診療科	歯科	歯科

7 サービスの利用をやめる場合（契約の終了について）

当事業所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、当事業所との契約は終了し、短期入所生活介護サービスの利用を終了していただくこととなります。

- (1) 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- (2) 事業所が解散した場合、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
- (3) 災害等によって事業所の建物、設備の滅失や重大な損害があり、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
- (5) ご契約者が死亡された場合
- (6) ご契約者から退所の申し出があった場合（中途退所・契約解除）契約の有効期間中であっても、ご契約者から当施設に退所を申し出る事ができます。その場合には、利用終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。但し、以下の場合には即時に契約を解除し施設を退所することができます。

- ア 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
 - イ 事業所の運営規定の変更に同意できない場合
 - ウ ご契約者が入院された場合（一時解約はできません）
 - エ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく介護サービスを実施しない場合
 - オ 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
 - カ 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、または著しい不信行為、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。
 - キ 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
- (7) 事業者から退所の申し出を行う場合（契約解約）
- 以下の事項に該当する場合には、サービス利用の全部又は一部を解除させていただきます。
- ア ご契約者がサービス利用開始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、その結果サービス利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - イ 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、催告にもかかわらずこれが支払われない場合
 - ウ 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、利用サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - エ ご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恐れがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたる恐れがあるような場合）を繰り返すなど、サービス利用を継続しがたい重大な事情が生じた場合

8 サービス提供における事業者の義務

当事業所は、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・健康状態の把握に努め、体調不良時には医師又は看護職員が、契約者から症状等を聴取すると共に、血圧測定などを行う等の身体状態の確認を行います。

また、医療的ケアが必要な場合は、契約者の主治医と嘱託医の連携によりあらかじめ定めた協力医療機関等に連絡相談して対応します。

契約者の主治医への受診や病院への入院に係る搬送についても、対応します。

- (3) 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (4) ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、サービス完了後5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。
- (5) 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) 感染症及び食中毒の発生やまん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。
- (7) 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。また、事故が発生した場合には、契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。
- (8) 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。

但し、ご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、ご契約者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得て行います。

9 施設利用の留意事項

当事業所及び併設事業所を利用されている他の契約者との共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、当事業所のご利用にあたって、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

ア ガソリン・灯油等の発火・爆発の危険性が高いもの、人体に悪影響を及ぼす有害科学物質等の危険物を持ち込むことができません。

- イ 石油ストーブ等の燃焼型暖房器具
 - ウ 騒音等を発する機械類など他者の生活の妨げとなる物を持ち込むことはできません。
 - エ 原則として、ペット等の生き物の持ち込みは禁止します。
 - オ 家具、仏壇等については、施設長の許可を得てお持ち込みください。また、運搬にかかる経費は自己負担してください。
- (2) 施設・設備の使用上の注意
- ア 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。
 - イ 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、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きます。
 - ウ ご契約者に対するサービスの実施、及び衛生管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることが出来るものとします。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。
 - エ 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。
- (3) 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

当施設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とします。但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合、ご契約者の置かれた心身の状況を勘案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。
※なお、損害賠償に係る「損害保険会社」、「保障の範囲」、「保険金額等」は別紙のとおりです。

11 介護報酬改定等について

介護報酬改定等により、重要事項説明書に変更がある場合には新旧対照表を作成の上、ご家族に提示し同意を得ます。

1 2 身元引受人

- (1) 契約締結にあたり、身元引受人の決定が必要となります。但し、契約者において社会通念上、身元引受人を立てることが出来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、身元引受人を決定する必要はありません。
- (2) 身元引受人は、これまでもっとも身近にいて、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、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、契約者と連携して、その債務の履行義務を負うこととなります。

また、こればかりではなく、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はその手続き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、さらには、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債務を負うこととなります。
- (4) 身元引受人が死亡したり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。

13 苦情の受付について(契約書第25条参照)

(1) 当施設に於ける苦情の受付

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
なお、受け付け時間外、緊急を要する場合等は、当施設職員にお申し出ください。

ア 苦情相談窓口

電話番号 : 0799-33-0503 FAX番号:0799-33-0318

受付時間 : 8:45~17:30 (月) ~ (金)

苦情受付責任者: 特別養護老人ホーム五色・サルビアホール支援課長

苦情解決責任者: 特別養護老人ホーム五色・サルビアホール所長

イ 第3者委員

当法人の兵庫県社会福祉事業団に第3者委員を設置しています。

① 第3者委員: 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団監事 田村 賢一

電話番号 : 078-991-0682

受付時間 : 9:00~17:00 (月) ~ (金)

② 第3者委員: 法務省保護司 宗野 義潔

携帯番号 : 090-5887-6126

受付時間 : 9:00~17:00 (月) ~ (金)

③ 第3者委員: 江戸町法律事務所弁護士 吉田 邦子

電話番号 : 078-331-0586 FAX番号: 078-331-0545

受付時間 : 9:00~17:00 (月) ~ (金)

(2) 行政機関、その他の苦情受付機関

ア 市・町・村 介護保険担当課

※介護保険に関する苦情や相談の窓口は、保険加入の各市町村で受け付けます。

洲本市 介護保険課 電話番号: 0799-22-9333(月)~(金)

淡路市 長寿介護課 電話番号: 0799-64-2511(月)~(金)

南あわじ市 長寿・保険課 電話番号: 0799-43-5217(月)~(金)

イ 国民健康保険団体連合会

① 住所 : 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

電話番号 : 078-332-5682 FAX番号: 078-332-5650

受付時間 : 9:00~17:15 (月) ~ (金)

説明日時：令和 年 月 日

説明場所：

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。

事業所名 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
五色・サルビアホール介護予防短期入所生活介護事業所

説明者職名 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交付及び説明及びを受け、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

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交付及び説明を受け、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 _____ 印

(契約者との関係)

別紙

損害賠償保険について

1 契約会社

- (1) 会社名 株式会社損害保険ジャパン
- (2) 住所 東京都新宿区西新宿

2 保障の範囲 施設のサービス提供中に施設の管理責任の範囲内で生じた事故

3 基本補償額

- (1) 対人賠償 (1名・1事故) 2億円・10億円
- (2) 対物賠償 (1事故) 1,000万円
- (3) 受託・管理物賠償(保険契約期間中) 200万円(10万円)

※括弧内は現金の補償限度額

- (4) 人権侵害 (保険契約期間中) 1,000万円
- (5) 初期対応費 (保険契約期間中)
- (6) 事故初期見舞費用(1名につき) 死亡: 10万円
入院時: 3万円
通院時: 1万円
- (7) 身体・財物の損失を伴わない
経済的損失(保険契約期間中) 1,000万円