

## 「指定介護予防短期入所生活介護 川場春光園」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。  
(群馬県指定 第1072700097号)

当事業所はご契約者に対して指定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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

なお、本重要事項説明書は、当法人の公式サイト (<https://hotakakai.or.jp>) でも閲覧いただくことができます。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 ほたか会  
(2) 法人所在地 群馬県前橋市昭和町三丁目12番21号  
(3) 電話番号 027-212-5020  
(4) 代表者氏名 理事長 樋口 明  
(5) 設立年月日 昭和51年11月19日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業所  
平成18年4月1日指定  
群馬県 1072700097号  
※当事業所は特別養護老人ホーム川場春光園に併設されています。
- (2) 事業所の目的 要支援状態にある要介護者等に対し適正な指定介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム 川場春光園
- (4) 事業所の所在地 群馬県利根郡川場村生品 1861 番地
- (5) 電話番号 0278-52-2039
- (6) 事業所長(管理者)氏名 信澤 真由美
- (7) 当事業所の運営方針 要介護者等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事ができるよう入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話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。
- (8) 開設年月 平成18年4月1日
- (9) 営業日及び営業時間
- |      |            |
|------|------------|
| 営業日  | 年中無休       |
| 受付時間 | 午前9時から午後6時 |
- (10) 利用定員 10名

## 3. 居室の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。4人部屋、個室等ご希望される居室をお申し出下さい。(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。)

| 居室・設備の種類 | 室数  | 備考           |
|----------|-----|--------------|
| 4人部屋     | 20室 |              |
| 従来型個室    | 4室  |              |
| 合計       | 24室 |              |
| 食堂       | 1室  |              |
| 機能訓練室    | 1室  | [主な設置機器] 平行棒 |
| 浴室       | 4室  | 機械浴・特殊浴槽・個浴  |
| 医務室      | 1室  |              |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護予防短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・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施設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. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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。なお、ご入所者に対する直接的な処遇を行う職員については全員が認知症介護に係る基礎的な研修を受講しています。

〈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. 施設長（管理者）        | 1名    | 1名   |
| 2. 介護職員            | 30名以上 | 27名  |
| 3. 生活相談員           | 2名    | 1名   |
| 4. 看護職員（機能訓練指導員兼務） | 4名以上  | 3名   |
| 5. 介護支援専門員         | 2名    | 1名   |
| 6. 嘱託医師            | （1）名  | （1）名 |
| 7. 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数（例：週40時間）で除した数です。

| 職 種               | 勤 務 体 制            |
|-------------------|--------------------|
| 1. 医 師            | 毎週水曜日 12：00～14：00  |
| 2. 介 護 職 員        | 標準的な時間帯における最低配置人員  |
|                   | 早 朝 6：30～15：30 2名  |
|                   | 早 出 8：00～17：00 1名  |
|                   | 日 中 10：00～19：00 6名 |
|                   | 遅 番 11：30～20：30 1名 |
|                   | 準 夜 15：00～24：00 3名 |
| 深 夜 0：00～ 9：00 4名 |                    |
| 3. 看 護 職 員        | 標準的な時間帯における最低配置人員  |
|                   | 早 出 8：00～17：00 1名  |
|                   | 日 中 10：00～19：00 1名 |

また、関係する委員会を設置し、サービス提供現場における課題を抽出及び分析した上で、必要な対応を検討し、ご契約者の安全ならびに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減につながる取り組みを推進しております。

#### 5. 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。

当事業所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<br>（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）当事業所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、滞在費、食費を除きご契約者の負担割合に応じ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 居室の提供

② 食事の提供

- ・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状況およ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：7：30～8：30 昼食：12：00～13：00 夕食：17：30～18：30

③入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④ 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

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送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

＜サービス利用料金（1日あたり）＞（契約書第7条参照）

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金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）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、負担割合に応じて異なります。）

＜介護予防短期入所生活介護サービス費(多床室、従来型個室)：1日あたり＞

令和6年8月改定

| 要介護状態区分                            |      | 要支援1                            |      | 要支援2   |  |
|------------------------------------|------|---------------------------------|------|--------|--|
| 介護報酬(基本報酬)・・・a①【1日～30日】            |      | 4,510円                          |      | 5,610円 |  |
| 保険給付額・・・b                          | 1割負担 | 4,059円                          |      | 5,049円 |  |
|                                    | 2割負担 | 3,608円                          |      | 4,488円 |  |
|                                    | 3割負担 | 3,157円                          |      | 3,927円 |  |
| 自己負担額・・・(a①-b)                     | 1割負担 | 451円                            |      | 561円   |  |
|                                    | 2割負担 | 902円                            |      | 1,122円 |  |
|                                    | 3割負担 | 1,353円                          |      | 1,683円 |  |
| 介護報酬(基本報酬)・・・a②【31日～】              |      | 4,420円                          |      | 5,480円 |  |
| 保険給付額・・・b                          | 1割負担 | 3,978円                          |      | 4,932円 |  |
|                                    | 2割負担 | 3,536円                          |      | 4,384円 |  |
|                                    | 3割負担 | 3,094円                          |      | 3,836円 |  |
| 自己負担額・・・(a②-b)                     | 1割負担 | 442円                            |      | 548円   |  |
|                                    | 2割負担 | 884円                            |      | 1,096円 |  |
|                                    | 3割負担 | 1,326円                          |      | 1,644円 |  |
| 以下の各種加算については、ご利用されるサービスによって加算されます。 |      |                                 |      |        |  |
| (各種加算)                             |      | 1割負担                            | 2割負担 | 3割負担   |  |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ(1月)                    |      | 200円                            | 400円 | 600円   |  |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算                   |      | 200円                            | 400円 | 600円   |  |
| 若年性認知症受入加算                         |      | 120円                            | 240円 | 360円   |  |
| 送迎加算(片道)                           |      | 184円                            | 368円 | 552円   |  |
| 口腔連携強化加算                           |      | 50円                             | 100円 | 150円   |  |
| 療養食加算(回)                           |      | 8円                              | 16円  | 24円    |  |
| 看取り連携体制加算                          |      | 64円                             | 128円 | 192円   |  |
| サービス提供体制強化加算                       |      | 22円                             | 44円  | 66円    |  |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月)                 |      | 10円                             | 20円  | 30円    |  |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)                     |      | 1月あたりの介護報酬の総単位数に14%を加算(1単位は10円) |      |        |  |
| 滞在費(自己負担額)                         |      |                                 |      |        |  |
| 被保険第1段階                            |      | 0円                              |      |        |  |
| 被保険第2段階                            |      | 430円                            |      |        |  |
| 被保険第3段階                            |      | 430円                            |      |        |  |
| 被保険第4段階                            |      | 1,005円                          |      |        |  |
| 食費(自己負担額)                          |      |                                 |      |        |  |
| 被保険第1段階                            |      | 300円                            |      |        |  |
| 被保険第2段階                            |      | 600円                            |      |        |  |
| 被保険第3段階 ①                          |      | 1,000円                          |      |        |  |
| 被保険第3段階 ②                          |      | 1,300円                          |      |        |  |
| 被保険第4段階                            |      | 1,840円 (朝食540円/昼食750円/夕食550円)   |      |        |  |

- ☆ 送迎サービスを利用された場合は、片道 184 円（2 割負担 368 円・3 割負担 552 円）をご負担いただきます。
- ☆ 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いったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、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）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。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、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ 居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

◇ 当施設の滞在費、食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用の滞在費・食費の負担が軽減されます。

|             |  |
|-------------|--|
| 利用者負担第 1 段階 | 市町村民税非課税世帯に属する老齢福祉年金受給者または生活保護受給者            |
| 利用者負担第 2 段階 | 市町村民税非課税世帯に属する方で、課税年金収入額と合計所得額の合計が 80 万円以下の方 |
| 利用者負担第 3 段階 | 市町村民税非課税世帯に属する方で、利用者負担第 2 段階に該当しない方          |
| 利用者負担第 4 段階 | 市町村民税課税世帯に属する方                               |

(2) (1) 以外のサービス（契約書第 5 条、第 7 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理髪・美容

[散髪サービス]

美容師の出張による散髪サービスをご利用いただけます。

利用料金： 実 費

②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：材料代等の実費をいただきます。

③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いつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

④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負担いただきます。

負担額 実 費

おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

⑤家電持込料

ご契約者が電化製品を施設に持込み使用された場合、電気料相当額としてご負担いただきます。

1 日につき 55 円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）のの料金・費用は、1か月ごとに計算し、10日までにご請求しますので、所定の期日（振り込みの場合は末日、自動振替の場合は20日）までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

|                     |         |
|---------------------|---------|
| ア. 下記指定口座への振り込み     |         |
| 東和銀行 沼田支店 普通預金      | 0769515 |
| 利根郡信用金庫 本店 普通預金     | 0752135 |
| イ. 金融機関口座からの自動引き落とし |         |
| ご利用できる金融機関：利根郡信用金庫  |         |

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、介護予防短期入所生活介護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。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者へ申し出て下さい。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、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正当な事由がある場合は、この限りではありません。

|                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無 料                          |
| 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10%～30%<br>(自己負担相当額) |

- 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、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。
- ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

6. 苦情の受付について（契約書第24条参照）\*

(1) 当事業所における苦情の受付

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。

- 苦情受付窓口（担当者）

【電話番号】 0278-52-2039

【職 名】 相談員 角田 昌枝

- 受付時間 毎週 月曜日～日曜日 9:00～18:00

また、苦情受付箱を設置しています。

(2) 当施設における苦情の外部受付

当施設における苦情やご相談の外部の受付窓口として、法人が設置する第三者委員会でも受け付けます。

|                    |  |
|--------------------|--|
| 弁 護 士<br>長 井 友 之   | 所 在 地 群馬県高崎市請地町11-6<br>電 話 番 号 027-325-9123<br>受 付 時 間 毎週 月曜日から金曜日（祝祭日は除く）<br>9:00～17:00   |
| 司 法 書 士<br>須 藤 有 介 | 所 在 地 群馬県渋川市渋川1820-31<br>電 話 番 号 0279-25-3232<br>受 付 時 間 毎週 月曜日から金曜日（祝祭日は除く）<br>9:00～17:00 |
| 評 議 員<br>岸 篤 美     | 所 在 地 群馬県前橋市千代田町三丁目4-7<br>電 話 番 号 027-231-6751<br>受 付 時 間 毎週 水曜日以外<br>10:00～18:00          |

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

|                |   |
|----------------|---|
| 川場村役場 健康福祉課    | 所在地 群馬県利根郡川場村大字谷地 2 3 9 0-2<br>電話番号 0 2 7 8-5 2-2 1 1 1 |
| 群馬県国民健康保険団体連合会 | 所在地 群馬県前橋市元総社町 3 3 5-8<br>電話番号 0 2 7-2 9 0-1 3 7 6      |

## 7. 事故発生の防止及び発生時の対応

当施設は、事故発生の防止のための委員会の開催及び職員に対する安全対策研修を定期的に行っています。また、事故発生の防止及び発生時の対応に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。なお、この担当者は国の定める安全対策推進に関する所定の研修を修了しています。

当施設は、万全の体制で施設サービスの提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、関係市町村等にご連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大の防止等の必要な措置を講じます。また、ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。

## 8. 緊急時の対応

当施設は、契約者の急変等、緊急時における嘱託医との連携方法、対応方法についてあらかじめ定め、適切な対応を講じるものとします。

また、当施設では、主な協力医療機関等と緊急時の対応などを定期的に確認しています。

## 9. 虐待防止・不適切ケア防止の対応

当施設は、虐待または虐待が疑われる不適切ケアの防止のための対策を検討する委員会開催及び虐待防止のための研修を定期的に行っています（身体拘束等不適切ケア防止のための対応も同様）。また、万一虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、施設長を責任者として速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認を行います。

当施設は、身体拘束等の行動制限は虐待行為であると考えており、緊急やむを得ない場合以外の身体拘束は行いません。

## 10. 感染症等対策について

当施設は、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策委員会の開催及び感染症及び食中毒の予防並びにまん延の防止のための研修及び訓練を実施しています。また、平常時からの備え（備蓄品の確保など）、初動対応、感染拡大防止体制の確立に関する業務継続計画を策定しています。

### 11. 非常災害対策について

当施設は、非常災害対策に備えるため、防災及び避難に関する計画を作成し、年2回（夜間想定含む）以上の避難、その他必要な研修及び訓練等を実施しています。また、平常時の対応（必要品の備蓄など）、緊急時の対応、他施設及び地域との連携に関する業務継続計画を策定しています。

### 12. 禁止事項について

当施設では、多くの入所者の皆様に安心して生活をしていただくために、ご入所者または代理人（身元引受人）、その他ご家族等関係者による以下の行為を禁止しております。

なお、以下（3）及び（4）の禁止行為あるいはこれに類する行為が繰り返される場合又は予見される場合に、他の入所者及び職員の保護を目的に、当施設の判断で事前予告なく録画・録音をさせていただくことがあります。

- （1）施設内において、営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動を行うこと。
- （2）故意的に他入所者や職員が不快に思う行為や暴力・性的ハラスメント行為を行うこと。
- （3）大声、暴言または脅迫行動などの反社会的行為により、他の入所者に迷惑を及ぼしたり、職員の業務を妨げたりすること。

- (4) 解決しがたい要求を繰り返し行い、通常の業務を妨げること。
- (5) 許可なく危険な薬物や物品を施設内に持ち込むこと。
- (6) 許可なく施設内において、撮影（写真、動画）、録音を行うこと。

また、当法人では、「カスタマーハラスメントに対する行動指針」を策定しております。詳細は公式サイトをご覧ください。

### 1 3. 反社会的勢力の排除の確認

当施設と入所者または代理人（身元引受人）は、それぞれの相手方に対し、次の各号に掲げる事項を確約します。

- (1) 自らが暴力団、暴力団関係者若しくはこれに準ずる者又は構成員（以下、総称して「反社会的勢力」という。）ではないこと
- (2) 自らの役員（業務を執行する理事、またはこれらに準ずる者をいう。）または代理人（身元引受人）等が反社会的勢力ではないこと
- (3) 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものでないこと
- (4) 自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと

ア 相手方に対する脅迫的な言動または暴力を用いる行為

イ 偽計又は威力を用いて相手方の行為または業務を妨害し、または信用を毀損する行為

### 1 4. 介護職員による医療的ケアの提供

「社会福祉士及び介護福祉士法」（昭和 62 年法律第 30 号）の改正に基づき、ご利用者様に対する喀痰吸引等の一部の医行為を医師、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針としております。これらのケアを実施する介護職員については、法に規定される研修を修了し、専門的な知識・技能を習得した者として、医療的ケアを実施できる認定特定行為業務従事者としての認定を受けております。

また、医師の指示の下、担当職員間の連携および緊急時の体制整備など、ご利用者様の安全確保に努めております。

### 1 5. その他の重要事項

客観的に禁止事項に該当する行為を行ったと認められる場合や反社会的勢力排除の確認の確約に反する事実が判明した場合など、ご入所者または代理人（身元引受人）と当施設との信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、当施設が適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合は、入所契約書第 16 条第 3 項の規定により、当施設を退所いただく場合があります。

### 1 6. 第三者評価の実施状況について

当施設における第三者評価の受審はありません。



令和 年 月 日

指定介護予防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。

指定介護予防短期入所生活介護

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明および本書の交付を受け、指定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。

利用者住所 氏名 印

代理人住所 氏名 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 一部2階建て
- (2) 建物の延べ床面積 3, 449.30㎡
- (3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

- [介護老人福祉施設] 平成12年4月1日指定 群馬県1072700097号
- [ユニット型地域密着型介護老人福祉施設] 平成26年4月1日指定 川場村1092700077号
- [短期入所生活介護] 平成12年4月1日指定 群馬県1072700097号
- [ユニット型短期入所生活介護] 平成26年4月1日指定 群馬県1072700808号
- [ユニット型介護予防短期入所生活介護] 平成26年4月1日指定 群馬県1072700808号

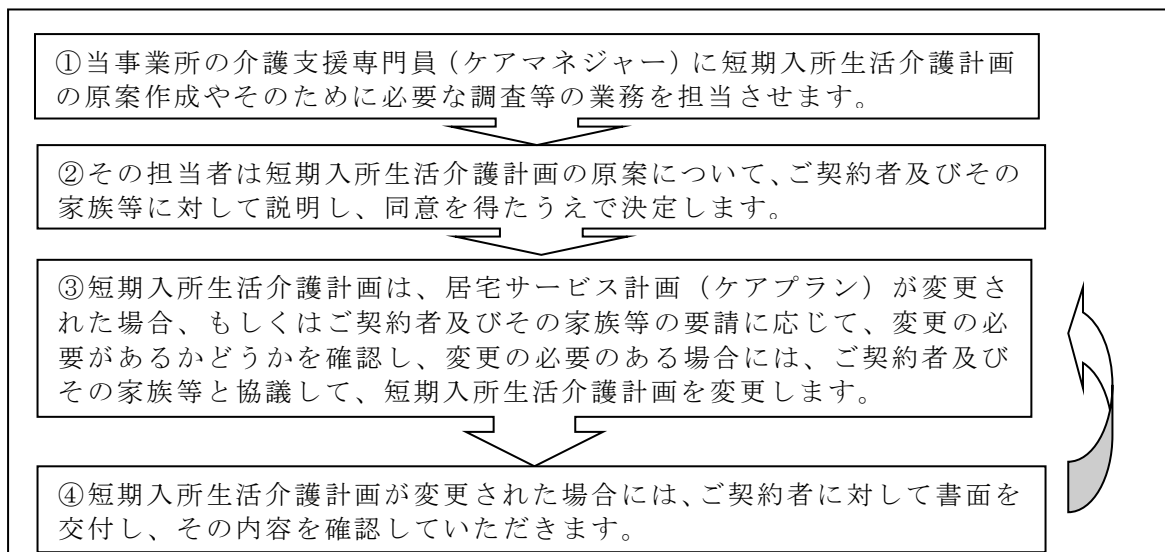
2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

- 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。  
3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。
- 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。  
1名の生活相談員を配置しています。
- 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。  
3名の看護職員を配置しています。
- 嘱託医師**…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。  
1名の嘱託医師を配置しています。

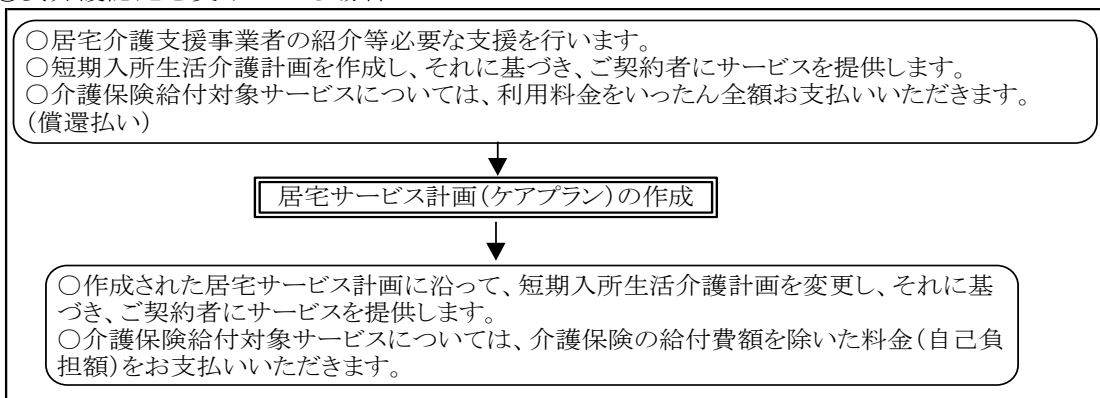
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (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、「居宅サービス計画（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「短期入所生活介護計画」に定めます。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条参照）

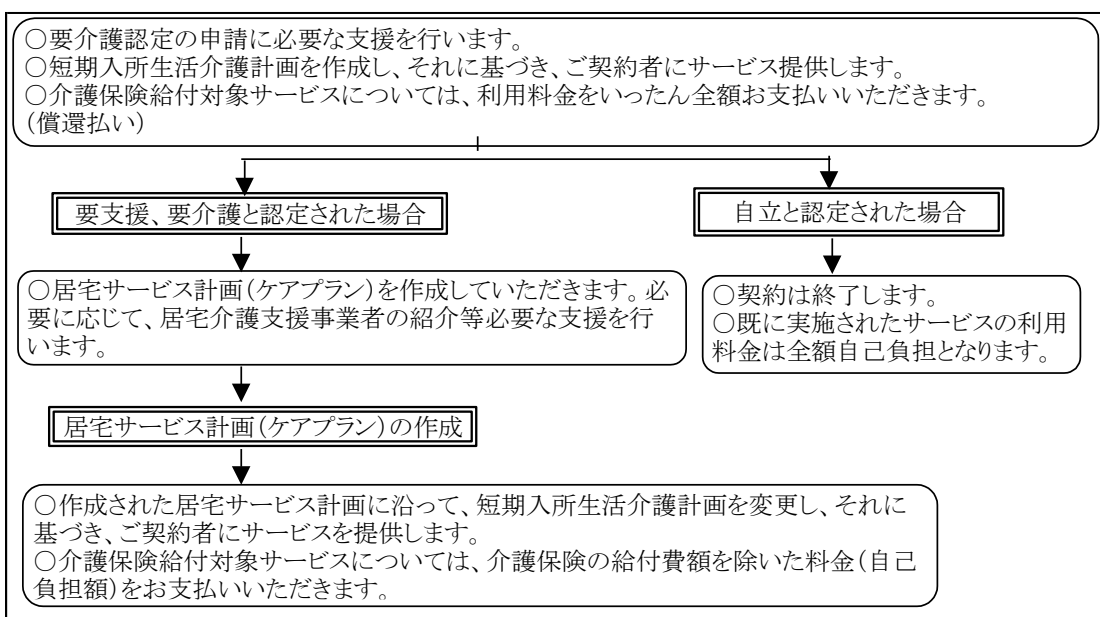


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11条参照）

当事業所では、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、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、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、ご契約者又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。
- 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、第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
ただし、ご契約者に緊急な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。  
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

## 5. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、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\*

利用にあたり、身の回り品以外は原則として持ち込むことができません。

### (2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第12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、又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く場合があります。

○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、必要な措置を取ること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等の保護について、十分な配慮を行います。

○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、営利活動を行うことはできません。

### (3) 喫煙

施設内での喫煙はできません。

### (4) 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 協力医療機関

|         |  |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団 ほたか会 群馬パース病院                    |
| 所在地     | 群馬県利根郡川場村大字生品1861                      |
| 診療科     | 内科・外科・循環器科・リハビリテーション科・皮膚科・泌尿器科・精神科・麻酔科 |

#### ② 協力医療機関

|         |   |
|---------|---|
| 医療機関の名称 | 医療法人 大誠会 内田病院   |
| 所在地     | 群馬県沼田市久屋原町345-1   |
| 診療科     | 内科・老年内科・小児科・外科・整形外科・皮膚科・消化器科・循環器科・呼吸器科・肛門科・リハビリテーション科・麻酔科 |

#### ③ 協力医療機関

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団 ほたか会 パース整形外科クリニック |
| 所在地     | 群馬県沼田市下久屋町940-1          |
| 診療科     | 整形外科・外科・リハビリテーション科       |

#### ④ 協力歯科医療機関

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | スマイル歯科クリニック     |
| 所在地     | 群馬県沼田市久屋原町531-4 |

## 6. 損害賠償について（契約書第 13 条、第 14 条参照）

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時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し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、当事業所との契約は終了します。（契約書第 16 条参照）

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が死亡した場合</li><li>② 要介護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</li><li>③ 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事業所を閉鎖した場合</li><li>④ 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</li><li>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</li><li>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。）</li><li>⑦ 事業者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。）</li></ul> |
|--|

### (1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 17 条、第 18 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約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日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>② ご契約者が入院された場合</li><li>③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合</li><li>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短期入所生活介護サービスを実施しない場合</li><li>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</li><li>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</li><li>⑦ 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</li></ul> |
|---|

### (2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 19 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 1 か月以上（※最低 3 か月）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</li><li>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</li></ul> |
|--|

### (3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 16 条参照）

契約が終了する場合には、事業者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。