

指定短期入所生活介護
指定介護予防短期入所生活介護
(空床利用型)
重要事項説明書

年 月 日

様

社会福祉法人 京都社会事業財団

介護老人福祉施設にしがも舟山庵

当施設は介護保険の指定を受けています。
(指定事業者番号：京都府 第 2670100813 号)

当施設はご契約者に対して指定居宅介護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。

目 次

1. 事業者	2
2. ご利用施設の概要	2
3. 居室の概要	3
4. 職員の配置状況	3
5. 施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 業者にお支払い頂くその他の自己負担	8
7. 利用料金のお支払い方法	8
8. 利用中の医療の提供について	9
9. 事故発生対応について	9
10. 緊急時の連絡について	9
11. 非常災害時の対策	10
12. 感染予防について	10
13. 業務継続計画の策定について	10
14. 褥創予防について	10
15. 身体拘束について	11
16. 虐待防止について	11
17. ハラスメント対策について	11
18. 契約の終了について	11
19. 身元引受人	12
20. 苦情・相談の受け付け	13
21. 第三者評価の実施状況	13
〈重要事項説明書付属文書〉	
1. サービス提供における事業者の義務	14
2. 施設利用の留意事項	14

1. 事業者

- (1) 法人所在地 京都市西京区山田平尾町17番地
(2) 法人名 社会福祉法人 京都社会事業財団
(3) 代表者氏名 理事長 野口雅滋

2. ご利用施設の概要

- (1) 事業の種類 指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護
平成22年4月1日指定
- (2) 施設の目的 介護老人福祉施設にしがも舟山庵短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限り居宅にて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、利用者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 介護老人福祉施設にしがも舟山庵短期入所生活介護
- (4) 施設の所在地 〒603-8471
京都市北区大宮西山ノ前町3番地1
- (5) 電話番号 (075)495-1121
FAX番号 (075)495-1161
- (6) 管理者氏名 施設長 大畠れん
- (7) 施設の運営方針
- 1 施設は居宅介護サービス計画に基づき可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、必要な日常生活上の支援、社会生活上の便宜供与、機能訓練・健康管理及び栄養上の管理を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ、自分らしく自立した日常生活が営めるように支援します。
 - 2 施設は利用者の意思、及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたったサービス提供に努めます。
 - 3 施設は明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健、医療、福祉との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日 平成22年4月1日
- (9) 利用定員 空床利用型
- (10) 通常の送迎区域 京都市北区、上京区、左京区の一部 *詳細は別紙地図参照
(志久呂橋以南 今出川通り以北 白川通り以西 西大路通り以東)

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

施設では以下の居室・設備をご用意しています。居室は、全室個室となります。

居室・設備の種類	室数	備 考
ユニット 個 室	8 80	
食堂・共同生活室	8	各ユニット1箇所
浴 室	9	個浴槽 4・座位型特殊浴槽 4・臥床型特殊浴槽1
医 務 室	1	

※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付けられている施設・設備です。

(2) 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況等によりその可否を決定します。また、利用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、利用者やご家族等と協議の上決定するものとします。

但し、感染症まん延防止のため早急に居室変更が必要な場合は、変更後のご連絡となる場合があります。

4. 職員の配置状況

(1) 以下の職種の職員を配置しています。

職 種	職員数	配置状況
施設長(管理者)	1名	常勤1名
生活相談員	2名以上	1名以上は常勤の者とする
介護支援専門員	1名以上	1名以上は常勤の者とする
介 護 職 員	44名以上	介護職員は、常勤の者を常時1名以上配置する。また、昼間については、ユニットごとに常時1名以上配置する。夜間及び深夜については、2ユニットごとに1名以上配置する。
看 護 職 員	3名以上	常勤換算方法で3名以上、かつ1名以上は常勤の者とする。
機能訓練指導員	1名以上	
医 師	2名以上	
管 理 栄 養 士	1名以上	
事 務 員	2名以上	
その他	1名以上	非常勤1名以上

(2) 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
施設長(管理者)	9:00~18:00
生活相談員	8:00~17:00、9:00~18:00、10:00~19:00
管理栄養士	9:00~18:00
事務員	9:00~18:00
医 師	内科医 週1回 精神科医 月2回 内科医(看取り介護期連携医) 随時
看護職員	8:00~17:00、9:00~18:00、10:00~19:00 *看護職員により24時間オンコール対応をおこなっています。
機能訓練指導員	8:00~17:00、9:00~18:00
介護職員	早 出 (6:45~16:30 の間の9時間) 日 勤 (8:30~20:00 の間の9時間) 遅 出 (12:00~21:45 の間の9時間) 夜 勤 (21:40~翌6:50 の間の9時間10分) ※夜勤は4人体制

5. 施設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と利用料金

①サービスの概要

短期入所介護計画・介護予防短期入所生活介護計画の作成実施(継続して4日以上利用の方対象)	利用者・ご家族の希望等を確認し、短期入所介護計画・介護予防短期入所生活介護計画を作成します。利用者・ご家族の同意を得た上で、計画に沿ったサービスを提供します。
食事	管理栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。
排泄	利用者の状態に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。
入浴	週2回以上の入浴または清拭を行います。利用者の状態に応じて適切な援助方法(特殊浴槽の利用など)で援助します。
生活介護	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限りベッドから離れ起きていただくように援助します。 ・生活のリズムを考え必要な更衣や整容が行われるよう配慮します。 ・清潔な寝具を利用させていただくために、シーツ交換や枕カバー等の交換を定期的及び随時行います。

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師や看護職員を中心に、各職種が協働して健康管理を行います。 ・ 医療の必要性の判断は医師が行います。夜間等医師の不在時は、協力病院への受診を行います。 ・ 夜間は介護職員のみになるため、看護職員に 24 時間連絡できる体制を確保しています。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者及びご家族からの相談に対応し、可能な限り必要な援助を行うように努めます。 ・ 相談窓口：生活相談員
余暇活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適宜レクリエーションを企画し、参加の機会をつくります。個人の趣味活動も重視します。

②サービス利用単位・料金

下記の料金表によって、利用者の要支援度、要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付額の 9 割～7 割（負担割合は収入に応じる）を除いた利用料金（自己負担額）の利用日数分をお支払い下さい。

※京都市 5 級地と指定され、サービス単価が 1 単位／10.55 円となります。

☆介護サービス費

	要介護認定	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単 位	介護サービス費	529	656	704	772	847	918	987
	看護体制加 算Ⅰ			4	4	4	4	4
	看護体制加 算Ⅱ			8	8	8	8	8
	夜間職員配 置加算Ⅳ			20	20	20	20	20
	機能訓練 体制加算	12	12	12	12	12	12	12
	サービス提供体制 強化加算Ⅱ	18	18	18	18	18	18	18
	合計単位	559	686	766	834	909	980	1,049
円	1 単位／ 10.55 円 (円換算の場合)	5,897	7,237	8,081	8,798	9,589	10,339	11,066
	自己負担日額 (1 割)	590	724	809	880	959	1,034	1,107
	自己負担日額 (2 割)	1,180	1,448	1,617	1,760	1,918	2,068	2,214

自己負担日額 (3割)	1,770	2,172	2,425	2,640	2,877	3,102	3,320
----------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

*介護職員等処遇改善加算 I

別途、介護サービス費の算定単位数の 140/1,000 が乗じて算定されます。

★対象者のみ係る加算

加算	単位	円 (1割)	円 (2割)	円 (3割)	
療養食加算	8 /1食	約9 /1食	約17 /1食	約26/ 1食	医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・胃潰瘍食(流動食は除く)・貧血食・膵臓病食・脂質異常症食・痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合
医療連携強化 加算	58/日	約62/日	約123/日	約184/日	厚生労働大臣が定める状態(人工腎臓を実施している状態等)の利用者に対し、以下の基準を満たしサービスを実施している。 ・看護体制加算Ⅱの算定 ・急変の予測や早期発見のため、看護職員による定期的な巡視を行っている ・主治医と連絡がとれない場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っている ・急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ている
看取り連携 体制加算	64/日	約68/日	約135/日	約203/日	レスパイト機能を果たしつつ、看護職員の体制確保や対応方針を定め、看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合 ※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度
生産性向上推進 体制加算Ⅰ	100/月	約105/ 月	約209/ 月	約314/ 月	入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを3種類すべて導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を行い、

					1年に1度、業務改善の取組の実績を示すデータの提供を行うこと (生産性向上推進体制加算ⅠもしくはⅡいずれかを算定)
生産性向上 推進体制加算 Ⅱ	10/月	約11/月	約22/月	約32/月	入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行なっていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。1年に1度、業務改善の取組の実績を示すデータの提供を行うこと (生産性向上推進体制加算ⅠもしくはⅡいずれかを算定)
送迎加算 (片道)	184	約195	約389	約583	入退居時に送迎を希望された場合

* 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、利用者の負担額も変更になります。

* 料金は端数処理により変動することがあります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金

①施設が提供するサービス(施設にお支払い頂く料金)

食費	1日 1,600円 ※注1,2	朝食 320円 昼食 640円 夕食 640円
居住費	1日 3,000円 ※注1,2	個室料
おやつ代	1日 100円	・1日1回のおやつをご負担いただきます。 ・ご本人の希望により頂きます。
複写物の 交付	1枚 10円	・利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。(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。)
個別電気代	1W当たり 0.02円 W計×24h×0.6×30.4日 =月額電気代	・居室で個別使用のテレビ・電気毛布・冷蔵庫・電気ポット等の電気代をご負担いただきます
個別外出等	外出規程により	・個別要望に基づく外出等
写真代	1枚	30円

※注1 要介護度に関わらず、上記金額が利用者のご負担となります。

※注2 減額制度あり「減額について」参照。

(3) 減額について

①食費・居住費の補足給付(特定入所者介護サービス費)

該当する利用者負担段階に応じ、食費・居住費の負担限度額が次の表のとおりです。

利用料負担段階	食費 (日額)	居住費 (日額)
		個室
【第1段階】世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受給されている方など	300円	880円
【第2段階】世帯全員が市民税非課税その他の合計所得金額(※)と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円以下の方など	600円	880円
【第3段階①】世帯全員が市民税非課税でその他の合計所得金額(※)と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方など	1,000円	1,370円
【第3段階②】世帯全員が市民税非課税で第1段階～第3段階①に該当されない方など	1,300円	1,370円

※その他の合計所得金額：合計所得金額から年金所得等を控除した額

②社会福祉法人による利用者負担軽減制度

老齢福祉年金の受給者や世帯全員が市民税非課税である方で生計の困難な方が対象者です。施設にて申請代行させて頂くことができますので担当者へご相談下さい。

※上記①②の減額については、京都市各区役所健康長寿推進課への申請手続きが必要となります。

※認定証等の減額対象であることの確認できる書類は施設に提示してください。

*認定書等は事前に提示がない場合は減額できません。提示があった月からの対応となります。

6. その他の自己負担

①理髪・美容 → 要した費用の実費

月に2回程度、理・美容師の出張による理髪・美容サービスをご利用頂けます

②嗜好品代 → 要した費用の実費

外注した食事など、利用者のご希望に基づいて特別に注文した代金

③レクリエーション → 利用者個人が選択する事により発生した費用の実費

④クラブ活動 → 材料代等の実費

⑤日常生活上必要となる諸費用実費 → 要した費用の実費

日常生活上必要となるものの購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で、利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用

オムツ代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. 利用料金のお支払い方法

(1) 請求方法

サービスの利用料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求致します。

(2) 支払期日

当該利用月の翌月末

(3) 支払方法

①口座振替（翌月27日自動引き落とし）

お手持ちの口座より振替が可能です（手数料は、事業所負担）

8. 協力医療機関について

利用中に医療を必要とする場合は、利用者の希望により、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、ご家族の付き添いをお願いします。

[協力医療機関]

医療機関の名称	社会福祉法人 京都社会事業財団 西陣病院
所在地	京都市上京区溝前町1035
診療科	内科、消化器内科、神経内科、外科、腎臓・泌尿器科、整形外科、皮膚科、眼科、麻酔科、リハビリテーション科 他

医療機関の名称	にしがも透析クリニック
所在地	京都市北区大宮西山ノ前町3番地1
診療科	腎臓・泌尿器科（人工透析）

※上記以外の医療機関への受診を希望される場合は、事前にお知らせ下さい。
原則として、ご家族等に付き添い等をお願いすることになります。

9. 事故発生対応について

- (1) 事故発生時には「事故発生防止のための指針」に基づき、利用者の生命、安全を第一に対応します。
- (2) 事故発生状況及びその対応を記録化し、原因を検討し、事故再発防止に努めます。
- (3) 事故発生時、速やかにご家族へ連絡を行うとともに、必要に応じて市町村及び京都府へ報告します。
- (4) 事業所の責任に帰すべき事由により生じた事故については、利用者や家族に賠償する責任を負います。

10. 緊急時の連絡について

- (1) 利用者の急変時は、「緊急時対応マニュアル」に従い、利用者の生命、安全を第一に対応します。
- (2) 緊急対応時、あらかじめ契約時に確認した緊急連絡先及び医療機関への連絡・相談・報告をします。

11. 非常災害時の対策

- (1) 非常災害に備えるため、別に定める『にしがも舟山庵災害時避難計画』に基づき年2回以上定期的に避難訓練を行います。

非常時の対応	災害時避難訓練により、利用者の避難誘導や災害通報、初期防災に努める。
近隣との協力	近隣学区の自衛消防団に協力依頼
防災設備	スプリンクラー設備、自動火災報知設備、非常火災通報装置、消火器、防火戸
消防計画等	防火管理規程の定めに基づく。

- (2) 施設は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
- (3) 大規模災害に被災しても施設サービスが途切れることなく提供できるよう、そのための計画を策定し体制を整えます。

12. 感染予防について

- (1) 感染症及び食中毒の予防、まん延の防止の為、『にしがも舟山庵感染症及び食中毒の予防及び、まん延の防止の為の指針』に基づき、定期的に委員会・研修会を行い予防に努めます。
- (2) 一旦感染症及び食中毒が発生した場合は指針に基づき、速やかに対応すると共に京都市医療衛生企画課・関係機関へ報告、指導をあおぎます。
- (3) 新興感染症等が発生しても施設サービスが途切れることなく提供できるよう、そのための計画を策定し体制を整えます。

13. 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入居者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、その計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14. 褥創予防について

褥創発生予防の為『にしがも舟山庵 褥創予防対策指針』に基づき、定期的に委員会・研修会を行い予防に努めます。

15. 身体拘束について

当施設では、原則として身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。利用者または他の利用者等の生命及び身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、「身体拘束廃止等適正化指針」に基づき、その対応・時間・その際の利用者の心身の状態・緊急やむを得ない理由を記録し、ご家族に同意を得ます。

16. 虐待防止について

「高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、虐待の発生又はその再発を防止するため当施設における指針を定めます。併せて虐待防止の対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員への周知徹底を図ります。職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。また、これらを適切に実施するために同委員会委員長を担当者として設置します。さらに、職員のストレスマネジメントの実施、入居者、家族の苦情処理体制の整備を行います。

17. ハラスメント対策について

適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

18. 契約の終了について

施設との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、施設との契約は終了します。

- ①要介護認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合。
- ②施設が解散命令を受けた場合、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、サービスの提供が不可能になった場合。
- ④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利用者から契約解除の申し出があった場合。
- ⑥事業者からの申し出により契約解除していただく場合

(2)利用者からの契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、利用者から契約の解除を申し出ることができます。その場合には、契約解除を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。

但し、次の場合には、即時に契約を解約・解除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施設の運営規定の変更に同意できない場合。
- ③利用者が死亡された場合。
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく契約書に定める短期入所介護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利用者の身体・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第三者が利用者の身体・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。

(3) 事業者からの申し出により契約解除となる場合

以下の事項に該当する場合には、契約解除となり、施設から退居していただくことがあります。

- ①利用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、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ②利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく2カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合。
- ③利用者が、故意又は重大な過失により事業者・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、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(4) 円滑な退居のための援助

利用者が施設を退所する場合には、利用者の希望により、事業者は入居者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助を速やかに行います。

- ①居宅介護支援事業者への状態報告、連携
- ②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

19. 身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人は可能な限り2名お願いします。

身元引受人には以下の内容の援助をお願いします。

- ・病院対応の援助（通院付き添い、入院時手続き等）
- ・その他、必要な事項

20. 苦情・相談の受け付け

(1) 施設における苦情の受付

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。

所在地 京都市北区大宮西山ノ前町3番地1

電話番号 (075) - 495 - 1121

FAX (075) - 495 - 1161

苦情解決責任者 大島れん

施設長

苦情対応責任者 上川諒人

生活相談員

苦情対応窓口 上川諒人

生活相談員

清水智絵

介護職員

第三者委員 郭芳

電話番号 (075) - 213 - 7375

受付時間 毎週月曜日～日曜日 9:00～17:00

また、苦情受付ボックスを玄関・受付に設置しています。

(2) その他

施設以外にも居宅介護支援事業所・京都市の各区役所・国民健康保険団体連合会等にも苦情・相談の受付窓口があります。

(各窓口連絡先)

窓 口	電 話 番 号
京都市北区役所 健康長寿推進課	(075) 432-1366
京都府国民健康保険団体連合会	(075) 354-9090
京都府福祉サービス運営適正化委員会	(075) 252-2152

※京都市においては、区役所・支所健康長寿推進課、他の市町村においては介護保険担当窓口にご相談、お問い合わせいただけます。(別紙一覧表参照)

21. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無	有
実施した直近の年月日	2022年11月29日
実施した評価機関の名称	NPO法人 とらい・あぐる
評価結果の開示状況	ホームページ

重要事項説明書付属文書

1. サービス提供における施設の義務

施設は、入居者に対して、サービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安定・確保に配慮します。
- ② 利用者の体調、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、利用者から聴取、確認します。
- ③ 災害に関する具体的計画を策定するとともに、利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 利用者が受けている要介護認定の有効期限満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ 利用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、利用者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑥ 利用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、利用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などを拘束する場合があります。この場合でも利用者の家族に報告し、情報の開示に努めるものとします。
- 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利用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、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。
また、利用者の円滑な退居のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、利用者の同意を得ます。

2. 施設利用の留意事項

面会	面会時間 9:00～21:00 それ以外についてはご相談下さい。
飲酒	職員にご相談下さい。
喫煙	決められた場所をお願いします。
所持品の持ち込み	所定の利用案内に沿って
食べ物の持ち込み	生ものは控えて下さい。健康上や食中毒防止のため職員に声をかけて下さい。
宗教・政治活動・営利活動	施設内で他の利用者や来訪者に対する宗教活動及び政治活動、営利活動はご遠慮下さい。
金銭の貸し借り	利用者間での金銭の貸し借りは禁止しています。 金銭に関する相談は職員へお伝え下さい。

その他

- ・ 介護実習等の受け入れやボランティア受け入れの際には、利用者のプライバシーや個人情報の保護に十分留意して受け入れをします。

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に際し、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) 京都市西京区山田平尾町17番地

(事業者名) 社会福祉法人 京都社会事業財団

(代表者) 理事長 野口 雅 滋 ㊞

事業所

(施設) (住所) 京都市北区大宮西山ノ前町3番地1

(事業所名) 介護老人福祉施設にしがも舟山庵短期入所生活介護

(管理者) 施設長 大 畠 れ ん

(介護保険指定番号) 2670100813

説明者 職名 _____ 氏名 _____ ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明及び交付を受け、指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供並びに個人情報の取扱いについて同意しました。

年 月 日

入居者(契約者) 氏名 _____ ㊞

住所 _____

署名代行人 氏名 _____ ㊞ 続柄 _____

身元引受人① 氏名 _____ ㊞ 続柄 _____

住所 _____

身元引受人② 氏名 _____ ㊞ 続柄 _____

住所 _____