

令和7年4月1日

社会福祉法人 報恩会  
「指定介護予防短期入所生活介護」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。  
(兵庫県指定 第 2870504046 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。

※当サービスの利用は、原則として要支援認定の結果「要支援1」「要支援2」と認定された方が対象となります。要支援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. 施設経営法人

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 報恩会              |
| (2) 法人所在地 | 兵庫県神戸市兵庫区大開通 8-1-21-2 階 |
| (3) 電話番号  | 078-515-5110            |
| FAX番号     | 078-515-5111            |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 奥野 和年               |
| (5) 設立年月日 | 平成10年3月31日              |

## 2. ご利用事業所

- |            |  |
|------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定介護予防短期入所生活介護事業所・令和5年10月1日<br>指定<br>兵庫県： 2870504046 号 |
|------------|--|

### (2) 事業所の目的

社会福祉法人報恩会が開設する指定介護予防短期入所生活介護事業所の適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、事業者の生活相談員又は看護職員、介護職員等の従業員が、利用者の心身の状況により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図る為に、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に、指定介護予防短期生活介護を提供することを目的とする。

- |             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| (3) 事業所の名称  | ラグナケア荒田 (ユニット型・指定介護予防短期入所生活介護事業所) |
| (4) 事業所の所在地 | 兵庫県神戸市兵庫区荒田町3丁目75番10号             |
| (5) 電話番号    | 078-521-3100                      |
| FAX番号       | 078-521-3105                      |
| (6) 管理者     | 施設長 森下 晋吉                         |

(7) 当事業所の運営方針

ご契約者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来る様に入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話を行う。

(8) 開設年月日 令和5年10月1日

(9) 利用定員 20人

(10) 営業日及び営業時間・面会時間

営業日	年中無休	
受付時間	毎日	9時30分～17時30分
面会時間	毎日	8時～20時

(11) 通常の事業実施地域 神戸市兵庫区・長田区・中央区

※上記以外の地域への送迎については、協議の上判断いたします。

(12) 施設の周辺環境

最寄駅 神戸電鉄「湊川」駅下車 徒歩約12分

神戸市営地下鉄「湊川公園」駅下車 徒歩約12分

JR神戸線「神戸」より、神戸市バス9系統「家庭裁判所前」

バス停下車 徒歩約8分

### 3. 施設の概要

<施設の概要>

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上5階

(2) 敷地の面積 2244, 11㎡

(3) 建物の延べ床面積 5256, 47㎡

(4) 併設事業

[介護老人福祉施設] 令和5年10月1日指定 第2890500289号 定員20名

[介護予防短期入所生活介護] 令和5年10月1日指定 第2870504046号 定員20名

[地域密着型通所介護] 令和5年10月1日指定 第2890500271号 定員15名

[介護予防通所サービス] 令和5年10月1日指定 第2890500271号 定員15名

[訪問介護] 令和4年12月1日指定 第2870503915号

### 4. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室はユニット型の個室をご用意しております。(但し、ご契約者様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	面積 (個室あたりの面積)	備考
個室	20室	12.64～20.79㎡	各居室にトイレ設置

共同生活室	2室	各ユニットに1室ずつ完備
居室・設備の種類	室数	備考
浴室	1室	脱衣室 19.50㎡ 特殊浴室 21.63㎡ 一般浴室 30.68㎡ 機械浴・特殊浴槽
医務室	1室	看護師・機能訓練士1名

※ 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。この施設・設備の利用にあたって、滞在費を除きご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆ 各ベッド・トイレにはナースコールを設置しています

☆ 居室の変更：ご契約者様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・他の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。

## 5. 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。

<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(指定基準)	嘱託(指定基準)	主な職種の勤務体制
1. 施設長	1名(1名)		1. 介護職員 早出：7:00～16:00 日勤：8:30～17:30 9:00～18:00 遅出：10:00～19:00 夜勤：17:00～翌10:00 2. 看護職員 日勤：9:00～18:00
2. 管理者	1名(1名)		
3. 介護職員	7名(5名)		
4. 生活相談員	1名(1名)		
5. 看護職員	1名(1名)		
6. 機能訓練指導員	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で除した数です。

<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・看護職員を配置しています。

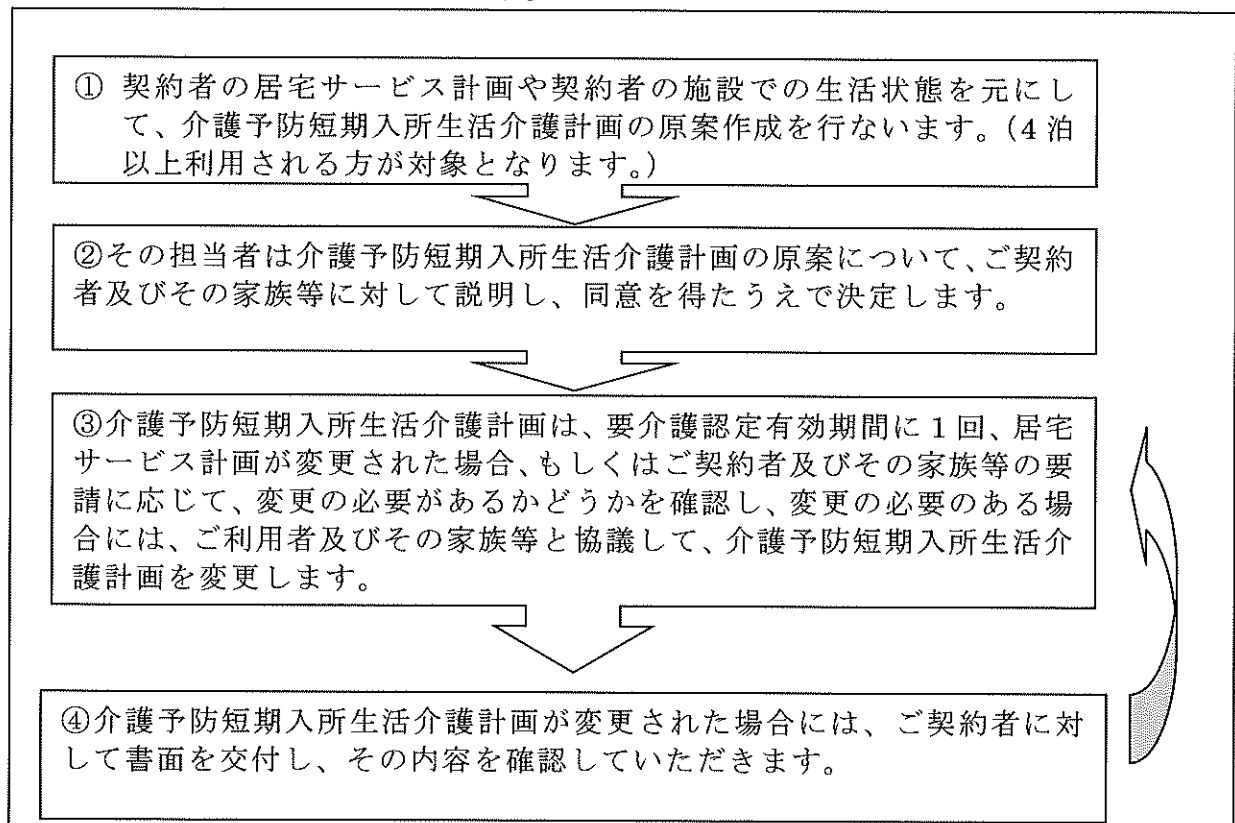
**生活相談員**…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。1名の生活指導員を配置しています。

**看護職員**…主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。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。

**機能訓練指導員**…ご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おります。

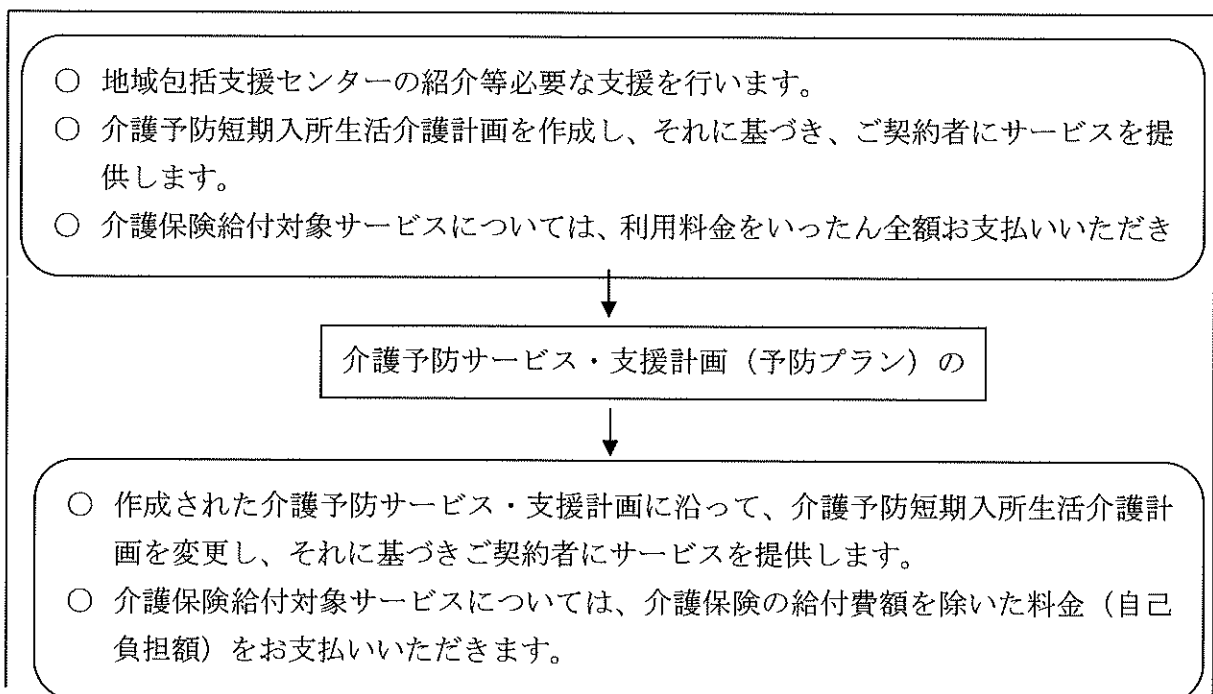
## 6. 契約締結からサービス提供までの流れ（契約書第3条参照）

- (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「介護予防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。

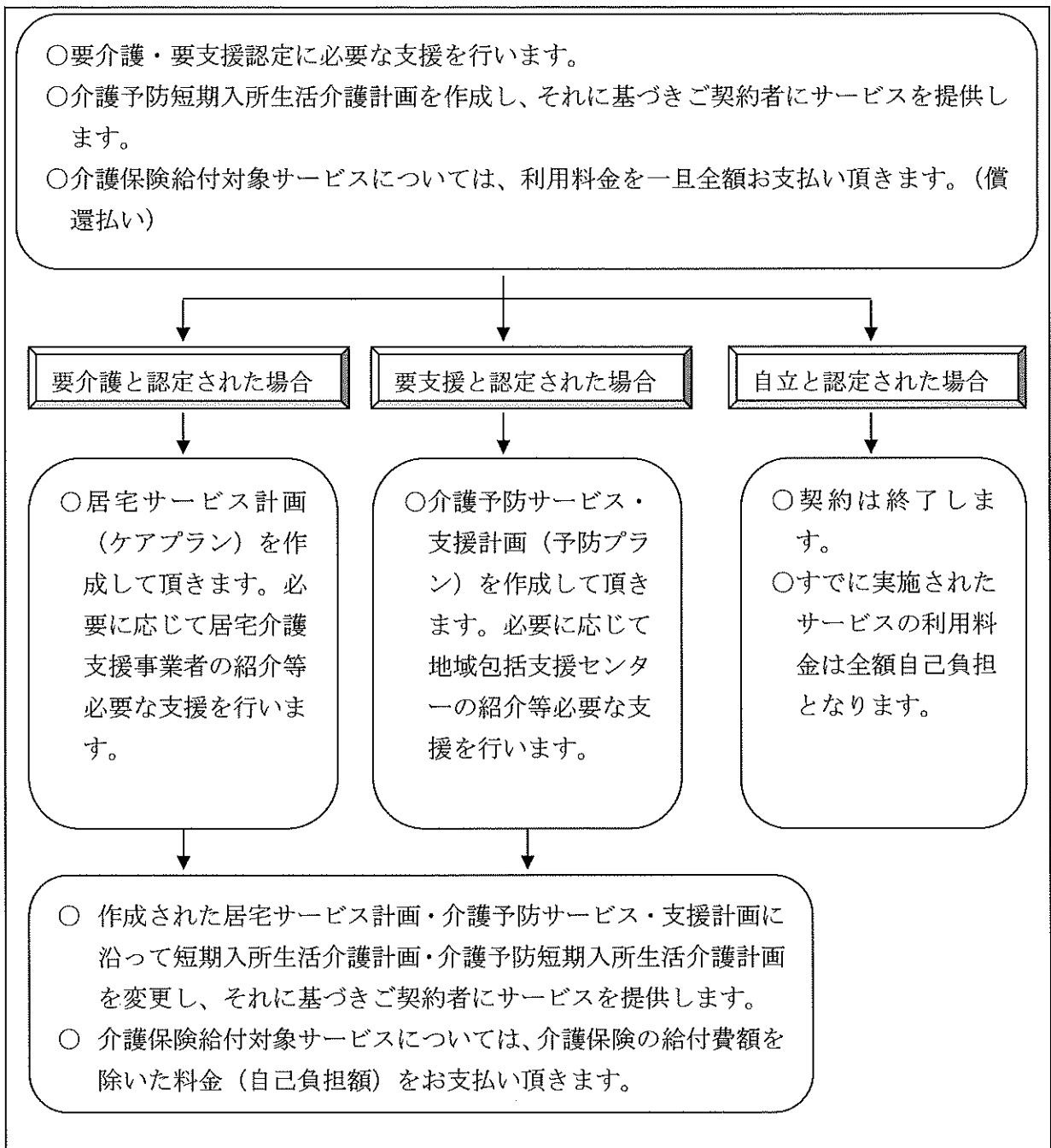


- (2) ご契約者に係る「介護予防サービス・支援計画（予防プラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

### ① 要支援認定を受けている場合



## ②要支援認定を受けていない場合



## 7. 当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第7条）

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) 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、利用料金の大部分（食費・滞在費に係る標準自己負担額を除く通常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（但し、食費は別途いただきます。）

- ・ 当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用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。
- ・ 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：8時～ 昼食：12時～ おやつ：15時～ 夕食：18時～

##### ②入浴（10時～16時）

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。  
\*二泊以上のご利用で入浴して頂けます。
- ・ 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。
- ・ 入所日・退所日の当日は、湯冷めなど体調を崩すおそれがある為入浴を控えて頂いておりますので御了承ください。

##### ③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。

##### ④健康管理

- ・ 看護師が健康チェック（血圧・体温・脈拍など）を行います。
- ・ 入所時に契約者の熱発が37.5℃以上又は、他の契約者に感染する恐れのある方は、医療機関での受診をお願いします。その結果、ご利用をお断りすることがあります。
- ・ ご利用期間中熱発が38.0℃以上でた場合は、原則として退所となります。

##### ⑤機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご利用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維持又はその減退を防止するための訓練を実施します。

##### ⑥所持金、貴重品等

- ・ 紛失や盗難防止の為、施設にはお持ちにならないで下さい。

⑦ 送迎サービス

- ・ 契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

入所時間…9:00～16:00

退所時間…9:00～19:00

施設送迎時間…9:30～15:30

\*施設送迎時間外の入退所については家族送迎となります。

通常の送迎の実施区域は、神戸市兵庫区・中央区・長田区及び、灘区・須磨区・北区の一部

\*上記以外の地域への送迎については協議の上、判断致します。

\*当日の利用人数により送迎時間を調整し、ご利用数日前にご連絡させていただきます。

⑧行事・レクリエーション

2月 節分	4月 お花見	7月 七夕	8月 夏祭り
10月 運動会	12月 クリスマス会		

- ・ 毎月の誕生日会
- ・ 月例レクリエーション

⑨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。
- ・ 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。
- ・ 10日間以上ご利用の場合、シーツ交換を週1回実施します。

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご利用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、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）

※ 1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金	要支援1 6,374円	要支援2 7,899円
2. うち、介護保険から給付される金額		
1 割負担の方	5,736円	7,109円
2 割負担の方	5,099円	6,319円
3 割負担の方	4,461円	5,529円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）		
1 割負担の方	638円	790円
2 割負担の方	1,275円	1,580円
3 割負担の方	1,913円	2,370円

※ 送迎を実施した場合は片道につき別途2124円（利用者負担額1割負担212円/2割負担424円/3割負担636円）が必要となります。

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金
2. うち、介護保険から給付される金額
3. サービス利用に係る自己負担額を（1-2）に上乗せさせていただきます。

☆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。要支援又は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）。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。

☆短期入所の利用限度日数を超える場合もサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)

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。

#### ○加算給付

##### 介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 1月につき+所定単位数×140/1000

介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 1月につき+所定単位数×136/1000

介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 1月につき+所定単位数×113/1000

介護職員処遇改善加算(Ⅳ) 1月につき+所定単位数×90/1000

#### (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 食事の提供(食費代)

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：食事ごとに料金がかかります。

対象者	1日あたり	朝	昼・おやつ	夕
利用者負担額	1,760円	350円	760円	650円

ご利用者様の収入区分により、負担上限額があります。

対象者	上限となる食事代金
利用者負担第1段階	300円/1日
利用者負担第2段階	600円/1日
利用者負担第3段階①	1000円/1日
利用者負担第3段階②	1300円/1日
上記以外の方	1,760円/1日

##### ②居室に関わる費用(滞在費)

ご契約者に提供するお部屋にかかる費用です

対象者	滞在費
利用者負担 第1段階	880円/1日
利用者負担 第2段階	880円/1日
利用者負担 第3段階①	1,370円/1日



利用者負担 第3段階②	1,370円/1日
上記以外の方	3,000円/1日

### ③レクリエーション活動

ご契約者の希望によりレクリエーション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。

### ④サービスの提供とは関係のない費用

ケアの参考及び、ご契約者・ご家族との連絡・連携のために、連絡袋・連絡ノートをご用意しております。(新規利用の方、初回ご利用時にのみ)

連絡袋・連絡ノート代：235円

### (3) 利用料金のお支払い方法

ご利用料金については、毎月末締め、翌月払いとなります。毎月10日以降に郵送にて請求書を送付いたします。

お支払い方法は下記とします。

口座引き落とし

当事業所はSMBCファイナンスサービスの口座振替集金サービスを利用しております。利用契約時に、預金口座振替依頼書を作成していただき、ご指定いただきました口座より毎月27日に口座引き落としをさせていただきます。※27日が土日祝日の場合は、翌営業日となります。手続きに1カ月ほどかかりますので、初回利用料のお引き落としが行えない場合があります。この場合、手続き完了後の翌月27日にまとめて口座引き落としをさせていただきます。

## 8. 利用の予約、中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- 現在、3ヵ月先までのご予約を承っております。まず、ケアマネジャーに相談の上、ご連絡ください。
- 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、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ください。
- 利用予定日の前日の正午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。但しご利用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。尚、キャンセル料は公的介護保険の対象外となりますのでご注意ください。

利用予定日の前日の正午までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日の正午までに申し出がなかった場合	自己負担分

- 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。

## 9. 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、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・確保に配慮します。
- ② 契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、主治医又は看護職員と連携のうえ、契約者から聴取、確認します。
- ③ 契約者に提供したサービスについて記録を作成し、サービス終了の後、5の後保管するとともに、契約者又は身元保証人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、閲覧及び謄写は、業務に支障のない時間に行うこととします。
- ④ 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、事前に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、また、記録を記載し身体拘束廃止検討委員会で検討するなど、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 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。
- ⑥ 契約者への虐待防止のための指針を整備し、従業者に対する人権擁護・虐待防止の委員会及び啓発するための研修を定期的に行います。また、当施設では成年後見制度の利用を支援し、苦情解決体制を整備しています。サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族同居人等）による虐待を受けたと思われる契約者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。
- ⑦ 契約者へサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、契約者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、契約者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損賠賠償を速やかに行います。また、事故発生防止のための委員会及び介護職員その他の従業者に対する研修を定期的に行うとともに、事故が発生（またはその危険性がある事態が発生）した場合は、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。
- ⑧ 事業者及びサービス従事者は感染症の発生及びまん延しないように必要な措置を講じるとともに、食中毒及び感染症の発生防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- ⑨ 非常災害時対策及び災害時業務継続計画策定については「消防計画」に基づいて避難訓練を半年に1度実施します。また、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います
- ⑩（守秘義務）…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（職員が退職した後も同様とします）。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、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

＊契約時、介護サービスの円滑な提供に必要な最低限度の情報を用いる事を承諾して頂く為に「個人情報使用同意書」に同意して頂きます。

（同意して頂けない場合、サービス調整ができず、一体的なサービスが提供できない場合があります。）

## 10. ご家族へのお願い

- ・ラグナケア荒田を利用される前に、下見などされご納得の上利用をお決め下さい。
  - ・ご本人とご家族とのつながりを大切にして頂きたいと考えております。初回利用時はご家族も御一緒に来て下さいます様お願い致します。
  - ・ご面会のおりは、面会簿にご記入下さい。又エレベーター、階段をご使用される際、施設利用者が一緒に外出しようとするときがありますので事故防止にご協力ください。
  - ・外出される際にはスタッフステーションにお立ち寄り下さい。外出届にご記入お願い致します。
  - ・適量を超えた飲食物の持ち込みはお控え下さい。食べ過ぎて体調を崩される事があります。
  - ・ご家族の連絡先が変更となった場合、又扶養義務者の退職、就職により健康保険証が変更となる場合速やかに当施設にもご連絡下さい。
  - ・急な病状の変化、事故の発生の場合は、ご家族に連絡いたします。ご家族より主治医の先生に連絡していただき、医療機関に受診、入院となりますのでご了承下さい。医療機関への受診、入院に関しての送迎は基本的に行っておりませんのでご了承ください。また、ご家族に連絡がつかない場合や、緊急を要する場合は当施設に一任くださいますようお願い致します。体調等の異変がある場合は深夜でもご家族に連絡いたします。
- ※ ご契約期間中ご家族が外泊等される場合は、携帯電話の番号など連絡方法を電話等にてお伝え願うか、ご利用ノートに記入されるようお願い致します。

### 11. サービスご利用当日にお持ちいただくもの

- ・介護保険被保険者証（コピー）・健康保険証（初回確認のみ・コピー）・上靴
- ・老人医療費受給者証（コピー）・後期高齢者医療被保険者証（75歳以上の方）
- ・お薬・お薬の内容が記載されたもの（お薬手帳）
- ・処置に必要な材料 ・歯ブラシ・歯磨き粉・コップ

※必要な場合かかりつけ病院発行のサマリー（ご本人の病状が把握できるもの）をいただくことがあります。

※オムツ類、タオル、石鹸等は、施設でご用意いたします。

（お持ちになる物には、他の方との混同を避ける為に必ずお名前をお書き下さい）

※ 発熱のしやすい方・風邪気味の方はあらかじめ解熱剤・風邪薬等を持参下さい。

※ 「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方はコピーをお持ち下さい。

## 1 2. 緊急時の対応方法

サービス期間中に体調の変化等があった場合、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者等へ連絡を致します。

## 1 3. 損害賠償について（契約書第 1 3 条、第 1 4 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が、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。

○ 加入保険名

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

○ 保険内容

施設賠償責任保険

○ 賠償できる事項

対人・対物事故、人格権侵害補償、通院補償、入院補償、後遺障害補償、死亡補償など

## 1 4. サービスの利用をやめる場合（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、7 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合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）

- |   |
|---|
| <p>① ご契約者が死亡した場合</p> <p>② 要支援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<br/>※要介護状態と認定された場合は、再度介護短期入所生活介護の契約を結ぶ必要があります</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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）</p> <p>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）</p> |
|---|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出 (契約書第 17 条・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。

- 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 ご契約者が入院された場合
- 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
- 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
- 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
- ⑦ 他の契約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

(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。

- ① 契約者又はご家族、関係者 (代理人兼身元保証人) 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ない、その結果本契約を継続しがたい重大な事態を生じさせた場合。
- ② 契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、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。
  - ※ (1) 相当期間を定めた催告とは、1 ヶ月・2 ヶ月滞納時に事業所より電話若しくは書面にて利用料金の請求を行ないます。
  - (2) 3 ヶ月滞納した場合、再度事業所より催促状にて利用料金の請求を行ないます。催促状送付日より 10 日以内に入金をされない場合は本契約を解約できるものとします。
- ③ 契約者又はご家族、代理人兼身元保証人、その他の関係者の方が、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
- ④ 契約者、又はご家族、代理人兼身元保証人、その他の関係者の方が利用契約で定める禁止行為を行い、その態様が悪質なとき、又は事業者若しくはサービス従事者からの禁止行為中止の申し入れに応じない時



\* 契約者又はそのご家族、代理人兼身元保証人、その他の関係者の方が、当施設のサ

サービス従事者又は他の利用者に対し、下記事項に当てはまる行為を行った場合、サービスの提供を中止する事があります。

禁止行為に関する理解が得られない場合、催告なく直ちに本契約を解除する事があります。

- |   |
|---|
| <p>① 有形力を使って危害を及ぼす行為(回避行動により被害を免れた場合を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・物を投げる。</li><li>・手を払いのける。</li><li>・叩く。</li><li>・引っ掻く。</li><li>・つねる。</li><li>・唾を吐く。</li><li>・刃物を向ける、服を引きちぎる、など。</li></ul> <p>②精神的暴力(個人の尊厳や人格を言葉や態度に寄って傷つけたり、貶めたりする行為)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・大声を発する。</li><li>・威圧的な態度をとる。</li><li>・対象範囲外のサービスの強要。</li><li>・個人の連絡先の交換を要求する。サービス従事者の自宅の住所や電話番号を尋ねる。</li><li>・乱暴な言動、無理な要求。</li><li>・ストーカー行為、など。</li></ul> <p>③セクシュアルハラスメント(性的誘い掛け、好意的態度の要求など性的な嫌がらせ行為)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・必要もなく体を触る。</li><li>・抱きしめる。</li><li>・不快な写真や動画を見せる。</li><li>・卑猥な言動を繰り返す。</li><li>・性的な話し卑猥な言動を繰り返す、など。</li></ul> <p>④ その他(ハラスメント等に該当する行為)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・特定の職員につきまとう。</li><li>・長時間の電話。</li><li>・利用者や家族が事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる、など。</li></ul> |
|---|

### (3) 契約終了に伴う援助 (契約書第 16 条参照)

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、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。

## 15. 身元保証人

ご利用に際し、「代理人兼身元保証人」を1名定めて頂きます。

代理人兼身元保証人は、本契約に基づく契約者の事業者に対する一切の債務について、以下の極度額を限度として、契約者と連帯して担って頂くと共に、必要な場合は契約者の

身柄を引き取って頂きます。

※代理人兼身元保証人は住所、氏名が変更があった場合は、速やかに連絡をお願い致します。

代理人兼身元保証人が本契約存続中に死亡もしくは破産した場合には、新たに代理人兼身元保証人を立てて下さい。

極度額 110万円

## 16. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

### (1) 当事業所における苦情の受付

- ・ 当施設への苦情や希望がございましたら、ご遠慮なくお伝え下さい。双方で心置きなく良い方法を考えていきたいと思っております。ご家族の力と職員の力で、ご本人にとって過ごしやすい生活スペースにしていきたいと考えております。苦情受付は下記の窓口にて可能な限り対応させて頂き、その内容等を苦情解決責任者に報告させて頂きます。又、苦情受付窓口担当で解決できない場合には、苦情解決責任者が苦情を解決できるよう対応させて頂きます。尚も解決に至らない場合には第三者委員へ相談し、解決に向けて対応させて頂きます。

- ・ 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）

社会福祉法人 報恩会 苦情受付窓口体制（別紙参照）

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：30

○電話番号 078-521-3100

### (2) 行政機関においても、次の機関において相談・苦情等ができます。

○兵庫県国民健康保険団体連合会 受付時間（平日）8：45～17：15  
介護サービス苦情相談窓口 電話番号 078-332-5617

○神戸市消費生活センター 受付時間（平日）9：00～17：00  
（契約についてのご相談） 電話番号 078-371-1221

○兵庫県福祉サービス運営適正化委員会 受付時間（平日）10：00～16：00  
電話番号 078-242-6868

○神戸市福祉局監査指導部 受付時間（平日）8：45～12：00  
法人・施設指導担当 施設担当 13：00～17：30  
電話番号 078-322-6242

○養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話（監査指導部内）  
受付時間 月曜日～金曜日（8：45～12：00、13：00～17：30）  
電話番号 078-322-6774

## 17. 重要事項の変更について

- ・重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、契約者又は代理人に変更内容を郵送にて通知し、同意を確認いたします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

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。（令和 年 月 日 :  
～ : ）  
（場所 : ）

（事業者）兵庫県神戸市兵庫区荒田町3丁目75番10号  
社会福祉法人 報恩会  
指定介護予防短期入所生活介護事業所 ラグナケア荒田

（説明者） 氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防短期入所生活サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日  
契約者

住所

氏名

身元保証人

住所

氏名

（本人との関係 ）