

介護予防短期入所生活介護

ショートステイ 紬

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(大津市指定第 2570105631 号)

当施設は、ご本人に対して、指定介護予防短期入所生活介護事業を提供します。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とおり説明します。

1 事業者

法人名	社会福祉法人 六匠会
法人所在地	〒520-0865 滋賀県大津市南郷六丁目 1102 番地の 1
電話番号	077-531-0102
代表者氏名	理事長 北村 拓人
法人設立年月日	令和 2 年 3 月 26 日

2 ご利用施設

施設の名称	ショートステイ 紬
指定年月日および指定番号	令和 3 年 6 月 1 日 大津市指定 第 2570105631 号
施設の所在地	〒520-0865 滋賀県大津市南郷六丁目 1102 番地の 1
電話番号	077-531-0102
管理者名	松川 恵
開設年月日	令和 3 年 6 月 1 日
入所定員	6 名
営業日および営業時間	年中無休／8：30～17：30（入居の家族対応受入時間） 9：30～19：00（退所の家族対応受入時間）
通常を送迎実施地域	大津市（打出、粟津、北大路、石山、南郷、田上、青山、瀬田、瀬田北中学校区） 草津市（高穂、草津、老上、玉川中学校区）
送迎	年末年始、土曜日、日曜日は送迎サービスなし

3 併設事業

事業の種類	指定年月日	指定番号	利用定数
地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	令和 3年 4月 1日	大津市指定第 2590100927号	29人

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法令に従い、ご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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持回復を図り、もって生活機能の維持または向上を目指し、利用者のご家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
施設運営の方針	多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、ご利用者が個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに生活され、要支援状態の維持又は維持回復を図り要介護状態になることを予防し、能力に応じ自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援します。

5 設備の概要

設備の種類	室数	備考
居室（1人部屋）	6室	各居室の面積 11.37 m ²
食堂兼機能訓練室	1室	
機械浴室	1室	
一般浴室	2室	
医務室	1室	
相談室	1室	
地域交流室	1室	

6 職員体制と役割

職種	職員数（予定）	指定基準
管理者(施設長)	1（特養兼務）	1
生活相談員	1（特養兼務： 短期入所生活介護計画作成担当）	1以上
介護職員	5以上	2以上 (常勤換算方法)
看護職員	1	
機能訓練指導員	1（看護職員兼務）	1以上
医師	1	必要数
管理栄養士	1（特養兼務）	1以上
事務員	1	なし
宿直員	1	1

職 種	職 務 内 容
施設長	施設全体の経営・業務の管理運営の統括にあたります。
生活相談員	利用者の生活向上の為の相談、援助その他生活上の便宜に関する援助にあたり、また、サービス利用の為に必要な連絡調整を行います。そして、利用者の家族をはじめ対外的窓口としての役割を担います。
介護職員	介護計画に基づく利用者の介護、環境整備にあたり、入所者の施設生活を全般に渡って支援します。
看護職員	入所者の医学的管理上の看護及び医師の補助を行い、入所者の療養上の援助及び健康管理をします。
機能訓練指導員	入所者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善及び維持の為に機能訓練をします。
医師	入所者の健康管理及び保健衛生の指導をします。 週 1 回 木曜日 15:30～16:30
	ご家族への病状の説明や他科受診への紹介等にも対応します。
管理栄養士	食事献立の立案及び栄養管理、調理員の指導などの食事関連業務をします。
事務員	経理・請求・労務等の事務、及び設備備品管理をします。
宿直員	夜間の管理当直をします。

7 職員の勤務体制

職種	勤務区分	勤務時間
施設長	日勤	8:30～17:30
事務員	日勤	8:30～17:30
生活相談員	日勤	8:30～17:30
	早出	6:30～17:45
	遅出	9:15～20:30
介護職員	早出	6:30～17:45
	遅出	9:15～20:30
	夜勤	20:20～翌 7:50
看護職員 (機能訓練指導員)	日勤	8:30～17:30
	早出	6:30～17:45
	遅出	9:15～20:30
医師	非常勤	毎週木曜日 15:30～16:30
管理栄養士	早出	6:30～17:45
	遅出	9:15～20:30
宿直員	宿直	20:00～翌 7:30

8 施設サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

種類	内容
送迎	通常の送迎の実施地域にお住いの利用者で、当事業を利用される場合（エリア外は別途費用が発生します。）。
食事	<ul style="list-style-type: none">・栄養士が栄養ならびにご利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。・食事は可能な限り離床して、共同生活室で食事を摂っていただけるように支援します。 <食事時間> 朝食 7：30～ 昼食 12：00～ 夕食 17：00～
排泄	心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行います。
入浴	・希望に応じてご利用者の心身の状況に応じた適切な方法により必要な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員等によりご利用者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を実施します。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none">・常にご利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努めます。・ご利用者およびご家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
健康管理	・医師または看護師が、ご利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採ります。
その他の支援	<ul style="list-style-type: none">・寝たきり防止のため、適切に離床の支援を行います。・ご利用者の個々の生活リズムを考えて、適切な着替え、整容が行われるよう援助します。・教養娯楽設備等を備え、適宜レクリエーション行事を行います。・ご利用者の家族との連携を図るよう努めます。

(上記サービスの利用の基本料金)

利用者の要支援度、介護保険負担割合証に応じた利用料金の自己負担額をお支払い下さい。利用料金は、利用者の要支援度と介護保険負担割合証に応じて異なります。要支援度、介護保険負担割合証が変わった場合、利用料金も変わります。また、各種加算は、その際の事業所体制によって異なるものと利用者個人の特性によるものに分かります。

☆基本料金

○介護予防ショートステイ基本料金（1日あたり）

	介護保険負担割合		
	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
要支援1	558円	1,116円	1,674円
要支援2	692円	1,384円	2,076円

☆各種加算	介護保険負担割合		
	自己負担額 （1割）	自己負担額 （2割）	自己負担額 （3割）
① 看護体制加算（Ⅰ）	4円	8円	13円
② 緊急短期入所受入加算（最大14日）	95円	190円	285円
③ 30日オーバー減算	▲32円	▲64円	▲95円
④ 送迎加算（片道）	194円	388円	582円
⑤ 若年性認知症利用者受入加算	127円	253円	380円
⑥ 認知症行動・心理症状 緊急対応加算（7日間を限度）	211円	422円	633円
⑦ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円	6円	10円
⑧ 医療連携強化加算	61円	122円	184円
⑨ 療養食加算【回】	8円（1食）	17円（1食）	25円（1食）
⑩看取り連携体制加算	68円	135円	203円
⑪口腔連携強化加算	53円	106円	158円
⑫ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	サービス費および各加算合計の13,6%に相当する分		

○加算の内容

加算	内容
① 看護体制加算（Ⅰ）	常勤の正看護師を1名以上配置している
② 緊急短期入所受入加算（最大14日）	居宅サービス計画によって計画的に行うこととなっていない指定介護予防短期入所生活介護を緊急に行った場合
③ 30日オーバー減算	連続30日を超える長期利用者に対して
④ 送迎加算（片道）	利用者に対して送迎を行った場合
⑤ 若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者に対してサービスを行った場合
⑥ 認知症行動・心理症状 緊急対応加算（7日間を限度）	在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定短期入所生活介護を行った場合
⑦ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上である

⑧ 医療連携強化加算	利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること等
⑨ 療養食加算【回】	疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき、別に厚生労働大臣が定める療養食が提供されたとき
⑩看取り連携体制加算	医師により回復の見込みがないと診断され、入所者又はご家族等が看取りをご希望された場合に算定 当施設にて亡くなられた場合、死亡日および死亡日以前30日以下について7日を上限として算定 看護体制加算を算定し、看護職員、病院等と24時間連絡できる体制を確保していること
⑪口腔連携強化加算	口腔の健康状態を評価し、歯科医及び介護支援専門員に情報提供を行った場合
⑫ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	技能・経験のある介護職員等の賃金改善を行うため

(2)介護保険給付外サービス

種類	内容
居住費・個室使用料	施設を利用し、滞在されるにあたりご負担いただきます。 利用料金（1日につき）：第1.2段階 880円、第3段階 1,370円、 第4段階 3,000円
食費	入所者に提供する食事の材料および調理にかかる費用をいただきます。 1日につき：第1段階 350円、第2段階 650円、第3段階①1,050円、第3段階②1,350円、第4段階 1,800円 （内訳 朝食：410円 昼食：720円 夕食：670円）
おやつ代	50円
特別な食事	外食した場合の食費実費相当額、または施設での入居者の希望に基づいて特別な食事を選択された場合の食費実費相当額
理美容代	訪問理美容による理髪・美容サービスをご利用いただけます。 利用料金：要した費用の実費
教養娯楽費	ご希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただけます。 利用料金：材料代等の実費
複写物の交付	利用料金：10円（1枚につき）
文書料	1枚につき 100円 領収証等の再発行、利用証明書などの交付費用。
通常の送迎の実施地域以外に居住する利用者の送迎	通常の送迎の実施地域以外に居住する利用者の送迎が発生した場合に送迎費をいただきます。 利用料金：通常の送迎の実施地域を越えた地点より、片道1kmあたり20円

受診に伴う医療費	傷病等により外部の医療機関に通院された場合の通院費及び薬剤費用は実費となります。
電気器具使用料	居室に持ち込まれたテレビや冷蔵庫等の電化製品使用に伴う電気代 利用料金：日額 1 品あたり 20 円

(3) 利用料金のお支払い方法

前記 (1) (2) 料金は 1 か月ごとに計算し、翌月 15 日までにご請求しますので、翌月 25 日までに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利用料金は、利用日数に基づいて計算した額とします。

①金融機関口座からの自動振替（翌月 23 日引き落とし）

口座から自動振替にてお支払い頂く事ができます。

②指定口座への振込み

下記の施設指定の金融機関口座へ振込みにてお支払い頂く事ができます。手数料は振込み依頼者の負担となります。

金融機関	滋賀銀行 瀬田駅前支店
店番	190
口座番号	534076
口座名義	社会福祉法人六匠会 地域密着型特別養護老人ホーム紬 理事長 北村 拓人

③施設窓口で現金支払い（受付時間：8：30～17：30）

当施設の事務所へ来て頂き、お支払い下さい。

※利用料金滞納等がありました場合は、お支払い方法を指定させて頂くことがあります。

※ご入金確認後、領収証を発行させて頂きます。（領収証には、医療費控除対象額が、明記されています。ショートステイの場合は、その月に医療系のサービス（訪問看護等）がある時のみ、利用者負担額が対象になります。）

※介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。その場合には、居宅介護サービスを作成する際に介護支援専門員から説明の上、本人の同意を得ることになります。

④法定代理受領

介護保険のサービス利用料に際しての負担方法のことで、要支援認定を受けた入所者がケアプランに基づいた指定サービスを受けた場合に、入所者は全体の 1 割または 2 割または 3 割分（「介護保険負担割合証」に記載の割合）の費用を支払うが、その負担分を除いた分については事業者が市町村等に請求し、市町村などから支払いを受けることをいいます。

⑤償還払い

保険料滞納等で法定代理受領とならない場合に、入所者が費用の全額をサービス提供事業者にいったん支払い、その後、申請を行い保険者である市町村から、その費用の 9 割または 8 割または 7 割分の現金の償還（払い戻し）を受けることをいいます。※サービスを受ける際に被保険者証を提示できない場合等により、償還払いとなることがあります。

9 協力医療機関・協力歯科医療機関

医療を必要とする場合は、ご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。

ただし、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。

名称	所在地
滋賀病院	大津市富士見台 16-1
市立大津市民病院	大津市本宮 2 丁目 9 番 9 号
南大津クリニック	大津市大石中 1 丁目 6-6
びわ湖大津デンタルクリニック	大津市長等 2 丁目 1 番 21 号

10 緊急時の対応

サービスの提供中にご利用者の身体状況が急変した場合、その他必要な場合、速やかに代理人、主治医や協力医療機関等への連絡等必要な措置を講じます。ご利用者の体調の変化等、緊急の場合は緊急連絡先に連絡いたします。

11 非常災害設備について

	設備名称	設置状況	設備名称	設置状況
防災設備	スプリンクラー	あり	消火器	あり
	自動火災報知設備	あり	火災通報装置	あり
	避難器具（救助袋）	あり	誘導灯	あり
	非常用照明設備	あり	防火戸	あり
	排煙設備	あり		
	カーテン・ふとん等は防災性能のあるものを使用しております。			

12 身体拘束の廃止について

当施設では、原則として身体拘束を行いません。ただし、緊急やむを得ない場合には当施設で作成する「身体拘束適正化指針」を遵守し、ご家族等の同意を得た上で行います。

また、年 2 回以上職員研修を行い、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、適正化の徹底を行います。

13 ご利用の際の留意事項およびご協力をお願い

面会	<ul style="list-style-type: none">・面会時間は原則 9：00～17：00 です。・面会時は面会票に記入をお願いします。 ご利用者の衣類やおやつ等、お持ちになったものがありましたら職員までお知らせください。 <ul style="list-style-type: none">*感染症等の発生を含む事情により、一時的に面会をご遠慮、または制限させていただきます場合があります。*食中毒等の感染症予防および発生を含む諸事情により、一時的に飲食物
----	--

	の持ち込みをご遠慮、または制限させていただく場合があります。
外出	<ul style="list-style-type: none"> ・外出を希望される場合は、「外出届」に必要事項をご記入いただき、職員へお知らせください。 ・食事が不要の場合には食事代はかかりません。
食事	食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。
医療機関への受診	緊急受診を別として、原則、ご家族等に対応願います。
居室・設備器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・居室には洗面台とベッドをご用意しております。 ・施設内の居室や設備等は本来の利用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用で破損等が生じた場合に賠償していただくことがございます。 ・居室については、ご利用者の心身の状況に合わせて変更させていただく場合がありますのでご了承ください。
現金・貴重品等の管理	多額の金銭および貴重品は、なるべくお持ちにならないようお願いいたします。お持ちになる場合は、個人の責任においてお願いします。
喫煙・飲酒	喫煙は原則お断りしています。また、飲酒はご相談により可とすることもあります。施設内の所定の場所及び時間に限り、それ以外の場所及び時間は居室内を含み禁酒とします。
金銭および物品の供与および貸与等	他のご利用者への物品や金銭の供与および貸与は行わないでください。そのことによるトラブルについては施設側では責任を負いかねます。
迷惑行為等	ハラスメント、騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為をご遠慮ください。
自傷行為	自傷行為がみられた場合、配置医師と相談の上、受診等、適切な措置をとります。
宗教活動・政治活動・営利活動	他のご入所者に対する宗教活動、政治活動および営利活動をご遠慮ください。

14 苦情受付窓口

当施設でのサービスで気がついたことや改善してほしいこと、要望や苦情などがありましたら受付担当者までお気軽にご相談ください。

当施設の窓口	受付担当者	生活相談員 毎週月曜日～金曜日 午前9:00～17:00 TEL: 077-531-0102 FAX: 077-531-0103 * 「ご意見箱」を玄関前に設置しております。
	解決責任者	管理者 (施設長)
	第三者委員	社会福祉法人六匠会 監事 高間 真太郎 TEL: 077-575-8708 社会福祉法人志賀福祉会 理事長 村田 隆 TEL: 077-596-2233 * 第三者委員は中立公正な立場で意見を述べる人です

その他の窓口	大津市介護保険課 滋賀県大津市御陵町 3-1 大津市役所 健康保険部 介護保険課 TEL : 077-528-2753 FAX : 077-526-8382
	滋賀県国民健康保険団体連合会 滋賀県大津市中央 4 丁目 5-9 TEL : 077-510-6605 FAX : 077-510-6606
	滋賀県運営適正化委員会（あんしん・なっとく委員会） 滋賀県草津市笠山 7 丁目 8-138（県立長寿社会福祉センター内） TEL : 077-567-4107 FAX : 077-561-3061

15 事故発生時の対応と損害賠償

当施設は、事故の発生またはその再発を防止するため、対応・報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。

また、事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。

事故発生時の対応	<p>サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、必要に応じて市・各関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。具体的な対処として、（１）発見時すぐに対応する…外傷の有無の確認、バイタル測定（血圧・体温・脈拍等）、看護職員に連絡、場合によっては救急車の出動依頼など（２）原因を分析する…（介護者側の要因・利用者側の要因・環境要因の３つの側面から考える。）（３）今後の対応を考える…（事故対象の利用者の方には申し訳ないのですが、一つの事故を糧にして、同じ事故を起こさないよう配慮していく。）という対応を心がけます。</p>
損害賠償について	<p>サービスの提供により、ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災等不可抗力による場合や生活上のリスクによる場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。なお、万が一の事故に備えて民間の賠償責任保険に任意加入しております。</p>
生活上のリスクについて	<p>生活上のリスクについては、何処で生活していても起こりえる事として、原則損害賠償の対象外となります。但し、ご利用者個々の心身の状況や、その時点の状況により個別の判断となり、施設利用中の重大な事故（骨折等）については、その都度保険会社との協議を施設側が行います。趣旨をご理解頂きますよう、お願い致します。なお別紙、契約書への署名・押印をもって、上記内容へ同意して頂いたものとします。</p>

16 権利擁護、虐待防止

当施設は、ご利用者の権利擁護や虐待防止の為、必要な指針を定め担当者や責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修の機会を確保するものとします。

17 契約締結からサービス提供までの流れ

ご利用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「居宅介護予防サービス計画書」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。また作成および変更は次の手順で行います。

1. 当施設の管理者に介護予防短期入所生活介護計画の原案作成や、そのために必要な調査等の業務を担当させます。



2. 介護予防短期入所生活介護計画の原案について、ご利用者およびそのご家族等に対して説明し、ご意向を確認いたします。



3. 介護予防短期入所生活介護計画は、居宅介護予防サービス計画が変更された場合、もしくはご利用者及びご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、ご本人およびそのご家族と協議して介護予防短期入所生活介護計画を変更します。(ケアカンファレンスについては必要に応じ随時開催いたします。)



4. 介護予防短期入所生活介護計画が変更された場合には、ご利用者、ご家族に対して書面を交付し、内容をご確認の上、同意をいただきます。

18 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、契約締結の日からご利用者の要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了までにご利用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、当施設との契約は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要支援認定によりご本人の心身の状況が自立と判定された場合
- ③当法人が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な損壊等により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者からの中途解約・契約解除の申し出があった場合（下記参照）
- ⑦事業者からの中途解約・契約解除の場合（下記参照）

(1)ご利用者からの中途解約・契約解除

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約の解除を申し出ることができます。

- 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及び重要事項説明書の変更に同意することができない場合
- ②ご利用者が入院された場合

- ③ご利用者の「居宅介護予防サービス計画」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または過失によりご利用者の身体・財物・尊厳等を傷つけ、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
- ⑦他の利用者のご利用者の身体・財物・尊厳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

以下の事項に該当する場合には、契約解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、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、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月遅延し、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
- ③ご利用者が、故意または重大な過失により事業者また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（例：ご利用者・ご家族が、暴力・ハラスメント行為を行った場合は、サービスを中止し状況の改善や理解が得られない場合は解除させていただきます。）

(3)契約の終了に伴う援助

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。

19 個人情報の使用について

当法人および施設の職員は雇用期間中および退職後も、正当な理由なく業務上知り得たご入所者またはご家族の秘密および個人情報を漏らさないことを雇用契約時に誓約しております。

また、当施設では、個人情報保護法、特定個人情報保護法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ダンス」等、関係諸法令に基づき、下記のように定めています。

1. 個人情報の使用目的

介護保険法等の関係法令に基づく、介護サービスを円滑、適切に実施することを目的とします。

2. 個人情報の定義

個人に関する情報で当該情報に含まれる氏名、生年月日等の記述により、特定の個人を識別できるものとします。

3. 個人情報の使用内容

事業所内	<ul style="list-style-type: none"> * 必要な箇所に個人の名前を表示 * 往診時等、配置医師への情報提供 * 介護予防短期入所生活介護計画作成等、居宅介護支援事業者への情報提供
------	--

外部機関	<ul style="list-style-type: none"> * 医療機関、介護サービス事業所との連携・情報提供 * 市町村への申請、事故発生時の報告等 * 審査支払機関へのレセプト提出および照会への回答
共通	<ul style="list-style-type: none"> * 事業所広報関係等の写真掲載（利用者または家族の了承が得られた場合） * 事業所内外で行われる事例検討会、研修会等（外部の場合は入所者または家族の了承が得られた場合） * ボランティア、実習生に対しての利用者氏名、身体状況等の情報提供

4. 個人情報の使用条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のもに漏れることのないよう取扱いには最新の注意を払います。

災害や事故等、緊急に対応が求められる場合、適切なサービスを適用するために使用することがございます。

20 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無、なし

21 その他

1. 事業者は、非常災害等の発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を構築するよう努めます。
2. 事業者の役員及び事業所の管理者その他の従業者は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。次項について同じ。）ではありません。
3. 事業者は、その運営について、暴力団員の支配を受けていません。

本書面に基づき介護予防短期入所生活介護サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

<事業者名> 社会福祉法人 六匠会
<事業所名> 介護予防短期入所生活介護
ショートステイ紬

<住 所> 滋賀県大津市南郷六丁目 1102 番地の 1

<管 理 者> 松川 恵 ㊞

<説 明 者> 職種 _____

氏名 _____ ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から介護予防短期入所生活介護サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

<本 人> 住所 _____

氏名 _____ ㊞

<代 理 人> 住所 _____

氏名 _____ ㊞

電話番号 _____

*本人が署名・押印が困難な場合、代理人の方が代筆されても結構です。