

# 重 要 事 項 説 明 書

(介護予防短期入所生活介護サービス)

(2026年8月1日現在)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第125条(注1)に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 事業者の名称  | 社会福祉法人真誠会       |
| 事業者の所在地 | 鳥取県米子市大崎1511番地1 |
| 法人種別    | 社会福祉法人          |
| 代表者名    | 理事長 前田 浩寿       |
| 電話番号    | (0859) 48-2331  |

## 2 ご利用施設

|              |                                      |
|--------------|--------------------------------------|
| 施設の名称        | 短期入所生活介護事業所 ピースポート                   |
| 施設の所在地       | 鳥取県米子市大崎1511番地1                      |
| 施設長名         | 大東 美佐子                               |
| 電話番号         | (0859) 48-2332                       |
| ファクシミリ番号     | (0859) 48-2277                       |
| 鳥取県知事の事業者の指定 | 指定番号 鳥取県3170200301号 指定年月日 平成12年3月28日 |

## 3 事業者であわせて実施する事業

| 事業の種類    |          | 鳥取県知事の事業者指定 |                | 利用定数 |
|----------|----------|-------------|----------------|------|
|          |          | 指定年月日       | 指定番号           |      |
| 施設       | 介護老人福祉施設 | 平成12年4月1日   | 鳥取県3170200301号 | 74人  |
| 居宅       | 通所介護     | 平成12年3月28日  | 鳥取県3170200442号 | 45人  |
| 居宅介護支援事業 |          | 平成12年3月28日  | 鳥取県3170200475号 | 210人 |

#### 4 事業の目的と運営の方針

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的   | 要支援状態にある者に対し、適正な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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 施設運営の方針 | <p>1 介護予防短期入所生活介護ピースポートの従業者は、利用者が可能な限り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ことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の機能を維持ならびに、利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図れるよう、利用者の立場に立った介護予防短期入所生活介護を提供する。</p> <p>2 介護予防短期入所生活介護の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</p> <p>3 介護予防短期入所生活介護の実施にあたっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。</p> <p>4 利用者の意思及び人格を尊重し、原則として利用者に対しての身体拘束は行わない。</p> |

#### 5 施設の概要

##### (1) 敷地および建物

|    |       |                              |
|----|-------|------------------------------|
| 敷地 |       | 8 5 8 7 . 7 1 m <sup>2</sup> |
| 建物 | 構造    | 鉄筋コンクリート造 3 階建（耐火建築）         |
|    | 延べ床面積 | 3 4 2 6 . 6 7 m <sup>2</sup> |
|    | 利用定員  | 1 6 名                        |

##### (2) 居室（介護老人福祉施設と共用）

| 居室の種類 | 室数    | 面積                       | 1 人あたりの面積                    |
|-------|-------|--------------------------|------------------------------|
| 個室    | 1 2 室 | 1 5 . 7 1 m <sup>2</sup> | 1 5 . 7 1 m <sup>2</sup>     |
| 2 人部屋 | 1 室   | 2 6 . 7 8 m <sup>2</sup> | 1 3 . 3 9 m <sup>2</sup>     |
| 4 人部屋 | 1 9 室 | 4 8 ～ 5 0 m <sup>2</sup> | 1 2 ～ 1 2 . 5 m <sup>2</sup> |

\* 指定基準は、居室 1 人当たり 10.65 m<sup>2</sup>

##### (3) その他主な設備（介護老人福祉施設と共用）

| 設備の種類 | 数    | 面積                         | 1 人あたりの面積            |
|-------|------|----------------------------|----------------------|
| 食堂    | 1 室  | 2 0 3 . 4 7 m <sup>2</sup> | 3 . 1 m <sup>2</sup> |
| 機能訓練室 | 1 室  | 7 4 . 9 2 m <sup>2</sup>   |                      |
| 一般浴室  | 3 室  | 1 4 5 . 8 0 m <sup>2</sup> |                      |
| 機械浴室  | 特殊浴槽 | 1 台                        |                      |
| 医務室   | 1 室  | 1 1 . 5 5 m <sup>2</sup>   |                      |

\* 食堂と機能訓練室を合計した面積の指定基準は、1 人当たり 3 m<sup>2</sup>

## 6 職員配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護老人福祉施設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。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種       | 指定基準   |
|-----------|--------|
| 1 施設長     | 1 名    |
| 2 介護職員    | 27 名以上 |
| 3 生活相談員   | 1 名以上  |
| 4 看護職員    | 3 名以上  |
| 5 機能訓練指導員 | 1 名以上  |
| 6 介護支援専門員 | 1 名    |
| 7 医師      | 必要数    |
| 8 栄養士     | 1 名以上  |

※職員数は、前年度入所者数の平均値により計算しています。

## 7 主な職種の勤務体制

| 職 種     | 勤 務 体 制                                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 医 師     | 内科医が週1回（木曜日）、10：00～16：00まで、<br>内科医が随時、その他必要に応じて対応します。                                 |
| 介護職員    | 標準的な時間帯<br>・早番（8：00～17：00）<br>・日勤（9：00～18：00）<br>・遅番（10：00～19：00）<br>・夜勤（16：30～ 9：30） |
| 看護職員    | ・昼間（9：00～18：00）原則3名体制で勤務します。<br>・夜間、日曜日、祝日については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。                  |
| 機能訓練指導員 | 週6日、9：00～18：00まで勤務します。                                                                |

## 8 営業日およびご利用の予約

|        |                                         |
|--------|-----------------------------------------|
| 営業日    | 年中無休                                    |
| ご予約の方法 | ・ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の1か月前から受け付けております。 |

## 9 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類           | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。(食事時間)</li> </ul> <p>朝食 7 : 3 0 ~ 9 : 0 0<br/>         昼食 1 1 : 3 0 ~ 1 3 : 0 0<br/>         夕食 1 7 : 3 0 ~ 1 9 : 0 0</p> |
| 口腔ケア          | ・ご利用者の状況に応じて、毎日適切な口腔ケアをおこないます。                                                                                                                                                                                                                               |
| 排 泄           | ・利用者の状況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も適切な援助を行います。                                                                                                                                                                                                               |
| 入 浴           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通じて週2回以上の入浴または清拭を行います。</li> <li>・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。</li> </ul>                                                                                                                                       |
| 離床、着替え<br>整容等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。</li> <li>・シーツ交換は、週1回以上実施します。</li> </ul>                                                                                                          |
| 機能訓練          | ・機能訓練指導員（看護師が兼務）による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。                                                                                                                                                                                                   |
| 健康管理          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医師により、診察日を設けて健康管理に努めます。</li> <li>・また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。</li> <li>・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。</li> </ul>                                                                           |
| 相談及び援助        | ・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。                                                                                                                                                                                                 |
| 社会生活上の<br>便宜  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。</li> <li>・クラブ活動（お茶、書道、俳句）</li> </ul>                                                                                                                  |

### (2) 介護保険給付外サービス

| 種 類     | 内 容                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------|
| 特別な送迎   | ・当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎をご希望の方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。 |
| 食材の提供   | ・栄養士による食材の検収により、新鮮な食材を提供します。                            |
| 理美容サービス | ・随時希望の方は美容師の出張による美容サービスをご利用いただけます。                      |

## 10 利用料

### (1) 法定給付

介護保険給付費の自己負担額は、介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額となります。

(例えば、自己負担割合が2割の場合の自己負担額は、1割の場合の概ね2倍の金額に、3割の場合は1割の場合の概ね3倍の金額になります。)

### 併設型介護予防短期入所生活介護サービス費

(円)

| 介護度         | 要支援1 | 要支援2 |
|-------------|------|------|
| 1割自己負担額(日額) | 451  | 561  |

### 併設型介護予防短期入所生活介護サービス費

(連続31日以上短期入所生活介護を行った場合) (円)

| 介護度         | 要支援1 | 要支援2 |
|-------------|------|------|
| 1割自己負担額(日額) | 442  | 548  |

### 《加算項目》

| 加算項目               | 自己負担額           | 内 容                                                                                                         |
|--------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | 1割              |                                                                                                             |
| 身体拘束廃止<br>未実施減算    | 所定単位数×1<br>/100 | 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、減算します。                                                                                |
| 高齢者虐待防止<br>措置未実施減算 | 所定単位数×1<br>/100 | 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は所定単位数から減算します。                                                                          |
| 業務継続計画<br>未策定減算    | 所定単位数×1<br>/100 | 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は所定単位数から減算します。                                                                          |
| 生活機能向上<br>連携加算     |                 | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして鳥取県知事に届け出た指定介護予防短期入所生活介護事業所において、外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に算定します |
|                    | 100円/月          | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)<br>3月に一度を限度とし、個別機能訓練加算を算定している場合は算定しない。                                                        |
|                    | 200円/月          | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)<br>個別機能訓練加算を算定している場合は1月につき100単位とする。                                                           |
| 機能訓練体制加算           | 12円/日           | 常勤の機能訓練指導員を配置している鳥取県知事に届け出た施設は1日につき所定単位を算定します。                                                              |
| 個別機能訓練加算           | 56円/日           | 厚生労働大臣が定める基準に適合している指定介護予防短期入所生活介護の利用者に対して機能訓練を行っている場合に算定します。                                                |

|                          |                           |                                                                                                                                         |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口腔連携強化<br>加算             | 50 円/回                    | 口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価結果の情報提供を行ったとき、1 月に 1 回を限り算定します。                                                    |
| 療養食加算                    | 8 円/回                     | 厚生労働大臣が定める療養食において、医師の指示に基づき療養食を提供した場合に 1 日につき 3 回を限度として算定します。                                                                           |
| 認知症専門ケア<br>加算            |                           | 日常生活に支障をきた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に対して専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。                                                              |
|                          | 3 円/日                     | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）                                                                                                                            |
|                          | 4 円/日                     | 認知症専門ケア加算（Ⅱ）                                                                                                                            |
| 生産性向上推進<br>体制加算          | 100 円/月                   | 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）                                                                                                                          |
|                          | 10 円/月                    | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）                                                                                                                          |
| 送迎加算                     | 184 円/片道                  | 利用者の心身の状況、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対し、その居宅と事業所との間の送迎を行う場合片道につき当該単位を算定いたします。                                                       |
| 認知症行動<br>・心理症状<br>緊急対応加算 | 200 円/日<br>(入所日から 7 日を上限) | 認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービスによる緊急受入を行った場合、所定単位数を算定します。                                 |
| 若年性認知症利<br>用者受入加算        | 120 円/日                   | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして鳥取県知事に届け出た場合に、若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、短期入所系サービスにおいて、若年性認知症患者を受入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する場合に所定単位数を算定します。 |
| サービス提供体<br>制強化加算         |                           | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして鳥取県知事に届け出た介護予防短期入所生活介護施設がご利用者に対し、介護予防短期入所生活介護サービスを行った場合に算定します。                                                  |
|                          | 22 円/日                    | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）<br>介護福祉士が 80 % 以上配置または、勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 35 % 以上配置されていること。                                                             |
|                          | 18 円/日                    | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）<br>介護福祉士が 60 % 以上配置されていること。                                                                                             |
|                          | 6 円/日                     | サービス提供体制強化加算（Ⅲ）<br>介護福祉士が 50 % 以上配置または、常勤職員が 75 % 以上または勤続年数 7 年以上の介護福祉士が 30 % 以上配置されていること。                                              |

|             |                   |                                                                                                          |
|-------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護職員等処遇改善加算 |                   | 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た介護予防短期入所生活介護施設がご利用者に対し介護予防短期入所生活介護サービスを行った場合に算定します。 |
|             | 単位数×<br>163/1,000 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ                                                                                          |
|             | 単位数×<br>176/1,000 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ                                                                                          |
|             | 単位数×<br>159/1,000 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ                                                                                          |
|             | 単位数×<br>172/1,000 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ                                                                                          |
|             | 単位数×<br>136/1,000 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)                                                                                           |
|             | 単位数×<br>113/1,000 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)                                                                                           |

## (2) 法定外給付

| 利 用 者 負 担 段 階 |                                                      | 居住費等の負担限度額 |      | 食費の<br>負担限度額 |
|---------------|------------------------------------------------------|------------|------|--------------|
|               |                                                      | 従来型個室      | 多床室  |              |
| 第1段階          | 本人及び世帯全員が住民税非課税であって、老齢福祉年金受給者、生活保護受給者                | 380円       | 0円   | 300円         |
| 第2段階          | 本人及び世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額+課税年金収入額が82.65万円以下の方       | 480円       | 430円 | 600円         |
| 第3段階<br>①     | 本人及び世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額+課税年金収入額が82.65万円超120万円以下の方 | 880円       | 430円 | 1,030円       |
| 第3段階<br>②     | 本人及び世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額+課税年金収入額が120万円超の方          | 980円       | 530円 | 1,360円       |
| 第4段階          | 上記に該当しない方                                            | 1,231円     | 915円 | 1,850円       |

|             |                                                                                                                                                                    |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日常生活用品費     | 日額 250円 (教養娯楽費等)                                                                                                                                                   |
| 衣 類 の 提 供 費 | <p>ご利用期間中の衣類は、施設で提供いたします。</p> <p>1日：50円 (税別)</p> <p>※1泊2日の場合：100円 (税別)</p> <p>ご利用中に提供衣類が汚れた場合は、何度でも無料で交換します。<br/>(提供物品)</p> <p>・シャツ、ズボン、肌着、靴下 (春夏用、秋冬用をご準備します)</p> |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | <p><b>【衣類の提供サービスにおける注意事項】</b></p> <p>ご利用者には、下記の物をご準備いただく必要があります。</p> <p>①歯ブラシ、コップ（ご家庭で使用されているもので結構です）</p> <p>②義歯、補聴器、眼鏡、杖、車いす、歩行器、お薬（利用期間分）等</p> <p>※ご利用者にご準備いただくもの以外に持参されました物品につきましては、紛失されても当施設では責任を負いかねますのでご了承ください。</p> <p>貴重品（現金、通帳、カード類、貴金属など）はお持ちにならないでください。</p> |
| クラブ活動費                | 材料代等の実費                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 死亡時に要する費用<br>(税別)     | <p>・死後の処置、援助費用及び材料費等（エンゼルケア）：5,000円</p> <p>・死亡診断書（1通につき）：2,000円</p> <p>・ねまき代（1式）：3,334円</p>                                                                                                                                                                           |
| 電気器具<br>使用電気料<br>(税別) | <p>テレビ、電気毛布、電気アンカ等の電気製品を持込まれた方には、電気代の負担をしていただきます。</p> <p>○テレビ、電気毛布等 ○1品目1日当たり 30円</p> <p>※冷蔵庫の持ち込みは、お断りします。</p>                                                                                                                                                       |
| 理美容費                  | <p>・カット 2,000円</p> <p>・顔そり 1,000円</p>                                                                                                                                                                                                                                 |
| 交通費<br>(税別)           | <p>○通常の実施区域（米子市、境港市）を超えて入退所に係るサービスを行う場合</p> <p>100円（片道5km以内）</p> <p>200円（片道10km以内）</p> <p>300円（片道15km以内）以降5kmごとに100円増</p> <p>○通院、買い物等のサービスを行う場合（利用者の希望による）</p> <p>100円（事業所から片道5km以内）</p> <p>200円（事業所から片道10km以内）</p> <p>300円（事業所から片道15km以内）以降5kmごとに100円増</p>           |
| 金銭管理                  | 原則として取り扱いをいたしません。ただし、特別の事情がある場合には、別に定める「預り金等管理及び取り扱い要領」に基づいて対応します。管理する金銭の限度額 10万円以内                                                                                                                                                                                   |
| その他                   | サービス提供の他、日常生活上の便宜の実費                                                                                                                                                                                                                                                  |

## ◎ 基本的な利用料金の計算方法

### 1日の利用料金

＝短期入所サービス費＋食費＋居住費＋日常生活品費＋衣類提供費＋その他

（その他は、理美容代などです。）

- ・利用者にお支払いをいただく基本的な1日当たりの利用料金（第4段階の例示）

1割負担

（多床室をご利用の場合）

（円）

| 介 護 度 | サービス利用料   | 食 費                                | 居住費   | 日常生活品費 | 日 額      |
|-------|-----------|------------------------------------|-------|--------|----------|
| 要支援 1 | 4 5 1 / 日 | 1,850/日<br>朝 500<br>昼 700<br>夕 650 | 915/日 | 250/日  | 3, 4 6 6 |
| 要支援 2 | 5 6 1 / 日 |                                    |       |        | 3, 5 7 6 |

(個室をご利用の場合)

(円)

| 介 護 度 | サービス利用料   | 食 費                                | 居住費     | 日常生活品費 | 日 額      |
|-------|-----------|------------------------------------|---------|--------|----------|
| 要支援 1 | 4 5 1 / 日 | 1,850/日<br>朝 500<br>昼 700<br>夕 650 | 1,231/日 | 250/日  | 3, 7 8 2 |
| 要支援 2 | 5 6 1 / 日 |                                    |         |        | 3, 8 9 2 |

※ 記以外に各種加算項目（送迎等）の費用がかかる場合があります。

※ 所得に応じて食費、居住費の自己負担の軽減制度が適用されます。

## 1 1 利用料お支払い方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いをお願いいたします。

(1) 当施設の提携金融機関より自動口座引落としによるお支払い。

【提携金融機関】 < ( ) は手数料 (税別) >

山陰合同銀行 (50 円)、鳥取銀行 (50 円)、ゆうちょ銀行 (10 円)、  
米子信用金庫 (50 円)、鳥取西部農業協同組合 (20 円)、  
島根銀行 (50 円)

(2) 当施設指定口座へお振込みによるお支払い。

【指定口座】

金融機関名 山陰合同銀行 米子支店

口座番号 普通口座 3 7 1 1 9 8 8

口座名 社会福祉法人 真誠会 特別養護老人ホーム ピースポート  
理事長 前田 浩寿

(3) 施設窓口での現金によるお支払い。

## 1 2 施設見学等の対応

事業者は、施設見学、施設での介護実習、ボランティア等、外部の者の受入れを行う場合には、あらかじめ同意をいただきます。

## 1 3 キャンセル料

|        |        |
|--------|--------|
| キャンセル日 | キャンセル料 |
|--------|--------|

|     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| 当 日 | サービス利用料の（日額）の全額                       |
| 前 日 | 9時以降18時まで（無料）<br>18時以後 サービス利用料（日額）の一部 |

#### 1.4 サービス利用における禁止行為について

##### 1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

|                                     |                                |                     |
|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 例：■コップを投げつける<br>■蹴られる<br>■手を払いのけられる | ■叩かれる<br>■手を引っかく、つねる<br>■首を絞める | ■唾をはく<br>■服を引きちぎられる |
|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------|

##### 2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 例：■大声を発する<br>■サービスの状況を覗き見する<br>■怒鳴る<br>■気に入った職員以外に批判的な言動をする<br>■威圧的な態度で文句を言い続ける<br>■刃物をちらつかせる<br>■「この程度出来て当然」と理不尽なサービスを要求する<br>■利用者の親族等が「自分の食事も作れ」と強要する | ■家族等が利用者の発言を鵜呑みにし、理不尽な要求をする<br>■訪問時不在時に書置きを残すと「予定通りサービスがなされていない」と謝罪を要求する<br>■「たくさん保険料を支払っている」とサービスを強要する。又は断ると文句を言う<br>■利用料金の数ヶ月滞納<br>■特定の職員にいやがらせをする。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

##### 3) セクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為。

|                                                                     |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 例：■必要もなく手や腕を触る<br>■抱きしめる<br>■女性のヌード写真を見せる<br>■入浴介助中、あからさまに性的な話しをする。 | ■卑猥な言動を繰り返す<br>■サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる<br>■サービス提供中の職員の服の中に手を入れる。 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

#### 1.5 苦情等申立先

|           |       |           |
|-----------|-------|-----------|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者 | 生活相談員     |
|           | ご利用時間 | 午前9時～午後6時 |

|                                                                                                                                             |       |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                             | ご利用方法 | 電話 (0859) 48-2332<br>面接場所 相談室<br>苦情箱 (玄関ホール及びピースポート内) |
| 米子市長寿社会課                                                                                                                                    | ご利用時間 | 平日 午前9時00分～午後5時00分                                    |
|                                                                                                                                             | ご利用方法 | 電話 (0859) 23-5156                                     |
|                                                                                                                                             | 場所    | 米子市加茂町1丁目1<br>米子市役所福祉保健部                              |
| 境港市長寿社会課                                                                                                                                    | ご利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分                                    |
|                                                                                                                                             | ご利用方法 | 電話 (0859) 47-1038                                     |
|                                                                                                                                             | 場所    | 境港市上道町3000番地                                          |
| 鳥取県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情処理委員会<br>介護サービス担当                                                                                                 | ご利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分                                    |
|                                                                                                                                             | ご利用方法 | 電話 (0857) 20-2100                                     |
|                                                                                                                                             | 場所    | 鳥取市立川町6丁目176                                          |
| 事業者は、利用者及びその家族からの苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録します。また、市町村又は国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合において、市町村又は国民健康保険団体連合会から求めがあったときは、改善内容を市町村又は国民健康保険団体連合会に報告します。 |       |                                                       |

## 16 協力医療機関

|         |                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 真誠会 真誠会セントラルクリニック                                           |
| 院長      | 春日 正隆                                                            |
| 所在地     | 鳥取県米子市河崎580                                                      |
| 電話番号    | (0859) 29-0099                                                   |
| 診療科     | 内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・麻酔科・眼科<br>整形外科・リハビリテーション科・脳神経内科                |
| 救急指定の有無 | 有                                                                |
| 契約の概要   | 当施設は入所者に病状の急変があった場合、直ちに医療法人真誠会医院に連絡し、当医院はこれに応じ適切な措置及び入院の受け入れを行う。 |

## 17 協力歯科医療機関

|           |                |
|-----------|----------------|
| 歯科医療機関の名称 | 米子オレンジ歯科医院     |
| 所在地       | 鳥取県米子市安倍97番地5  |
| 電話番号      | (0859) 57-9123 |

## 18 非常災害時の対策

|         |                                                          |     |      |     |
|---------|----------------------------------------------------------|-----|------|-----|
| 非常時の対応  | 別途定める「消防計画」に基づき対応します。                                    |     |      |     |
| 平常時の訓練等 | 別に定める「消防計画」に基づき、夜間及び昼間を想定した避難訓練を合わせて年2回、利用者の方も参加して実施します。 |     |      |     |
|         | 設備名称                                                     | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |

|           |                                 |        |           |      |
|-----------|---------------------------------|--------|-----------|------|
| 防 災 設 備   | スプリンクラー                         | あり     | 防火扉・シャッター | 4 個所 |
|           | 非難階段                            | 2 個所   | 屋内消火栓     | あり   |
|           | 自動火災報知機                         | あり     | 非常通報装置    | あり   |
|           | 誘導灯                             | 4 2 個所 | 漏電火災報知機   | あり   |
|           | ガス漏れ報知機                         | あり     | 非常用電源     | あり   |
|           | 防煙性能のあるカーテン、防災性能のある布団等を使用しています。 |        |           |      |
| 消 防 計 画 等 | 防火管理者：長山 誠司                     |        |           |      |

## 1 9 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|             |                                                                               |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | 来訪者は、面会時間（9：00～21：00）を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず看護師長に申し出て許可を得てください。 |
| 外出・外泊       | 外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。                                               |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、損害賠償していただくことがございます。           |
| 喫 煙         | 喫煙は決められた場所以外ではお断りしています。                                                       |
| 迷惑行為等       | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。                    |
| 所持品の管理      | 取り扱いませんので各自保管、管理をお願いします。                                                      |
| 宗教活動・政治活動   | 施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。                                             |

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）から  
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

利用者                      住所                      \_\_\_\_\_

氏名                      \_\_\_\_\_ ⑩

署名代理人                      住所                      \_\_\_\_\_

氏名                      \_\_\_\_\_ ⑩

署名を代行した理由

身元引受人                      住所                      \_\_\_\_\_

氏名                      \_\_\_\_\_ ⑩

続柄                      \_\_\_\_\_

## 個人情報の取り扱いについて

平成 17 年 4 月から施行された「個人情報保護法」に従い、当施設・事業所では個人情報の取り扱いに規定を制定し、また監査体制を強化しております。また、外部委託機関との間におきましても個人情報保護を契約条項で規定しております。

つきましては医療・介護サービスを安全・確実にご提供するために、同法に基づく「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ドライン」（厚生労働省発行）に従い、当施設・事業所のご利用の皆様方の個人情報の取り扱いについて以下の点をご了承下さいますようお願い致します。

（個々の利用者への医療・介護サービス提供に必要な利用を目的とするもの）

### 医療法人・社会福祉法人真誠会 真誠会 真誠会ネットワークシステム内部での利用

- おひとりおひとりの患者様、ご利用者の方への医療の安全・確実な提供のために利用させていただきます。…医療・介護サービスの提供のために処方箋や指示書・伝票または検体などは個人情報が記載されますが、その取り扱いや破棄に関しては規定を作成した上で、十分に留意いたします。
- 医療・介護保険事務や病棟管理・会計・経理・医療安全対策・サービス向上活動に利用させていただきます。
- 医療・介護・福祉・保健分野で真誠会グループ内でのサービスを円滑にご利用いただけますよう、各施設間で情報を共有いたします。

### 他の事業者や本人以外への情報提供

- 治療やお世話を行う上で他の病院、診療所、施設、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者との円滑な連携のために当該患者様・ご利用者様の情報を交換致します。
- 他の医療機関・介護サービス事業所等から当該患者様・ご利用者様への医療・介護サービスの提供のために照会があった場合には回答いたします。
- より適切な診療を行う上で、外部の医師等の意見・助言が必要な場合に情報の収集あるいは提供に利用いたします。
- 検体検査業務の委託などの場合、誤認防止のために情報を利用いたします。
- 医療・介護保険事務のうち、一部保険業務への委託先へ、また審査支払機関へのレセプト提出や同機関からの照会に対する回答に利用します。
- 事業者から委託を受けて健康診断等を行った場合には、業者へのその結果を通知いたします。
- 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出に利用することがあります。

（上記以外の利用目的）

医療法人・社会福祉法人真誠会 真誠会ネットワークシステム内部での利用に係る事例

- 医療・介護・福祉・保健サービスや業務の維持・改善のために基礎資料として利用させていただきます。
- 内部で行われる学生実習への協力は事例検討の際に利用させていただくことがあります。

他の事業者への情報提供を行う事例

- 当施設・事業所の管理営業業務のうち、外部監査機関へ情報を提供する場合があります。

学会発表や学術誌発表などの研究に関して

- 医療・介護・福祉の専門性の進歩のために匿名化したうえで利用させていただくことがあります。  
この際、事例の内容から十分な匿名化が困難な場合は、その利用については原則としてご本人の同意を得ます。

個人情報の第三者提供に関して

- 個人情報保護法に基づき、法令に基づく場合、生命、身体、財産保護、公衆衛生の向上、児童の健康育成、国等の公共団体からの協力依頼の場合には例外として、ご本人の同意を得ることなく利用する場合があります。

以上につきまして、不明な点や異議がある場合には、遠慮なく下記対応窓口（→各事業所責任者）へお申し付け下さい。なお、本人の個人情報はお申し出により開示させていただきます。記録の開示にかんしては別途開示規定に従わせて頂きます。また、以上の点に同意されなくとも、なんら不利益は生じません。さらに、同意および留保はお申し出により、いつでも変更することが可能です。

対応窓口 : 各事業所責任者・相談員

平成 29 年 7 月

医療法人・社会福祉法人真誠会 理事長

# 重要事項説明書

社会福祉法人 真誠会

介護予防 短期入所生活介護 ピースポート