指定短期入所生活介護　桜町聖ヨハネホーム　重要事項説明書

＜令和８年８月１日　現在＞

指定短期入所生活介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

１　事業の目的と運営方針

社会福祉法人聖ヨハネ会（以下「事業者」という。」が開設する指定短期入所生活介護桜町聖ヨハネホーム（以下「事業所」という。）は、介護保険法令に従い、事業所の従業者等（以下「従業者」という。）要介護状態にある利用者に対し、意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定短期入所生活介護サービスを提供することにより、利用者の心身の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ことを目的とします。

２　当施設が提供するサービスについての相談窓口

ご利用時間：月～金曜日　９時００分～１７時００分

ご連絡先　　電話番号　０４２-３８１-１２３４　メール：home@seiyohaenekai.or.jp

担当　　生活相談員　倉田　了輔・橋本　摩弥

※　ご不明な点は、何でもお問合せください。

３　法人の概要

事業者（法人）	社会福祉法人　聖ヨハネ会
所在地	〒184-0005　東京都小金井市桜町１丁目１３番地２２号
代表者	理事長　西田　和子
設立年月日	昭和２６年４月１１日
電話番号	０４２-３８４-４４０３

４　桜町聖ヨハネホームの概要

(1) サービス種類

施設名	桜町聖ヨハネホーム
指定番号	1374100079
所在地	〒184-0005　東京都小金井市桜町１丁目２番地２４号
施設長	山田　建
開設年月日	昭和６１年４月１日
電話番号	０４２－３８１-１２３４
ＦＡＸ番号	０４２－３８１-１２１９
メールアドレス	home@seiyohaenekai.or.jp

(2) 設備の概要

居室	３室　　従来型個室（１人部屋）　　４室 ２人部屋　　１室 従来型多床室（４人部屋）　３５室

静養室	１室　　居室で静養する事が一時的に困難な入所者が使用できる静養室を設けます。
食堂	１室　　入所者の全員が使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、入所者が使用しやすい適切な備品類を設けます。
浴室	３室　　一般浴槽、チェア入浴装置、特殊浴槽。
便所	１室　　入所者が使用しやすい適切な便所を設けます。
医務室	１室　　入所者を診療するために必要な設備及び備品を備えます。
機能訓練室	１室　　入所者が使用できる充分な広さを持つ機能訓練室を設けます。
面談室	１室　　相談などを行えます。
その他	以下の設備を設けています。 ・教養娯楽室　・介護職員室　・調理室　・洗濯室　・汚物処理室 ・介護材料室　・談話スペース　・

※ 短期入所生活介護専用　　４床

(3) 施設の従業者体制

職種	職務の内容	員数
施設長	業務の一元的な管理	１名
医師	入所者の健康管理及び療養上の指導	１名以上
生活相談員	入所者・家族への相談援助、地域との連絡調整	２名以上
介護職員	介護業務	36名以上
看護職員	健康管理・口腔衛生・保健衛生管理	４名以上
管理栄養士又は栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導	１名以上
機能訓練指導員	機能訓練等の指示・助言	１名以上
介護支援専門員	施設サービス計画の作成・実施	１名以上
設備管理	施設設備の管理	1名以上
事務員	庶務及び会計事務業務	必要数
調理員	調理、給食業務	必要数
その他の従業者	その他の業務	必要数

(4) 営業日と定員

営業日	月曜日から日曜日まで
定員	併設型４名・空床利用型５名

4　サービスの概要

(1)　介護保険給付対象サービス

次のサービスについては、居住費・食費を除き、通常9割（～7割）が介護保険から給付されます。「5　利用料等」をご確認ください。

①　短期入所生活介護計画の作成

利用期間が連続して４日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者又は代理人に説明し同意を得ます。短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。利用期間が４日間未満の利用者にあっても、利用者を担当する居宅介護支援事業所等と連携をとること等により、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の短期入所生活介護計画を作成した利用者に準じて、必要な介護及び機能訓練等の援助を行います。

②　介護

利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、利用者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行います。

ア　適切な方法により、一週間に２回以上、入浴又は清拭を行います。

イ　適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行います。

ウ　おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えます。

エ　離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行います。

オ　常時１人以上の介護職員を介護に従事させます。

カ　利用者の負担により、従業者以外の者による介護を受けさせることはありません。

③　食事

栄養並びに利用者の身体状況・嗜好を考慮した食事の提供を、適切な時間に行います。また、利用者の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂等で食事を摂ることを支援します。身体の状況によって召し上がりやすいように、常食、きざみ食、ミキサー食、ゼリー食、流動食、また医師の指示により病状にあった治療食も用意いたします。原則として２階食堂または各階のデルームでおとりいただきますが、心身の状況に適した食事の介助のため、これによらないことがあります。

ア　朝食　　７：００　～　　９：００

イ　昼食　１２：００　～　１４：００

ウ　夕食　１７：００　～　１９：００

④　機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身の状況等に応じて、日常生活を営む上で必要な生活機能の改善又は維持するための機能訓練を実施します。

⑤　健康管理

医師及び看護職員により、日常の健康相談や定期的な血圧・体重測定など、常に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行います。短期入所生活介護の初日に簡単な健康チェックを行います。急な体調不良や転倒など、病院での治療が必要と判断した場合には、ご家族にご連絡してかかりつけ医などの受診をしていただき、ショートステイ利用の継続について、判断していただきます。隣接している桜町病院への受診については緊急時など、必要に応じて、支援させていただきます。

⑥　相談及び援助

常に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、利用者又はご家族に対して、そ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。

５　利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下の通りです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。ただし、支払方法が償還払いになる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。その場合、お支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口に提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1)　基本部分　＊　表は 1 単位 10.00 円の場合です。実際には 3 級地の地域加算 10.83 が加 算されます。

			単位数/日（1単位10円）	費用額/日〈10割〉	利用者負担額/日			連続61日以上利用の場合 単位数/日
					1割	2割	3割	
併設型	併設型 短期入所生活介護費（Ⅰ）（従来型個室）	要支援１	451単位	4,510円	451円	902円	1,353円	421単位
		要支援２	561単位	5,610円	561円	1,122円	1,683円	531単位
		要介護１	603単位	6,030円	603円	1,206円	1,809円	573単位
		要介護２	672単位	6,720円	672円	1,344円	2,016円	642単位
		要介護３	745単位	7,450円	745円	1,490円	2,235円	715単位
		要介護４	815単位	8,150円	815円	1,630円	2,445円	785単位
		要介護５	884単位	8,840円	884円	1,768円	2,652円	854単位
	併設型 短期入所生活介護費（Ⅱ）（多床室）	要支援１	451単位	4,510円	451円	902円	1,353円	421単位
		要支援２	561単位	5,610円	561円	1,122円	1,683円	531単位
		要介護１	603単位	6,030円	603円	1,206円	1,809円	573単位
		要介護２	672単位	6,720円	672円	1,344円	2,016円	642単位
		要介護３	745単位	7,450円	745円	1,490円	2,235円	715単位
		要介護４	815単位	8,150円	815円	1,630円	2,445円	785単位
		要介護５	884単位	8,840円	884円	1,768円	2,652円	854単位

(2)　加算・減算

介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者負担額を変更します。上記基本サービス費のほかに、下記加算が発生した場合は自己負担額に追加されます。また下記表の単価に3級地の地域加算として10.83が加算されます。

【加算・減算名】		単位数	費用額〈10 割〉	利用者負担額		
				1割	2割	3割
①　夜間勤務条件基準を満たさない場合の減算		所定単位の３％減				
②　定員超過又は職員欠如に該当する場合の減算		所定単位の 30%減				
③　身体拘束廃止未実施減算		所定単位の１％減				
④　高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位の１％減				
⑤　業務継続計画未策定減算		所定単位の１％減				
⑥　専従の機能訓練指導員を配置している場合（機能訓練体制加算）		12 単位/日	120 円	12 円	24 円	36 円
⑦　個別機能訓練加算		56 単位/日	560 円	56 円	112 円	168 円
⑧　看護体制加算	（Ⅰ）	4 単位/日	40 円	4 円	8 円	12 円
	（Ⅱ）	8 単位/日	80 円	8 円	16 円	24 円
⑨　看取り連携体制加算		64 単位/日	640 円	64 円	128 円	192 円
⑩　夜勤職員配置加算	（Ⅰ）	13 単位/日	130 円	13 円	26 円	39 円
	（Ⅱ）	18 単位/日	180 円	18 円	36 円	54 円
	（Ⅲ）	15 単位/日	150 円	15 円	30 円	45 円
	（Ⅳ）	20 単位/日	200 円	20 円	40 円	60 円
⑪　若年性認知症利用者受入加算		120 単位/日	1,200 円	120 円	240 円	360 円
⑫　利用者に対して送迎を行う場合（送迎加算）		184 単位/片道	1,840 円	184 円	368 円	552 円

		につき				
⑬ 緊急短期入所受入加算		90 単位/日	900 円	90 円	180 円	270 円
⑭ 長期利用者に対して短期入所生活介護費を提供する場合（長期利用減算）		-30 単位/日	-300 円	-30 円	-60 円	-90 円
⑮ 療養食加算		8 単位/回	80 円	8 円	16 円	24 円
⑯ サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	22 単位/日	220 円	22 円	44 円	66 円
	（Ⅱ）	18 単位/日	180 円	18 円	36 円	54 円
	（Ⅲ）	6 単位/日	60 円	6 円	12 円	18 円
⑰ 生産性向上推進体制加算	（Ⅰ）	100 単位/月	1,000 円	100 円	200 円	300 円
	（Ⅱ）	10 単位/月	100 円	10 円	20 円	30 円
⑱ 介護職員等処遇改善加算	（Ⅰ）	1 月につき所定単位数の 17.6%増				

① 夜勤職員の勤務条件が基準を満たさない場合の減算
人員基準上満たすべき夜勤職員の員数を下回る配置を行った場合に一定割合を減算

② 定員超過又は職員欠如に該当する場合の減算
事業所の利用定員を上回る利用者の利用又は事業所の看護職員及び介護職員の人員基準上満たすべき員数を下回っている場合に一定割合を減算

③ 身体拘束廃止未実施減算　※新設
身体拘束等の適正化を図るための措置＊が講じられていない場合

＊身体拘束等の適正化を図るための措置
・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催すると共に、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること
・身体拘束等の適正化のための指針を整備すること
・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること

④ 高齢者虐待防止措置未実施減算
虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合

⑤ 業務継続計画未策定減算
感染症や非常災害の発生時において業務継続計画（利用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の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画）を策定していない、又は業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合

⑥ 専従の機能訓練指導員を配置している場合（機能訓練体制加算）
常勤専従の機能訓練指導員を１名以上配置している場合。

⑦ 個別機能訓練加算
機能訓練指導員により個別機能訓練計画を実施した場合

⑧ 看護体制加算
常勤の看護師配置と、一定以上の看護師配置をしている場合

⑨ 看取り連携体制加算

看護体制加算を算定した上で、事業所で看取りを行う体制を整えている場合

⑩ 夜勤職員配置加算

夜勤を行う職員配置基準を超えて職員配置

⑪ 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症患者の特性やニーズに対応したサービス提供を行った場合

⑫ 利用者に対して送迎を行う場合（送迎加算）

利用者自宅と事業所間の送迎を行う場合

⑬ 緊急短期入所受入加算

居宅サービス計画において計画されていない緊急的な受け入れを行った場合

⑭ 長期利用者に対して短期入所生活介護費を提供する場合（長期利用減算）

連続 30 日を超えて同一の短期入所生活介護事業所を利用している場合

⑮ 療養食加算

療養食の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されており、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の療養食の提供が行われている場合

⑯ サービス提供体制強化加算

介護福祉士の資格者等、経験豊富な職員を一定の割合配置している場合

⑰ 生産性向上推進体制加算　※新設

介護ロボットや ICT 等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行う場合

⑱ 介護職員等処遇改善加算

介護職員のキャリアアップの仕組みを作ったり、職場環境の改善を行ったりした施設に対して支給される

(2)その他費用

施設は利用者又は代理人との合意に基づき、以下の介護保険給付対象外サービスを提供するものとします。

① 食事の提供に要する費用

ア 基本料金　1 日当たり　1,950円

（朝　500円、昼　750円、夕　700円）

イ 入所・退所時等における食費の負担額

入所・退所の日においては、実際に摂った食事ごとの料金とします。ただし、その額がアに定める額を下回った場合はその額とします。なお、終日利用する場合には、特別な場合を除いて実際に摂った食数にかかわらず 1 日の額とします（全ての食事を摂らない場合を除く。）

② その他の費用

項　　目	負　担　金	内　　容
電気代	30円/日	持ち込みの電化製品（TV、PC、CDプレーヤー等）
レクリエーション費	実　費	サークル活動および季節にあった行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがあ

		ります。
医療費	実　費	医療機関受診代、お薬代、インフルエンザ予防接種代等
日用品費	実　費	別表にて記載
理美容代	実　費	月に２～３回程度、理容サービスを実施しております。料金はA理髪カットのみ¥2,500、B理髪カット¥3,240　他、カラー・パーマー等　応相談
本人が希望する嗜好品	実　費	
領収書再発行	1,000円	

③　キャンセル料

計画に位置づけられた利用日を中止した場合には、次のキャンセル料を申し受けます。

・利用前日までに利用中止のご連絡を頂いた場合　無料

・利用当日に利用中止のご連絡を頂いた場合（連絡のない場合を含む）　1,950円

〈居住費(滞在費)・食費の負担軽減(負担限度額認定)〉

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、市町村へ申請をすることにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費(滞在費)・食費の負担が軽減される場合があります。なお、居住費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。

（日額）

対象者			区分 利用者負担	居　住　費		食　費
所得　※非課税年金含む		預貯金額 (夫婦の場合)		多床室	従来型個室	
生活保護受給の方		要件なし	段階１	0円	380円	300円
世帯全員が市町村民税非課税	老年福祉年金受給の方	1,000万円以下 （2,000万円以下）				
	本人年金収入等82.65万円以下の方	650万円以下 （1,650万円以下）	段階２	430円	480円	600円
	本人年金収入等が82.65万円超120万円以下	550万円以下 （1,550万円以下）	段階３①	430円	880円	1,030円
	本人年金収入等が120万円超	500万円以下 （1,500万円以下）	段階３②	530円	980円	1,360円
世帯に課税の方がいるか、本人が市町村民税課税			段階４	915円	1,231円	1,950円

(4)　社会福祉法人による利用者負担額軽減制度

市町村民税世帯非課税者であって、次の要件に全て該当する場合には、短期入所生活介護費、滞在費及び食費の４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１）が減額されます。ただし、生活保護受給者は軽減の対象者となれません。適用を受けるには市区町村の発行する「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証」の提出が必要となります。

①　年間収入が単身世帯で１５０万円、世帯員が１人増えるごとに５０万円を加算した額以下であること

②　預貯金などの額が単身世帯で３５０万円、世帯員１人増えるごとに１００万円を加算した額以下であること

③　日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと

④　負担能力のある親族等に扶養されていないこと
⑤　介護保険料を滞納していないこと

6　利用料金のお支払方法

利用料は、１月ごとに計算し、翌月の15日までに請求いたしますので、請求された月の27日までに、次のいずれかの方法でお支払いをお願いします。

①　利用者又は代理人の銀行口座からの自動引き落とし
②　指定口座への現金振込み

7　サービスの中止、変更、追加

①　利用予定日の前に、利用者又は代理人の都合により、指定短期入所生活介護の利用を中止、変更、又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の前日までに事業所に申し出てください。
②　利用予定日の前日までに申し出が無く、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、６利用料等の（3）③に記載の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、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。
③　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利用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。
④　利用者の体調面の変化や急な状態変化、特段の配慮等が必要な状況によりサービスの提供が困難な場合には、利用者又は代理人、担当者等と協議の上、サービス提供を中止させていただくことがあります。

8　代理人等について

(1)　事業所では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。
①　代理人は、利用者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
②　代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業所と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。
③　連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。
(2)　代理人の職務は、次の通りとします。
①　利用者に代わって又は利用者とともに、契約書第４条に定める同意又は要請、同第８条３項、第10条３項、第20条１項、第21条１項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他利用者を代理して行う意思表示、事業所の意思表示や報告・通知の受領、事業所との協議等を行うこと。
②　利用者を代理して、又は利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。
(3)　連帯保証人の職務は次の通りとします。
利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担すること。
(4)　身元保証人の職務は、次の通りとします。
利用契約が終了した後、事業所に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れ

ない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

(5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

① 連帯保証人の負担は、極度額150万円を限度とします。

② 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。

③ 事業所は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

(1) ご来所の際

① 利用者又は代理人は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。

② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。

③ 居室は収納場所が少ないため、所持品は施設利用に最低限必要なものでご検討ください

● 持ち込み可能品（例）・電気シェーバー ・施設で判断させていただいたもの

(2) 禁止行為

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

① 喫煙・飲酒・飲食等

② 従業者又は他の利用者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと

③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとり

④ 従業者に対する贈物や飲食のもてなし

⑤ 従業者及び他の利用者に対する身体的・精神的暴力

⑥ 個人のお祈りなどの宗教行為は自由です。ただし、施設内での他の利用者、職員に対する特定の宗教活動、布教活動はご遠慮ください。

⑦ その他決められた以外の物

●持ち込みできない物 例 ・たばこ、ライター、アルコール類 ・動物
・生花、鉢植えなどの植物 ・使い捨てカイロ、電気あんか、電気毛布 ・刃物類（ナイフ、カッターナイフ、T字カミソリ、安全カミソリなど ・ハサミ ・爪切り ・耳かき
・ガラスや陶器などの割れるもの ・裁縫道具
・異食の可能性のある物、危険物と見なされるもの

10 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の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協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

11 非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡

を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

12　事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、代理人、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

13　身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14　高齢者虐待の防止、尊厳の保持

利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います

15　守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者及び代理人の秘密を洩らさないことを厳守します。また、退職後においてもこれらの秘密を厳守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

16　苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室　窓口担当者：生活相談員　　倉田　了輔・橋本　摩弥

ご利用時間　月～金曜日　９時００分～１７時００分

ご連絡先　　電話番号　０４２-３８１-１２３４　メール：home@seiyohanekai.or.jp

※　公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

①　小金井市福祉サービス苦情調整委員事務局
小金井市前原町3丁目41番15号　市役所第二庁舎8階
電話番号：０４２-３８３-１２２５
受付時間：８時３０分～１７時００分（土日、祝日を除く）

②　東京都国民健康保険団体連合会介護保険課
東京都千代田区飯田橋３丁目５番地１号
電話番号：０３-６２３８-０１７７
受付時間：９時００分～１７時００分（土日、祝日を除く）

17　協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

（協力医療機関）

(1) 名称　社会福祉法人聖ヨハネ会　桜町病院
　　住所　東京都小金井市桜町１丁目２番地２０号
　　診療科目　内科、外科、整形外科、眼科
　　※ 同法人内の病院として連携し、健康上の管理等を行います。

(2) 名称　医療法人社団総合会　武蔵野中央病院
　　住所　東京都小金井市東町１丁目４４番地２６号
　　診療科目　精神科

【協力歯科医療機関】

　　名称　医療法人社団コンパス　コンパス歯科クリニック
　　住所　東京都立川市若葉町１丁目９番地１号グリーンクレスト１０３
　　診療科目　歯科

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、署名欄にご記入いただいた連絡先に連絡します。

18　損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、利用者又は代理人に故意又は過失が認められた場合や、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

施設は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、施設は損害賠償責任を免れます。

① 利用者又は代理人が、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ったことに専ら起因して損害が発生した場合
② 利用者又は代理人が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
③ 利用者の急激な体調の変化等、施設が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
④ 利用者又は代理人が、施設及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

令和　　年　　月　　日

指定短期入所生活介護サービスの開始に当たり、利用者及び代理人に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

＜事業所＞
所在地　　東京都小金井市桜町１丁目２番地２４号
施設名　　桜町聖ヨハネホーム

施設長　　山田　　建　　印

説明者　　生活相談員　　（氏名）　　印

桜町聖ヨハネホーム　施設長　殿

私は、利用契約書及び本書面により、事業所から指定短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

＜利用者（契約者）＞
住所

氏名　　印

＜代理人＞
住所

氏名　　印

電話番号

＜連帯保証人兼身元保証人＞
住所

氏名　　印　　＜本人との続柄＞　（　　）

電話番号