

# 短期入所生活介護

## 重要事項説明書

利用者氏名\_\_\_\_\_様

社会福祉法人 秀峰会

花の生活館

## ○（介護予防）短期入所生活介護

## 重要事項説明書

本重要事項説明書は、介護保険法に基づいて、本事業所と（介護予防）短期入所生活介護サービス（以下、「サービス」といいます。）について利用契約の締結を希望される方に対し、当事業所の概要や提供されるサービス内容、料金、および契約上の注意事項などの重要事項について説明するものです。

## ◇ 目次 ◇

## 【1】事業の運営についての重要事項

- 1-1 施設の概要・運営方針
- 1-2 居室・設備の概要、職員の体制・職務内容
- 1-3 提供するサービスの内容について
- 1-4 サービスに関する料金について
- 1-5 施設の利用にあたっての留意事項
- 1-6 緊急時及び事故発生時の対応、非常災害対策

## 【2】その他運営に関する重要事項

- 2-1 相談窓口及び苦情対応
- 2-2 秘密の保持と個人情報の取り扱いについて
- 2-3 虐待防止
- 2-4 身体的拘束等
- 2-5 事業者について
- 2-6 社会福祉法人秀峰会の理念（サービスの方針）

## 【3】交付・説明の確認、同意

## 【4】別紙

- 別紙-1 短期入所生活介護 料金表
- 別紙-2 短期入所生活介護サービス 各加算の要件など
- 別紙-3 社会福祉法人秀峰会 個人情報保護方針

## 【1】事業の運営についての重要事項

### 1-1 施設の概要・運営方針

#### (1) 施設の概要

|           |                              |
|-----------|------------------------------|
| 事業所名      | 花の生活館                        |
| 施設の種類・目的  | ○花の生活館<br>ショートステイ専用施設：従来型多床室 |
| 所在地       | 〒245-0002<br>横浜市泉区緑園4-6-1    |
| 介護保険事業所番号 | 1473600102                   |
| 事業所管理者    | 石田 洋平                        |
| 連絡先       | 電話 045-813-1111              |
|           | FAX 045-813-3322             |
| 建物の構造・面積  | 鉄筋コンクリート造4階建 延床面積2722.65㎡    |
| 利用定員      | 50名                          |

#### (2) サービスの運営方針

- ① 事業者は、入浴、排せつ、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、利用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ことができるようすることを目指します。
- ② 事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

## 1-2 居室・設備の概要、職員の体制・職務内容

### (1) 居室・設備の概要

#### 〔従来型部分〕

| 居室・設備の種類   | 室数・数量 | 備 考              |
|------------|-------|------------------|
| 居室[従来型多床室] | 52室   | 1人あたり最小床面積：8.70㎡ |
| (個室)       | (2室)  | 3階・4階            |
| (2人部屋)     | (1室)  | 4階               |
| (4人部屋)     | (12室) | 3階・4階            |
| 浴室         | 2     | 一般浴槽<br>特別浴槽     |
| 洗面設備       | 2     | 各居室に1ヶ所          |
| 便所         | 12    |                  |
| 医務室・静養室    | 1     | 4階               |
| 食堂及び機能訓練室  | 1     | 約157.94㎡         |

### (2) 職員の体制

|                 | 常勤 | 非常勤 | 標準的な勤務体制                                                                          |
|-----------------|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 管 理 者 ( 施 設 長 ) | 1  |     | 日勤 8:30~17:30                                                                     |
| 生 活 相 談 員       | 3  |     | 日勤 8:30~17:30                                                                     |
| 介 護 職 員         | 20 | 8   | 早番 6:45~15:45<br>日勤 7:45~16:45<br>8:30~17:30<br>遅番 12:00~21:00<br>夜勤 16:30~翌10:30 |
| 看 護 職 員         | 3  | 2   | 日勤 9:30~18:30<br>※夜間は交代制自宅待機                                                      |
| 機 能 訓 練 指 導 員   | 1  |     | 日勤 8:30~17:30                                                                     |
| 栄 養 士           |    | 1   | 日勤 9:00~16:00                                                                     |
| 医 師             |    | 1   |                                                                                   |

＜人員基準を満たした上で職員数は増減することがあります＞

### (3) 職員の業務内容

| 職 種             | 業 務 内 容                                                                               |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 管 理 者 ( 施 設 長 ) | 短期入所生活介護計画の作成、従業者の管理、業務実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。また、従業者に運営規程その他の規程を遵守させるために必要な指揮命令を行います。 |
| 生 活 相 談 員       | ご利用者又はそのご家族等の生活全般に係る相談を受け、適宜に連絡調整の上、生活環境の整備、社会生活の確保等を行います。                            |

|               |                                                      |
|---------------|------------------------------------------------------|
| 介 護 職 員       | ご利用者の短期入所生活介護計画に基づき、適切な介護技術をもってサービスの提供にあたります。        |
| 看 護 職 員       | ご利用者の健康の維持・増進及び衛生管理を行うとともに、サービスの提供にあたります。            |
| 機 能 訓 練 指 導 員 | ご利用者に対し、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。            |
| 医 師           | 診察を通じて、看護職員とともにご利用者の健康管理を行います。                       |
| 管 理 栄 養 士     | 献立の作成、衛生管理を通じ、ご利用者の健康管理、生活の質の向上、疾病改善や介護度の維持改善を目指します。 |

※ 介護従事者の資質向上のために、採用後 3 ヶ月以内に採用時研修を実施するものとします。  
また、年間を通じ継続研修を実施するものとします。

## 1-3 提供するサービスの内容について

### (1) 当施設でのサービスについて

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自宅から施設までの送迎等について | <p>○ご家族による移送が困難な方、お身体の状況から通常の移送が困難な場合等は、施設の送迎車で送迎を行います。特にご連絡がない場合は単独で職員がお伺い致します。2人以上の介助が必要な場合は予めお知らせ願います。</p> <p>○送迎時間についてはご家族及び代理人との調整の上で決めさせていただきます。送迎車両等の都合でご希望に添えない場合があります。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 居室について           | <p>○身体状況や介護状況に応じて居室を設定いたします。</p> <p>○心身の変化などがあり介護上の必要があると判断したときは、利用中に居室を変更させていただく場合がありますのでご了承願います。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 短期入所生活介護計画の作成・変更 | <p>○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、ケアマネジャーが作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」にの内容を踏まえて当施設が作成する短期入所生活介護計画にて定めます。計画作成の流れは、次のとおりです。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>①当施設の職員に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（アセスメント）の業務を担当させます。</p> </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>②担当者は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、同意を得たうえで計画を決定します。</p> </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>③短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合や、若しくはご利用者およびそのご家族等の要請があった場合等に変更の必要があるかどうかを確認し、その必要がある場合には、協議の上計画を変更します。</p> </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>④短期入所生活介護計画が変更された場合には、ご利用者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事            | <p>○当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養・味付け・ご利用者の身体の状態や嗜好を考慮した食事の提供に努めるとともに、嚥下困難・特別食対応のご利用者へも「口から食べる」介護が続けられるよう努力をしております。</p> <p>○ご利用者の自立支援や嚥下の確保のため、居室より離床して食事をとっていただくことを原則としています。</p> <p>(食事時間)      朝食          8:00~9:00<br/>                          昼食        12:00~13:00<br/>                          夕食        18:00~19:00</p> |
| 入浴             | <p>○入浴又は清拭を週2回行います。</p> <p>○浴室は一般浴、特別浴(機械浴槽)があり、身体の状態、日常生活自立度に応じて選択の上、入浴の介助をいたします。</p>                                                                                                                                                                                                                                        |
| 排泄             | <p>○排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力、残存機能を活用した援助を行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 機能訓練           | <p>○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、日常生活を営むのに必要な機能の改善又はその減退を防止するための訓練を実施します。</p> <p>○上記の訓練は、食事、排泄、入浴、整容、更衣、移乗、移動、起居動作などの日常生活に必要な動作に関するご利用者の現状を把握し、実際の生活を送る場面においてこれらの動作についてできる限り最小限の介助量で支援する、いわゆる生活リハビリを主として行うことで、生活機能の改善・維持を目指します。</p>                                                                                             |
| 健康管理           | <p>○基本的には、在宅でのかかりつけ医による事前の診察により短期入所中に急変がない状況での利用となります。</p> <p>○定期的受診の必要のある方はご家族で付添い介助をお願い致します。ただし、急変や緊急の場合はこの限りではありません。定期受診等は別途、有償移動サービス等の利用が可能です。</p> <p>○緊急時等、必要がある場合にはかかりつけ医あるいは協力医療機関等に確実に引き継ぎます。</p>                                                                                                                     |
| その他自立への支援      | <p>○寝たきり防止・軽減のため、身体状況に応じ、日中は無理のない離床が出来るよう配慮します。</p> <p>○生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</p> <p>○清潔で快適な生活が送れるよう、また適切な整容が行なわれるよう援助します。</p>                                                                                                                                                                                         |
| レクリエーション<br>行事 | <p>○当施設では様々な行事を、年間を通じて実施しております。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## (2) 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、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・入院治療を義務づけるものでもありません。)

|                |                                                                                                                                  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関の名称        | 医療法人 鵬友会 ゆめが丘総合病院                                                                                                                |
| 所在地            | 横浜市泉区下飯田町 1609-1                                                                                                                 |
| 電話番号           | 045 (803) 1601                                                                                                                   |
| 診療科            | 内科・整形外科・皮膚科・循環器内科 他                                                                                                              |
| 入院施設           | 一般 156 床                                                                                                                         |
| 当施設との<br>契約の概要 | 利用者に対して、嘱託医が入院加療を必要と認めたときは、入居者は当病院で入院・診療を受けることができます。<br>※ご本人のかかりつけの病院や、ご本人又はご家族の希望の病院がある場合等は可能な範囲で受診に向け、連絡を図ります。予め生活相談員にお知らせ下さい。 |

## 1-4 サービスに関する料金について

サービスに関する料金は、「利用者負担金」、「食費・居住費」および「その他の費用」の合計額をお支払いいただくこととなります。

○介護保険法による給付があり、その一部を費用として支払うもの

(1) 利用者負担金[短期入所生活介護サービスに関する費用]

(2) 食費・居住費

○利用者が利用料の全額を負担するもの

(3) その他の費用

### (1) 利用者負担金について

短期入所生活介護サービスに関する料金として、厚生労働大臣が定める利用料の一定割合（利用者の負担割合証記載の割合：1～3割）を利用者負担金として利用者より申し受けます。

※1 利用者の介護保険料の滞納等により、事業所が法定代理受領をできなくなった場合は、要介護度に応じた所定の利用料全額を一旦お支払い頂きます。当事業所が発行するサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日お住まいの市区町村窓口に出しますと、保険給付分（9割～7割）の払い戻しを受けられます。

※2 厚生労働大臣が定める利用料に変更があった場合、当該利用者負担金は変更されます。

## (2) 食費・居住費について

|                                                    |                                    |                                          |                                    |             |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| 食費・居住費につきましては、所得区分（第1段階～第4段階）に応じて、お支払いいただく額が異なります。 |                                    |                                          |                                    |             |
| 第1段階                                               | 第2段階                               | 第3段階①                                    | 第3段階②                              | 第4段階        |
| 市民税非課税世帯で次の条件を満たす方                                 |                                    |                                          |                                    | 第1～第3段階以外の方 |
| ○老齢福祉年金を受給                                         | ○年収80万円以下<br><br>○預貯金等の合計額が一定の基準未満 | ○年収80万円超120万円以下<br><br>○預貯金等の合計額が一定の基準未満 | ○年収120万円越<br><br>○預貯金等の合計額が一定の基準未満 |             |
| 生活保護等を受給されている方                                     |                                    |                                          |                                    |             |

## (3) その他の費用について

その他の費用については、例として以下のものがあります。詳細は料金表をご覧ください。

- 日常生活上必要となる諸費用

## (4) 外部事業者によるサービス

次のサービスなど、外部の事業者により提供されるサービスがあります。費用は直接外部事業者にお支払い下さい。

- [喫茶・移動売店]

地域のボランティアによる喫茶店や、嗜好品・お花等の移動販売があります。

(1)～(3)に記載された内容の詳細については、別紙の料金表をご覧ください。

《別紙ー1》 短期入所生活介護 料金表

## (5) お支払いの方法について

利用者負担金とその他の費用は、合算の上原則として毎月28日にご指定の金融機関の口座から引き落としとさせていただきます。また、現金払いを希望される方はご相談下さい。

外部事業者によるサービスにつきましては、当該事業者へ直接お支払いいただきます。

## (6) 受給者証の確認について

保険給付の手続き上、資格確認のため事業者介護保険証（および負担割合証）その他受給者証の原本確認が義務付けられています。受給者証等が更新となった場合など、必要の都度ご提示をお願いいたします。

## 1-5 施設の利用にあたっての留意事項

共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、次の点にご留意いただきますようお願いいたします。

| (1) 持ち物等について                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ○ショートステイのご利用にあたり、他のご利用者に迷惑のかかる物や、施設運営及びご利用者処遇に支障をきたす物については持ち込みをお断りすることがあります。                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ○ショートステイのご利用にあたりご持参をお願いしている書類等は次の通りです。また、身の回りのものについても以下を参考に ご持参ください。                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <table><tr><th colspan="2">書類等</th></tr><tr><td></td><td>○各種証明書類<br/>・介護保険被保険者証・負担割合証<br/>・各種負担限度額認定証<br/>・健康保険証<br/>・公費負担医療受給者証<br/>・障害者手帳<br/>○看護サマリー（病院・介護老人保健施設からの入所の場合）<br/>○お薬（日数分）詳細別紙</td></tr></table>                                                                                                                              | 書類等 |  |                                                   | ○各種証明書類<br>・介護保険被保険者証・負担割合証<br>・各種負担限度額認定証<br>・健康保険証<br>・公費負担医療受給者証<br>・障害者手帳<br>○看護サマリー（病院・介護老人保健施設からの入所の場合）<br>○お薬（日数分）詳細別紙 |                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 書類等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ○各種証明書類<br>・介護保険被保険者証・負担割合証<br>・各種負担限度額認定証<br>・健康保険証<br>・公費負担医療受給者証<br>・障害者手帳<br>○看護サマリー（病院・介護老人保健施設からの入所の場合）<br>○お薬（日数分）詳細別紙                                                                                                                                                                                                                |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
| <table><tr><th colspan="2">身の回りのもの</th></tr><tr><td></td><td>※お部屋の収納スペースに限りがありますので、下記を参考に お持ちくださいますようお願いいたします。</td></tr><tr><td></td><td>○下着（パンツ・シャツ）<br/>○上着（シャツ・トレーナー等）<br/>○ズボン<br/>○パジャマ・寝巻<br/>○室内靴・外靴<br/>○自助具（杖・車椅子等）<br/>○歯ブラシ・コップ・ティッシュ・入れ歯入れ・口腔ケア用品<br/>○カーディガン（厚手・薄手）<br/>○靴下<br/>○男性は電気シェーバー</td></tr></table> | 身の回りのもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |  | ※お部屋の収納スペースに限りがありますので、下記を参考に お持ちくださいますようお願いいたします。 |                                                                                                                               | ○下着（パンツ・シャツ）<br>○上着（シャツ・トレーナー等）<br>○ズボン<br>○パジャマ・寝巻<br>○室内靴・外靴<br>○自助具（杖・車椅子等）<br>○歯ブラシ・コップ・ティッシュ・入れ歯入れ・口腔ケア用品<br>○カーディガン（厚手・薄手）<br>○靴下<br>○男性は電気シェーバー |
| 身の回りのもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ※お部屋の収納スペースに限りがありますので、下記を参考に お持ちくださいますようお願いいたします。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ○下着（パンツ・シャツ）<br>○上着（シャツ・トレーナー等）<br>○ズボン<br>○パジャマ・寝巻<br>○室内靴・外靴<br>○自助具（杖・車椅子等）<br>○歯ブラシ・コップ・ティッシュ・入れ歯入れ・口腔ケア用品<br>○カーディガン（厚手・薄手）<br>○靴下<br>○男性は電気シェーバー                                                                                                                                                                                       |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ○当施設で現金を使用することはありません。ご利用にあたり現金・有価証券等をご持参されても当施設は責任を負いかねますので、ご承知おき下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |
| (2) 面会                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ○面会時間は概ね9：00～17：30です。早朝、深夜の面会をご希望の場合は事前にご連絡をお願いします。<br>○来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。3階受付の入館カードにご記入をお願いします。<br>○面会の際は以下の点にご留意ください。<br>・面会時間については、入居者が疲れない程度でお願いします。<br>・食中毒の防止の為、面会時に生ものの食品の持ち込みはご遠慮願います。<br>・他のご利用者に迷惑のかかる物や、施設運営に支障をきたす物については持ち込みをお断りすることがあります。<br>○次のような場合には、面会をお断りすることがあります。<br>・インフルエンザ等の感染症が流行しているとき、または施設内において感染症が発生しているとき。 |     |  |                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・面会者に発熱・せきなどの感染症の兆候のある場合、体調不良であると認められるとき</li> <li>・面会者とご利用者との間で利益相反その他の事情があり、利用者が面会を望まない判断されるとき</li> <li>・その他施設運営に支障をきたすと判断されるとき</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                  |
| (3) 食事の料金について         | <p>○食事が不要な場合は、お申し出下さい。<br/>朝食は前日 17:00 まで<br/>昼食は 10:00 まで    夕食は 15:00 まで</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| (4) 施設・設備の使用上の注意      | <p>○居室、共用施設及び敷地は、その本来の用途に従って利用して下さいますようお願いいたします。</p> <p>○当施設の職員は、ご利用者に対するサービスの実施上または安全管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、随時必要な措置をとるものとします。ただし、この場合においても、ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。</p> <p>○ご利用者が、ホームの施設、設備を滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己負担により原状に復していただくか、又は相当の費用をお支払いいただきます。</p> <p>○ご利用者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、ご利用者及びそのご家族等と事業者との協議により、居室又は共用施設、設備の利用法などを決定するものとします。</p> <p>○他のご利用者や当施設の職員に対し、宗教活動、政治活動、営利活動その他迷惑を及ぼすような行為はできません。</p> |
| (5) 喫煙                | <p>○喫煙は可能ですが、一部制限がありますので相談ください。</p> <p>○原則としてご利用者所持のライター等の火気については施設で管理させていただきます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| (6) 食べ物の持込、取扱いについて    | <p>○面会の際などで、飲食物をお持ち込みになる場合は受付にお声掛け下さい。ご利用者の状況によっては、持ち込みをお断りすることがありますのでご承知おきください。</p> <p>○生ものは、原則として持込みをお断りします。ご利用者のご希望によりお持ちになった場合は、受付にてお申出の上、退出までにお召し上がりいただくか、残りをお持ち帰り下さい。</p> <p>○賞味期限の切れた食べ物・手作りの物のお預かり、ご提供は行いません。お預かり中に賞味期限が切れたものについては、処分させていただきます。</p> <p>○ご利用者間・ご家族間での食べ物の受け渡しは、入居されているご利用者の健康管理上・安全管理上の理由により、堅くお断りします。</p>                                                                                                   |
| (7) 衣類の取扱いについて        | <p>○衣類の紛失防止のため、衣類にお名前をマジックでご記入ください。記入のないものに関しては、当施設にて記入させていただきます。</p> <p>○感染扱いとなった衣類は、洗濯と一緒に殺菌・消毒処理を行いますので、素材によっては収縮・変色が起こる可能性があります。<br/>(感染扱い：インフルエンザ、ノロウイルス、コロナウィルス、嘔吐、出血等)</p>                                                                                                                                                                                                                                                   |
| (8) 社会福祉人材育成へのご協力のお願い | <p>○高齢社会は全ての人が例外無く当事者であり、互いにその理解者であること、その支え手になることが求められています。全ての実習生・ボランティアが将来大切なその一人となります。施設への受入に何卒ご協力くださいますようお願い致します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 1-6 緊急時及び事故発生時の対応、非常災害対策

- (1) サービス提供中に、ご利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定された連絡先にも連絡します。
- (2) ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、地域包括支援センター等、市町村に連絡するとともに、必要な措置を講じます。事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに対応いたします（なお、当法人は賠償責任保険に加入しております）。
- (3) 非常災害に備えて、事業所または施設ごとに防火管理者を定め、消防計画をはじめとする計画の策定、定期的な訓練を行っております。

## 【2】その他運営に関する重要事項

### 2-1 相談窓口及び苦情対応

#### (1) 事業所の相談・苦情担当

当事業所では、サービスに対するご意見などをいただいています。まずは、当事業所の窓口へご連絡ください。

また、ご利用者の声（苦情受付）ボックスを各階エレベーター前に設置しています。

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 対 応 す る 者 | 生活相談員 江川 彰一     |
| 電 話 番 号   | 045-813-1111    |
| 対 応 時 間   | 午前8時30分～午後5時30分 |

#### (2) 第三者委員

当施設では、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しております。

| 第 三 者 委 員 | 氏名    | 職業等       |
|-----------|-------|-----------|
|           | 中村 好江 | ライフアドバイザー |
|           | 小林 治美 | 傾聴ボランティア  |

#### (3) その他の相談・苦情窓口

##### ① 横浜市健康福祉局高齢施設課

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 電 話 番 号 | 045-671-3923<br>045-641-6408 (FAX) |
|---------|------------------------------------|

##### ② 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連） 介護苦情相談課

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 所 在 地   | 〒220-0003 横浜市西区楠町27-1 |
| 電 話 番 号 | 045-329-3447          |
| 対 応 時 間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分    |

##### ③ かながわ福祉サービス運営適正化委員会

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 所 在 地   | 〒221-0825 横浜市神奈川区反町3丁目17-2 |
| 電 話 番 号 | 045-311-8861（相談専用）         |

## 2-2 秘密の保持と個人情報の取り扱いについて

- (1) 事業所及びその職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。職員については、退職後についてもこれを遵守する義務が法律または当法人との契約において課されております。
- (2) 事業所及びその職員は、法人が定める「個人情報保護方針」に従い、適切に個人情報を取り扱います。事業所が取得した利用者の個人情報については、原則としてサービスの提供以外の目的には利用しないものとし、外部への情報提供については、「個人情報使用同意書」にて、事前に利用者の承認をいただいております。
- (3) 事業所は、利用者の求めに従って、利用者自身に関する情報（利用者記録、サービス提供記録、その他）を開示しております、ただし、家族等からの請求につきましては、書面にて利用者本人の了解を得てからの開示とさせていただきます。

## 2-3 虐待防止

- (1) 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じるものとします。
  - ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
  - ② 虐待防止のための指針の整備
  - ③ 虐待を防止するための定期的な研修の実施
  - ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を配置
- (2) 高齢者虐待に関わる高齢者及び家族からの通報先は、横浜市健康福祉局高齢施設課 となっております。事業所からも権利擁護の観点から必要と認められる場合には、上記連絡先に通報いたします。

## 2-4 身体的拘束等

- (1) 事業所は、サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等という。」）を行ってはならないものとします。
- (2) 事業所は、緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由(以下「身体的拘束等の態様等」という。)を記録をします。
- (3) 事業所は、身体的拘束等を行う場合には、事前に、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明します。ただし、やむを得ない事情により事前に当該説明をすることが困難な場合は、この限りではないこととします。
- (4) 事業所は、前項ただし書きの規定により事前に説明を行わなかった場合には、当該身体的拘束等を行った後速やかに、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明します。
- (5) 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
  - ①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
  - ②身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
  - ③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実施します。

## 2-5 事業者について

|            |                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------|
| 法人名        | 社会福祉法人 秀峰会                                                  |
| 代表者        | 理事長 櫻井 大                                                    |
| 法人所在地      | 横浜市旭区下川井町360番地                                              |
| 電話・FAX     | 電話 045-952-1111 FAX 045-952-2211                            |
| ホームページアドレス | <a href="http://shuhokai.or.jp/">http://shuhokai.or.jp/</a> |

※ 法人事業所一覧については、ホームページ参照又は管理者へお問い合わせ下さい。

## 2-6 社会福祉法人 秀峰会の理念（サービスの方針）

〈テーマ〉



～明治時代の文芸評論家である高山樗牛(たかやま ちょぎゅう)の言葉より～  
「天にありては星、地にありては花、人にありては愛、これ美しきもの最たらずや」

〈理念〉

- (1) 人間が主体である。  
(ご利用者と職員が常により高い自己実現に向かって生活できる環境をつくります。)
- (2) 連帯の輪を無限に広げていく。  
(地域社会との交流を通じて、あらゆる人々が支えあって共に生きる地域連帯の実現を目指します。そして連帯の輪を世界に向かって広げていきます。)
- (3) 日に日に新たな今日を創造していく。  
(変動する社会に、常に生き生きと対応してゆける創造的な人間の生活を実現します。)

### 【3】 [交付・説明の確認、同意]

短期入所生活介護サービスの提供にあたり、上記のとおり説明し、交付いたします。

令和      年      月      日

(事業者)

横浜市泉区緑園4-6-1  
社会福祉法人秀峰会  
花の生活館 ⑩

説明者 \_\_\_\_\_

私は、本説明書の交付を受け、事業所から短期入所生活介護サービスについて、重要事項の説明を受けました。また、サービス提供の開始について同意します。

令和      年      月      日

(ご利用者)

氏名 \_\_\_\_\_

(家族等代理人)

氏名 \_\_\_\_\_

[利用者本人との関係： \_\_\_\_\_]

|   |       |          |   |
|---|-------|----------|---|
| ( | (立会人) | 住所 _____ | ) |
|   |       | 氏名 _____ |   |

## 【4】別紙

### 別紙-1【短期入所生活介護 料金表】従来型

サービスに関する料金は、「利用者負担金」、「食費・居住費」および「その他の費用」の合計をお支払いいただくこととなります。

○介護保険法による給付があり、その一部を費用として支払うもの

1. 利用者負担金[短期入所生活介護サービスの利用者負担金]

2. 食費・居住費

○利用者が利用料の全額を負担するもの

3. その他の費用

## 1. 短期入所生活介護の利用者負担金

○利用者負担金には、・1日（1回）ごと、・月ごとを単位とするものがあります。

○負担金総額の計算は、月間の〔総単位数×単価〕で計算します。以下の表に記載する負担額は、実際の料金額と1日あたり1円程度のずれが生じる場合があります。

○横浜市所在の事業所による短期入所生活介護の単価は、「1単位＝10.88円」です。

○基本の単位に加え、ご利用者の状態・介護状況や事業所の体制により加算が算定されます。

＊利用者負担金の算出方法

単位数から利用者負担額の計算は、次の計算式で行います。

- ①（短期入所生活介護費＋加算＋介護職員等処遇改善加算Ⅱ）×10.88円＝〇〇円  
（1円未満切捨て）
- ② [1割負担の場合] 〇〇円－〇〇円×0.9（1円未満切捨て）＝△△円
- ② [2割負担の場合] 〇〇円－〇〇円×0.8（1円未満切捨て）＝□□円
- ② [3割負担の場合] 〇〇円－〇〇円×0.7（1円未満切捨て）＝××円

### 利用者負担金一覧：1日あたりの金額のめやす

|                 | 単位数     | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
|-----------------|---------|--------|--------|--------|
| ①単独短期入所生活介護費（Ⅱ） |         |        |        |        |
| 【要支援1の方】        | 479単位/日 | 522円   | 1,043円 | 1,564円 |
| 【要支援2の方】        | 596単位/日 | 649円   | 1,297円 | 1,946円 |
| 【要介護1の方】        | 645単位/日 | 702円   | 1,404円 | 2,106円 |
| 【要介護2の方】        | 715単位/日 | 778円   | 1,556円 | 2,334円 |
| 【要介護3の方】        | 787単位/日 | 857円   | 1,713円 | 2,569円 |
| 【要介護4の方】        | 856単位/日 | 932円   | 1,863円 | 2,794円 |
| 【要介護5の方】        | 926単位/日 | 1,008円 | 2,015円 | 3,023円 |
| ②加算             |         |        |        |        |
| 看護体制加算（Ⅰ）       | 4単位/日   | 5円     | 9円     | 13円    |
| 【要介護】           |         |        |        |        |
| 看護体制加算（Ⅱ）       | 8単位/日   | 9円     | 18円    | 27円    |
| 【要介護】           |         |        |        |        |
| 夜勤職員配置加算（Ⅰ）     | 13単位/日  | 15円    | 29円    | 43円    |
| 【要介護】           |         |        |        |        |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 6単位/日   | 7円     | 13円    | 20円    |

| ③その他の加算（ご利用者の状況に応じて算定をするもの） |                     |        |        |        |
|-----------------------------|---------------------|--------|--------|--------|
| 医療連携強化加算                    | 58単位／日              | 64円    | 127円   | 190円   |
| 送迎加算                        | 184単位/片道            |        |        |        |
| ④介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）             | 所定単位数（①～③の合計）×0.136 |        |        |        |
| 利用者負担金合計（①、②、④の合計）          |                     |        |        |        |
| 【要支援1の方】                    | 551単位               | 600円   | 1,199円 | 1,799円 |
| 【要支援2の方】                    | 684単位               | 745円   | 1,489円 | 2,233円 |
| 【要介護1の方】                    | 768単位               | 836円   | 1,671円 | 2,507円 |
| 【要介護2の方】                    | 847単位               | 922円   | 1,843円 | 2,765円 |
| 【要介護3の方】                    | 929単位               | 1,011円 | 2,022円 | 3,032円 |
| 【要介護4の方】                    | 1,008単位             | 1,097円 | 2,194円 | 3,291円 |
| 【要介護5の方】                    | 1,087単位             | 1,183円 | 2,366円 | 3,548円 |

※一定の条件を満たす利用者は「高額介護サービス費」により利用者負担金の一部の払い戻しを受けることができます。

※各加算の要件、「高額介護サービス費」の詳細につきましては、別紙-3をご覧ください。

## 2. 食費・居住費

○食費・居住費（光熱水費含む）の1日あたりの費用は、次の通りです。

○費用は収入等（所得段階）に応じ負担の軽減制度があり、下表は実際の負担額を表示しています。

※「負担限度額認定証」をご提示ください（認定には、区役所等への申請が必要です）。

|     | 第1段階               | 第2段階                               | 第3段階①                                    | 第3段階②                             | 第4段階            |
|-----|--------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| 食費  | 300円               | 600円                               | 1,000円                                   | 1,300円                            | 1,980円          |
| 居住費 | -                  | 430円                               | 430円                                     | 430円                              | 915円            |
| 対象者 | 市民税非課税世帯で次の条件を満たす方 |                                    |                                          |                                   | 第1～第3段階<br>以外の方 |
|     | ○老齢福祉年金を受給         | ○年収80万円以下<br><br>○預貯金等の合計額が一定の基準未満 | ○年収80万円超120万円以下<br><br>○預貯金等の合計額が一定の基準未満 | ○年収120万超<br><br>○預貯金等の合計額が一定の基準未満 |                 |
|     | 生活保護等を受給されている方     |                                    |                                          |                                   |                 |

## 3. その他の費用

○ご利用者のご希望に応じ、次のサービスを提供しておりますが、その費用につきましては全額のご負担をいただきます（介護保険の給付対象となりません）。

○当施設から直接ご提供するものと、医療機関等、外部業者から提供するものがあります。

| 日常生活上必要となる雑貨等（当施設による販売分） |                                                                     |      |           |       |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|------|-----------|-------|
|                          | ○日常生活品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用でご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をご負担いただきます。 |      |           |       |
|                          | ○おむつ代は介護保険給付の対象となっておりますのでご負担の必要はありません。                              |      |           |       |
|                          | 電池（単1）                                                              | 130円 | ティッシュペーパー | 100円  |
|                          | 電池（単2）                                                              | 100円 | 歯ブラシ（1本）  | 120円  |
|                          | 電池（単3・4）                                                            | 30円  | コピー（複写）   | 1枚20円 |
| 教養娯楽施設等の利用               |                                                                     |      |           |       |
|                          | 次のレクリエーションや娯楽施設を開催し自由にご利用いただけます。                                    |      |           |       |
|                          | ・喫茶店（月1回程度）                                                         |      |           |       |
|                          | アイスクリーム                                                             | 100円 | みつ豆       | 300円  |
|                          | クリームみつ豆                                                             | 400円 | コーヒー・紅茶   | 100円  |

## 4. 利用料金のお支払方法

サービス提供期間及び利用者負担金、その他の利用料の金額を明記した明細書を添えて請求書をお送りします。翌月28日までに以下の方法でお支払ください。

|                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 金融機関口座からの自動引落とし<br>（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）<br>※ 当法人の他のサービスと合わせてご利用の場合は、各サービスの合計額が同時に引き落としとなります。 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

上記以外の方法をご希望の場合はご相談ください。

## 5. サービスの中止・キャンセル料について

- ① サービスの利用を中止される際には、すみやかに担当ケアマネジャーまたは、下記の連絡先までご連絡ください。
  - ・連絡先 電話番号 045-813-1111 担当：生活相談員
  - ・受付時間 8時30分～17時30分
- ② ご利用者の都合でサービスを中止する場合（契約を終了する場合を含む）には、下記のキャンセル料をいただく場合がありますので、できる限り早くご連絡ください。キャンセル料は、次の表のとおりです。（利用者の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）

| 中止の申し出時期          | キャンセル料             |
|-------------------|--------------------|
| 利用開始日を含め3日前から前日まで | 利用者負担金、居住費、食費の25%  |
| 利用開始当日            | 利用者負担金、居住費、食費の50%  |
| 利用開始後（未利用分の中止）    | 利用者負担金、居住費、食費の100% |

※7日間を超える利用期間についてのキャンセル料は、7日分とします。

## 別紙-3 【短期入所生活介護 各加算の要件・負担軽減制度等】

### 1. 短期入所生活介護 各加算の要件の概要

#### (1) 施設の体制などが一定の条件を満たすため加算されるもの

##### ○看護体制加算（Ⅰ）

|     |                      |
|-----|----------------------|
| 単位数 | 4単位（1日につき）           |
| 要件  | 常勤の看護師を1名以上配置していること。 |

##### ○看護体制加算（Ⅱ）

|     |                                                                                                              |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 単位数 | 8単位（1日につき）                                                                                                   |
| 要件  | 看護師の数が常勤換算方法で入所者の数が25人又はその端数を増すごとに1人以上配置しており、施設基準の数に1を加えた数以上であること。<br>また、看護職員と医療機関との連携を通じ24時間の連絡体制を確保していること。 |

##### ○夜勤職員配置加算（Ⅰ）

|     |                                              |
|-----|----------------------------------------------|
| 単位数 | （Ⅰ）13単位（1日につき）                               |
| 要件  | 夜勤（17時～9時）を行う介護職員又は看護職員の数が、配置基準を1以上上回っていること。 |

##### ○サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

|     |                                                |
|-----|------------------------------------------------|
| 単位数 | 6単位（1日につき）                                     |
| 要件  | サービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上の場合。 |

##### ○介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

|     |                                                          |
|-----|----------------------------------------------------------|
| 単位数 | 所定単位数（①～③）に0.136を乗じた単位（1月につき）                            |
| 要件  | 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事業所が利用者に対し、サービスを行った場合。 |

#### (2) ご利用者の状況などに応じて加算されるもの

##### ○医療連携強化加算

|     |                                                                                                                                           |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 単位数 | 58単位（1日につき）                                                                                                                               |
| 要件  | 急変の予想や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治の医師と連絡が取れない等の場合における対応に係る取り決めを事前に行うなどの要件を満たしている事業所が、喀痰吸引、中心静脈注射、経腸栄養、褥瘡の治療などが行われている状態の利用者に対してサービス提供を行った場合。 |

##### ○送迎加算

|     |                                                                   |
|-----|-------------------------------------------------------------------|
| 単位数 | 184単位（片道につき）                                                      |
| 要件  | 利用者の心身の状態、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て、その居宅と事業所との間の送迎を行う場合。 |

## 2. 負担軽減制度（高額介護サービス費）

○介護福祉施設サービスに関する 1 ヶ月の利用者負担（1 割～3 割負担分）が一定の上  
 限額（下表）を超えることとなる場合、区役所へ申請することで段階に応じ限度額を  
 超えた分が「高額介護（介護予防）サービス費」として払い戻されます。ご不明な点  
 は担当のケアマネジャーにご相談下さい。

| 対象となる方                                                                 | 利用者負担金の限度額（月額） |          |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|
|                                                                        | 世帯の限度額         | 個人の限度額   |
| 市民税を課税されていて、課税所得が 690 万円（年<br>収 1,160 万円）以上の世帯                         | 140,100 円      |          |
| 市民税を課税されていて、課税所得が 380 万円（年<br>収 770 万円）以上 690 万円（年収 1,160 万円）<br>未満の世帯 | 93,000 円       |          |
| 市民税を課税されていて、課税所得が 380 万円（年<br>収 770 万円）未満の世帯                           | 44,400 円       |          |
| 市民税非課税世帯                                                               | 24,600 円       |          |
| 合計所得金額と公的年金等収入額の合計<br>が年間 80 万円以下の方                                    | 24,600 円       | 15,000 円 |
| 生活保護等を受給されている方等                                                        | 15,000 円       |          |

## 別紙-4 【社会福祉法人秀峰会 個人情報保護方針】

社会福祉法人秀峰会は、当法人が取り扱うご利用者等（患者・ご利用者・園児およびそのご家族様をいいます。以下同じ）の個人情報について、個人情報保護法および関連法令等を遵守し、以下の方針に基づいて個人情報の保護に努めます。

### 1、個人情報の適切な取得、利用、第三者提供について

- （1）ご利用者等の個人情報を取得するときは、あらかじめご利用者等の同意を得て取得します。
- （2）当法人において、法令及び関係省庁等が定める指針に基づき、個人情報の保護に関する規程を定め、適切な利用に努めます。
- （3）当法人は、ご利用者等の同意を得た場合または法令において許される場合を除き、個人情報を本方針-5に定める利用目的以外の目的で利用し、あるいは第三者に提供することはありません

### 2、個人情報の管理について

- （1）当法人は、取得した個人情報を常に最新で正確な状態に保つと共に、個人情報の漏洩・滅失・毀損や不正なアクセスに対する安全対策を講じて適切な管理を行います。
- （2）利用する必要がなくなった個人情報については、法令等に保存の定めのあるものを除き、速やかに削除するよう努めます。

### 3、個人情報の開示・訂正・削除・利用停止等の請求について

当法人は、ご利用者等が自身の個人情報の開示・訂正・削除・利用停止等を求める権利を有していることを十分に認識し、これらの求めがある場合には、個人情報の保護に関する規程に従って適切に対応いたします。

### 4、継続的改善の取り組み及び苦情の対応について

当法人は、本方針を研修・教育の機会を通じて全職員に周知するとともに、継続的に改善を行うよう努めます。また、個人情報の取り扱いに関する苦情に対しては、事業所に設置する相談・苦情窓口を通じ、適切かつ迅速な対応に努めます。

### 5、個人情報の利用目的について（医療・介護・障害福祉分野）

当法人は、当法人の医療・介護・障害福祉サービス（以下、「サービス」といいます）を利用するご利用者等の個人情報を、次の目的で利用します。

#### （1）事業所・法人内部での利用となるもの

- ①ご利用者本人への医療・介護・障害福祉サービスの提供
- ②医療保険・介護保険事務などの報酬請求事務
- ③ご利用者等に関する事業所・法人内部での管理運営業務
  - －入退居・利用契約の管理
  - －会計・経理
  - －医療・介護事故等の報告
  - －ご利用者本人へのサービスの向上
  - －サービスや業務の維持・改善のための基礎資料の作成
  - －事業所等において行われる学生・研修生の実習への協力
  - －事業所・法人内において行われる症例研究・事例研究

#### （2）他の事業者・第三者への情報提供を伴うもの

- ①事業所が提供するサービスのうち次の業務
  - －ご利用者本人にサービスを提供する他の医療機関・居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議・カンファレンス等）、当該事業者等からの照会に対する回答
  - －サービスの提供等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －ご利用者本人の病状・心身の状況に関するご家族様への説明
- ②医療保険・介護保険事務などの報酬請求事務のうち次に関する業務
  - －審査支払機関へのレセプト・給付費請求書等の提出
  - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ③事業所等の利用者・患者に関する管理運営業務のうち次の業務
  - －外部監査機関への情報提供
- ④医師賠償責任保険・事業者賠償責任保険に関する保険会社等への相談又は届出等

平成30年4月1日改正

