

介護予防短期入所生活介護 重 要 事 項 説 明 書

【指定介護予防短期入所生活介護事業所】

特別養護老人ホーム 和寿園

「和寿園指定介護予防居宅サービス」重要事項説明書

『指定介護予防短期入所生活介護』
当事業者は介護保険の指定を受けています。
(兵庫指定 第2871400145号)

当事業所は、ご契約者に対して介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人和寿園
- (2) 法人所在地 兵庫県丹波篠山市高屋 24 番地
- (3) 電話番号 079-593-0069
- (4) 代表者氏名 理事長 細見 政利
- (5) 設立年月日 昭和 32 年 4 月 1 日

2. ご利用施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上 2 階
- (2) 建物の延べ床面積 2,135.80 m²
- (3) 施設の周辺環境 高台にあり日当たり等良好

3. 事業所の説明

- (1) 施設の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業・令和 18 年 4 月 1 日指定
※当事業所は特別養護老人ホーム和寿園に併設されています。
- (2) 施設の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に居室および共用施設等をご利用いただき、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 和寿園
- (4) 施設の所在地 兵庫県丹波篠山市高屋 19 番地 2
交通機関 JR 福知山線 篠山口駅下車 タクシー等 10 分
舞鶴若狭自動車道 丹南篠山口インター下車約 10 分
- (5) 電話番号及び F A X 番号 079-593-0069 079-593-1397
- (6) 施設長(管理者)氏名 山下 和秀
- (7) 当施設の運営方針 利用者と地域の架け橋の役割を果たし、誠実で利用者等と話し合いながら暖かみのあるアットホームな処遇を心がけて運営します。
- (8) 開設(サービス開始)年月 介護予防短期入所生活介護 平成 18 年 4 月 1 日
- (9) 事業所が行っている他の業務
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
 - ・介護老人福祉施設 ・短期入所生活介護 ・居宅介護支援事業
 - ・通所介護 ・介護予防通所介護
- (10) 通常の事業の実施地域 原則として、丹波篠山市全域とする
- (11) 営業日及び営業時間

営業時間	年中無休
受付時間	9 時～17 時
サービス提供時間帯	常 時

- (12) 利用定員 介護予防短期入所生活介護 25 人（指定短期入所生活介護を含む）
 (13) 居室等の概要（介護予防短期入所生活介護）

介護予防短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

利用される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室の利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

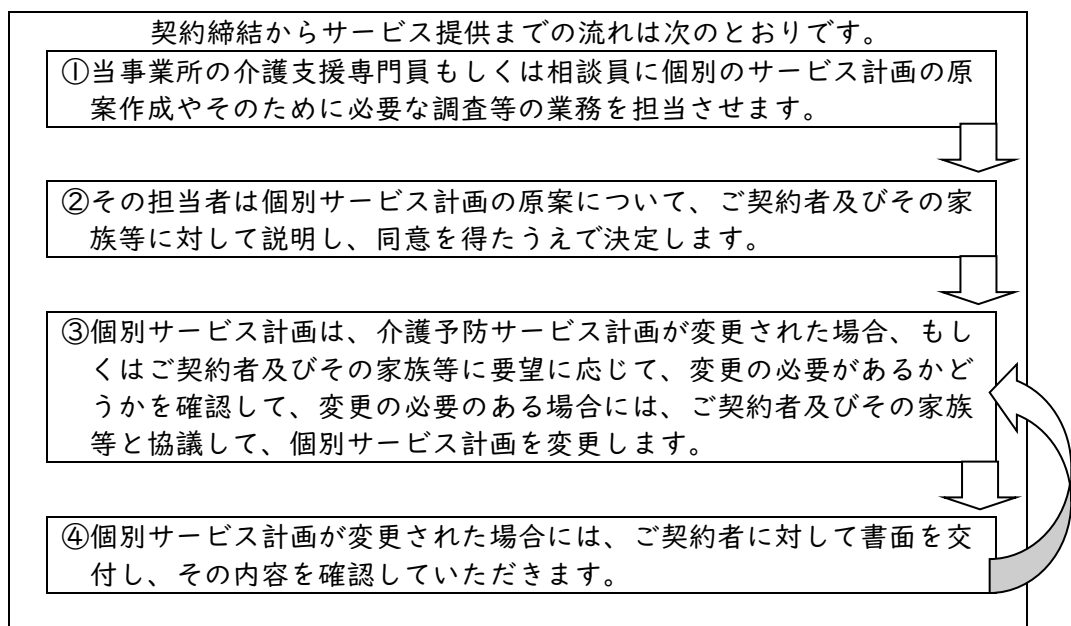
居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	2 室	18.3475 m ² × 2 室
2人部屋	5 室	18.3475 m ² × 1 室、22.2375 m ² × 4 室
3人部屋	3 室	34.5033 m ²
4人部屋	1 室	36.575 m ² × 1 室
合 計	11 室	284.0774 m ²
食 堂	2 室	1 階 2 階
機能訓練室	1 室	平行棒 階段 その他
浴 室	2 室	一般浴槽・特殊浴槽
医務室	1 室	

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項：トイレは居室外ですが、ポータブルトイレ等で対応します。

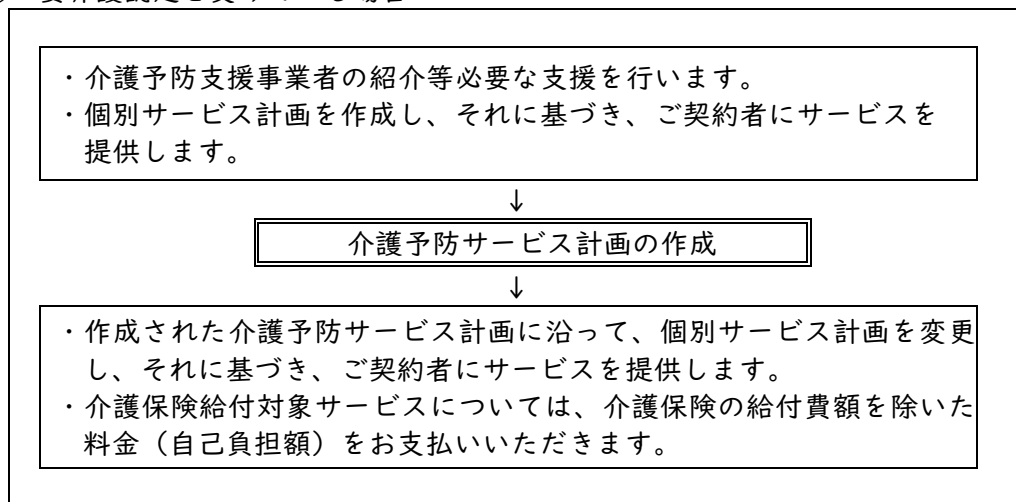
4. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、介護予防サービス計画がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る支援計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。

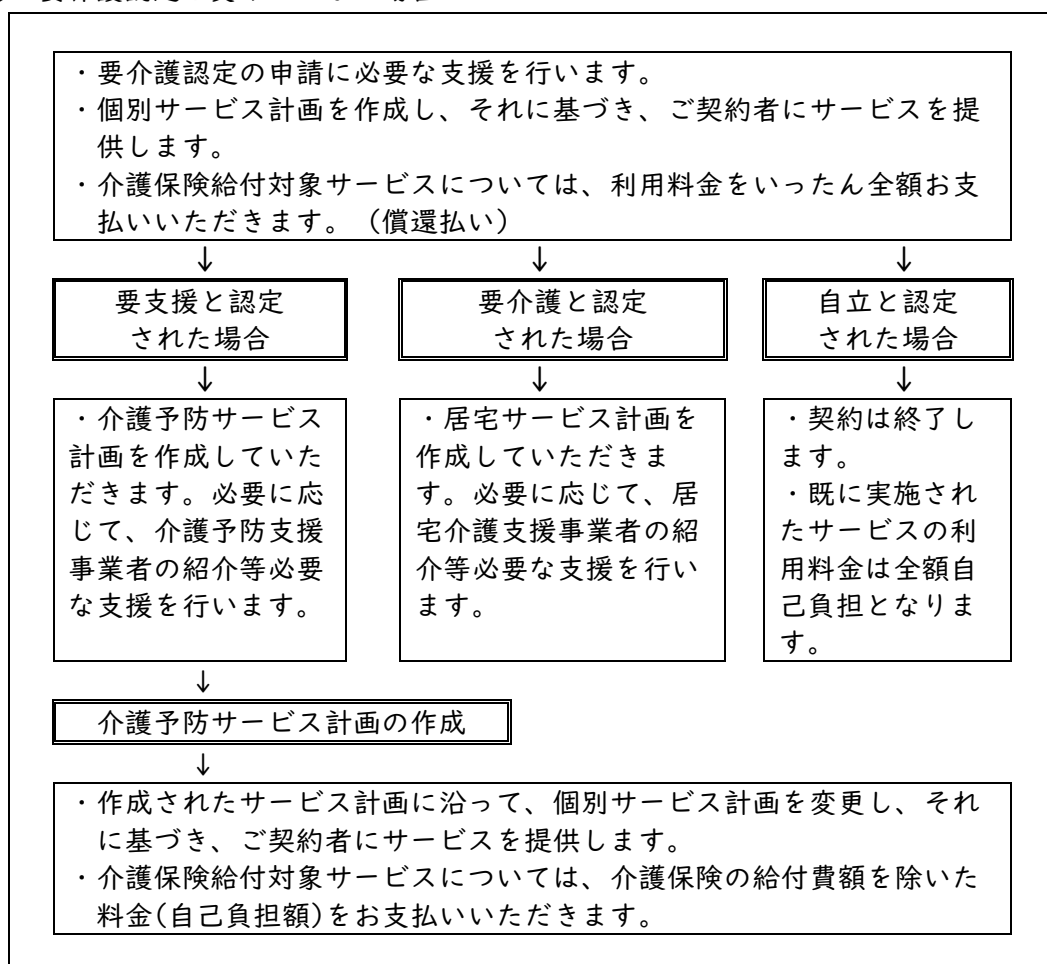


(2) ご契約者に係る「介護予防サービス計画」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

○介護予防短期入所生活介護 *兼務

職 種	指定基準
1. 施設長（管理者）	1 名
2. 生活相談員	1 名
3. 看護職員	3 名以上
4. 介護職員	看護職員と合わせて 25 名以上
5. 介護支援専門員	1 名
6. 医師	必要数
7. 栄養士（管理栄養士）	1 名

<主な職種の勤務体制> ☆土日等は、プログラムにより下記と異なります

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週金曜日 14:00～16:00
2. 介護職員	[1 階・2 階共通] 早出 1 6:45～15:45 1 階 3 名 2 階 5 名 日勤 8:00～17:00 1 階 1 名 2 階 1 名 遅出 1 10:30～19:30 1 階 1 名 2 階 1 名 遅出 2 11:00～20:00 1 階 1 名 2 階 2 名 遅出 3 13:00～22:00 1 階 1 名 2 階 2 名 夜勤 22:00～ 7:00 1 階 1 名 2 階 2 名
3. 看護職員	早出 8:00～17:00 1 名 日勤 8:30～17:30 1 名以上 遅出 9:30～18:30 1 名

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割）が介護保険から給付されます。

① 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。
- ・介護予防短期入所生活介護では、入浴又は清拭を週 2 回以上行います。

② 排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

③ 機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

サービス利用料金(1日あたり)

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と滞在費及び食事に係る基準自己負担額の合計をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。)

<多床室の場合>

1. 契約者の要支援度とサービス利用基本料金	要支援Ⅰ 4,510 円	要支援Ⅱ 5,610 円
2. サービス提供体制強化加算Ⅱ	180 円	
3. 介護職員処遇改善加算Ⅰ	660 円	810 円
4. 介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
5. 自己負担金額	535 円	660 円
6. 滞在費	915 円	
7. 食 費	1,650 円 (朝 310、昼 720、夕 620)	
自己負担金額合計 (5+6+7)	3,100 円	3,225 円

※負担割合が2割の方は、(5)自己負担金額が変わります

<従来型個室>

1. 契約者の要支援度とサービス利用基本料金	要支援Ⅰ 4,510 円	要支援Ⅱ 5,610 円
2. サービス提供体制強化加算Ⅰ	180 円	
3. 介護職員処遇改善加算Ⅰ	660 円	810 円
4. 介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
5. 自己負担金額	535 円	660 円
6. 滞在費	1,231 円	
7. 食 費	1,650 円 (朝 310、昼 720、夕 620)	
自己負担金額合計 (5+6+7)	3,416 円	3,541 円

※負担割合が2割の方は、(5)自己負担金額が変わります

☆契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、契約者の負担額を変更します。

☆送迎サービスをご利用になられた場合は、1回につき1,840円(うち、1,656円は介護保険から給付されます)ご負担していただきます。

入所当日、体調不良等の理由でショートステイのサービス(食事・入浴等)を利用せず退所された場合の送迎費用は「交通費」での請求となります。

☆居室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。負担していただく金額は、以下の表のとおりです。

介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金

<多床室の場合>

利用者負担第１段階：例）生活保護受給者

１．契約者の要支援度とサービス利用基本料金	要支援Ⅰ 4,510 円	要支援Ⅱ 5,610 円
２．サービス提供体制強化加算Ⅰ	180 円	
３．介護職員処遇改善加算Ⅰ	660	810
４．介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
５．公費負担金額	535 円	660 円
６．滞在費	0 円(915 円は公費負担)	
７．食 費	300 円	
自己負担金額合計（6+7）	300 円	300 円

利用者負担第２段階：例）年金８０万円以下の者

１．契約者の要支援度とサービス利用基本料金	要支援Ⅰ 4,510 円	要支援Ⅱ 5,610 円
２．サービス提供体制強化加算Ⅰ	180 円	
３．介護職員処遇改善加算Ⅰ	660 円	810 円
４．介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
５．自己負担金額	535 円	660 円
６．滞在費	430 円(915 円の内 485 円は補足給付)	
７．食 費	600 円	
自己負担金額合計（5+6+7）	1,565 円	1,690 円

※負担割合が２割の方は、(5)自己負担金額が変わります

利用者負担第３段階①：例）年金８０万円超１２０万円以下の者

１．契約者の要支援度とサービス利用基本料金	要支援Ⅰ 4,510 円	要支援Ⅱ 5,610 円
２．サービス提供体制強化加算Ⅰ	180 円	
３．介護職員処遇改善加算Ⅰ	660 円	810 円
４．介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
５．自己負担金額	535 円	660 円
６．滞在費	430 円(915 円の内 485 円は補足給付)	
７．食 費	1,000 円	
自己負担金額合計（5+6+7）	1,965 円	2,090 円

※負担割合が２割の方は、(5)自己負担金額が変わります

利用者負担第３段階②：例）年金＋その他の所得金額が１２０万円超

１．契約者の要支援度とサービス利用基本料金	要支援Ⅰ 4,510 円	要支援Ⅱ 5,610 円
２．サービス提供体制強化加算Ⅰ	180 円	
３．介護職員処遇改善加算Ⅰ	660 円	810 円

4. 介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
5. 自己負担金額	535 円	660 円
6. 滞在費	430 円(915 円の内 485 円は補足給付)	
7. 食 費	1,300 円	
自己負担金額合計 (5+6+7)	2,265 円	2,390 円

※負担割合が2割の方は、(5)自己負担金額が変わります

<従来型個室の場合>

利用者負担第1段階：例) 生活保護受給者

1. 契約者の要支援度と サービス利用基本料金	要支援1 4,510 円	要支援2 5,610 円
2. サービス提供体制強化加算 I	180 円	
3. 介護職員処遇改善加算 I	660 円	810 円
4. 介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
5. 公費負担金額	535 円	660 円
6. 滞在費	380 円 (1,231 円の内 851 円は補足給付)	
7. 食 費	300 円	
自己負担金額合計 (6+7)	680 円	680 円

利用者負担第2段階：例) 年金80万円以下の者

1. 契約者の要支援度と サービス利用基本料金	要支援1 4,510 円	要支援2 5,610 円
2. サービス提供体制強化加算 I	180 円	
3. 介護職員処遇改善加算 I	660 円	810 円
4. 介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
5. 自己負担金額	535 円	660 円
6. 滞在費	480 円 (1,231 円の内 751 円は補足給付)	
7. 食 費	600 円	
自己負担金額合計 (5+6+7)	1,615 円	1,740 円

※負担割合が2割の方は、(5)自己負担金額が変わります

利用者負担第3段階①：例) 年金80万円超120万円以下の者

1. 契約者の要支援度と サービス利用基本料金	要支援1 4,510 円	要支援2 5,610 円
2. サービス提供体制強化加算 I	180 円	
3. 介護職員処遇改善加算 I	660 円	810 円
4. 介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
5. 自己負担金額	535 円	660 円
6. 滞在費	880 円 (1,231 円の内 351 円は補足給付)	
7. 食 費	1,000 円	

自己負担金額合計 (5+6+7)	2,415 円	2,540 円
------------------	---------	---------

※負担割合が 2 割の方は、(5)自己負担金額が変わります

用者負担第 3 段階②：例）年金＋その他の所得金額が 120 万円超

1. 契約者の要支援度と サービス利用基本料金	要支援 1 4,510 円	要支援 2 5,610 円
2. サービス提供体制強化加算 I	180 円	
3. 介護職員処遇改善加算 I	660 円	810 円
4. 介護保険から給付される金額	4,815 円	5,940 円
5. 自己負担金額	535 円	660 円
6. 滞在費	880 円 (1,231 円の内 351 円は補足給付)	
7. 食 費	1,300 円	
自己負担金額合計 (7+8+9)	2,715 円	2,840 円

※負担割合が 2 割の方は、(5)自己負担金額が変わります

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

- ① 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合
サービス利用料金表に定められた料金の金額が必要となります。
- ② 複写物の交付
ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には
実費相当分をご負担いただきます。
・ 1 枚につき 40 円

- ③ 契約者が使用する居室料
契約者のご利用いただく居室を提供します。

・ 居室	居 室	多床室	従来型個室	別料金表
	居住費	915 円	1,231 円	

- ④ 契約者の食事の提供
契約者の栄養状態に適した食事を提供します。
・ 利用料金：1 日あたり 1,650 円
- ⑤ レクリエーション、クラブ活動
契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。
・ 利用料金：状況に応じて材料代等の実費をいただくことがあります。
- ⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活品の購入代金等契約者の日常生活に要する費用で、契約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負担いただきます。
- ⑦ 理髪・美容〔理髪サービス〕〔美容サービス〕
月に 2 回、理・美容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪等）をご利用いただけます。
・ 利用料金：施設と業者で特別料金を契約しております。
- ⑧ 交通費
通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。
・ 利用料金：距離(km)×50 円(高速代金等は別途いただきます)
- ⑨ 電気代

- 電化製品(テレビ等)持込時には維持管理費をご負担していただきます。
・利用料金：1日につき10 円

☆経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は次のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア) 現金でのお支払い

イ) 下記の口座へのお振込

中兵庫信用金庫 丹南支店 口座番号 普通預金 0129969 口座名義 短期入所生活介護 施設長 山下和秀	丹波ささやま農業協同組合 西紀大山支店 口座番号 普通預金 7905190 口座名義 社会福祉法人和寿園 理事長 細見 政利
--	---

ウ) 口座振替払い

取扱金融機関 中兵庫信用金庫 各支店
J A丹波ささやま 各支店

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前々日までに事業者に出して下さい。
- 利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の50%
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

- 介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の50%もしくは全額となります。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所及び介護員の稼働状況により、契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

(5) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、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。)

利用時の急な発熱、ケガ等につきましては、ご家族様に連絡します。通院が必要な場合は、ご家族様で対応をお願いいたします。

①協力医療機関

医療機関の名称	にしき記念病院(嘱託医)
---------	--------------

所在地	兵庫県丹波篠山市西谷 575-1
診療科	内科 整形外科 眼科 耳鼻咽喉科 心療内科 神経内科 皮膚科（入院病棟有）

②協力歯科医院

医療機関の名称	小嶋歯科医院
所在地	兵庫県丹波篠山市立町 139-1

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更と同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第16条参照）

- ①契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間中であっても、契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の2日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ④契約者の「介護予防サービス計画」が変更された場合（一部解約は出来ません）
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑧他の利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（2）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ①契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合（ただし、状況により施設長が認めた場合6ヶ月まで可能とする）
- ③契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用サービス等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④契約者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがある、あるいは、契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の一部が解約または解除された場合

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

8. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、契約者に対してサービスを提供するにあたって、契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護に配慮するなど、次のことを守ります。

- ①契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、契約者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥契約者へのサービス提供時において、契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑦事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、契約者の同意を得ます。

9. サービスの利用に関する留意事項

(1) 利用時の持ち物について

別紙「ショートステイご利用にあたって」をご参照下さい。

(2) 面会 面会時間 9:30～19:00(原則として)

来訪者は、必ず入り口の面会簿にご記入下さい。

なお、来訪される場合、お菓子類の持ち込みは結構ですが必ずお持ち帰りください。(食中毒安全対策、健康管理、対人関係等を配慮して)

また他の利用者の方には病気等の関係でご配慮をよろしくお願いします。

(3) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(4) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

10. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

11. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

・苦情受付窓口(担当者)

〔職名〕	責任者	施設長	山下 和 秀
		相談員	稲垣 尚 亮
		相談員	宮脇 翼

・受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

・兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 8:30～17:15 月～金
・市・区役所 介護保険担当課	丹波篠山市保健福祉部長寿福祉課介護保険係 所在地 兵庫県丹波篠山市北新町41 電話番号 (079) 552-1111 受付時間 8:30～17:15 月～金

(別紙)

ショートステイご利用にあたって

1. 初回ご利用時に用意していただくもの

- ・介護保険証のコピー ・医療保険証のコピー
- ・負担割合証のコピー ・負担限度額認定証のコピー

*内容に変更があればその都度コピーの提出をお願い致します。

2. 毎回用意していただくお荷物

- ・お薬（お薬の説明書、お薬手帳があれば一緒にお願いします）

- ・歯ブラシ、コップ（プラスチックの物）

- ・入れ歯、入れ歯ケース、入れ歯洗浄剤 （・室内用の靴）

- ・パジャマ1着 ・その他、化粧品、髭そり等必要な物

- ・当日着用している衣類以外に、
*上着、ズボン類→それぞれ1着ずつ

*下着類→シャツ、パンツ、パッチ、靴下、それぞれ1着ずつ

☆ 衣類は、入浴時・汚染時には、和寿園にて洗濯いたします。

☆ 通常の洗濯が出来ない衣類はご遠慮ください。

☆ おむつ・紙パンツ、パットは利用料金に含まれているため持参の必要はありません。

～持ち物のお願い～

*すべての持ち物にお名前の記入をお願い致します。

*衣類は紛失・忘れもの予防の観点から、できるだけ上記の枚数でお願い致します。

*食べ物を持ち込みは原則ご遠慮ください。

*その他、わからないことがあればご相談ください。

☆ご家族様のご支援・ご協力の程、よろしくお願い致します。

令和 年 月 日
時 分～ 時 分
場 所

指定介護老人福祉施設での介護予防短期入所生活介護サービスの提供に際し、本書面に
基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 職名 _____ 氏 名 _____ 印 _____

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容を確認しサービスの
提供開始に同意いたします。

〒 _____
契約者（利用者） 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

〒 _____
身元引受人 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

(契約者との続柄)

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、内容を確認し、サービスの提供開始
に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

(契約者との関係)

※立会人 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

(契約者との続柄)

事 業 者 住 所 兵庫県丹波篠山市高屋 24 番地
法 人 名 社会福祉法人和寿園
理 事 長 細見 政利 印