

「介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業者は介護保険の指定を受けています。
(兵庫県指定 第 2871100455 号)

当事業所はご契約者に対して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について次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
- (2) 法人所在地 〒430 - 0946 静岡県浜松市中区元城町 218-26 聖隷ビル
- (3) 電話番号 0 5 3 - 4 1 3 - 3 3 0 0
- (4) F A X 番号 0 5 3 - 4 1 3 - 3 3 1 4
- (5) 代表者氏名 理事長 山本 敏博
- (6) 設立年月日 昭和 2 7 年 5 月 1 7 日
- (7) インターネットアドレス番号 <http://www.seirei.or.jp/hq/>

2. 事業所の概要

- (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 6 7 1 0 . 3 2 m²
- (3) 施設の周辺環境
宝塚市東北方山手の閑静な住宅街を過ぎた高台に在り、緑多い静かな環境にあります。

事業所の説明

- (1) 施設の種類
短期入所生活介護 第 2 8 7 1 1 0 0 4 5 5 号
通所介護（通常規模型） 第 2 8 7 1 1 0 0 3 1 5 号
通所介護（地域密着型認知症型） 第 2 8 7 1 1 0 0 3 1 5 号
※当事業所は特別養護老人ホーム花屋敷栄光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、日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。

- (3) 施設の名称 花屋敷栄光園
- (4) 施設の所在地 〒665-0808 兵庫県宝塚市切畑字長尾山5-321
交通機関 阪急電鉄雲雀丘花屋敷駅から阪急バス「愛宕原ゴルフ場」行きバスに乗車、長尾台バス停下車。徒歩10分
- (5) 電話番号 短期入所専用 072-740-3553
代表番号 072-740-3388
FAX番号 072-740-3980
- (6) 施設長（管理者）氏名 園長 山田 精一
- (7) 当施設の運営方針 当施設は施設サービス計画に基づき、さまざまな介護を行うことによって、ご契約者がその有する能力に応じ、いきいきとその人らしく生活できることを目指します。
- ご契約者の意志及び人格を尊重し、常にご契約者の立場に立って指定介護福祉施設サービスの提供に努め、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係する団体との密接な連携に努めます。
- (8) 開設（サービス開始）年月 平成11年 4月 1日
- (9) 通常の事業の実施地域 宝塚市、川西市の一部
- (10) 営業日 年中無休
受付時間 月曜日～金曜日 10:00～17:00
- (11) 利用定員 12人（1階3室・2階9室）
- (12) 居室等の概要

短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入所される居室は、原則としてご契約者の心身状況等を確認して施設にて決めさせていただきます。

居室・設備の種類	室数	人数	備考
個室（1人部屋）	12室	12人	14.69㎡、洗面所付
合計	12室	12人	
食堂	10室	1、2階各	269.21㎡
機能訓練室	1室	1階	平行棒1台
浴室	6室		機械浴槽、家庭浴槽
医務室	1室	1階	
静養室	2室	1階2室	1室当り面積14.4㎡

居室以外の共用部分は、指定介護老人福祉施設と一体的にサービスを提供していますので、施設全体の設備を記載しています。

☆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ご相談のうえ決定するものとします。

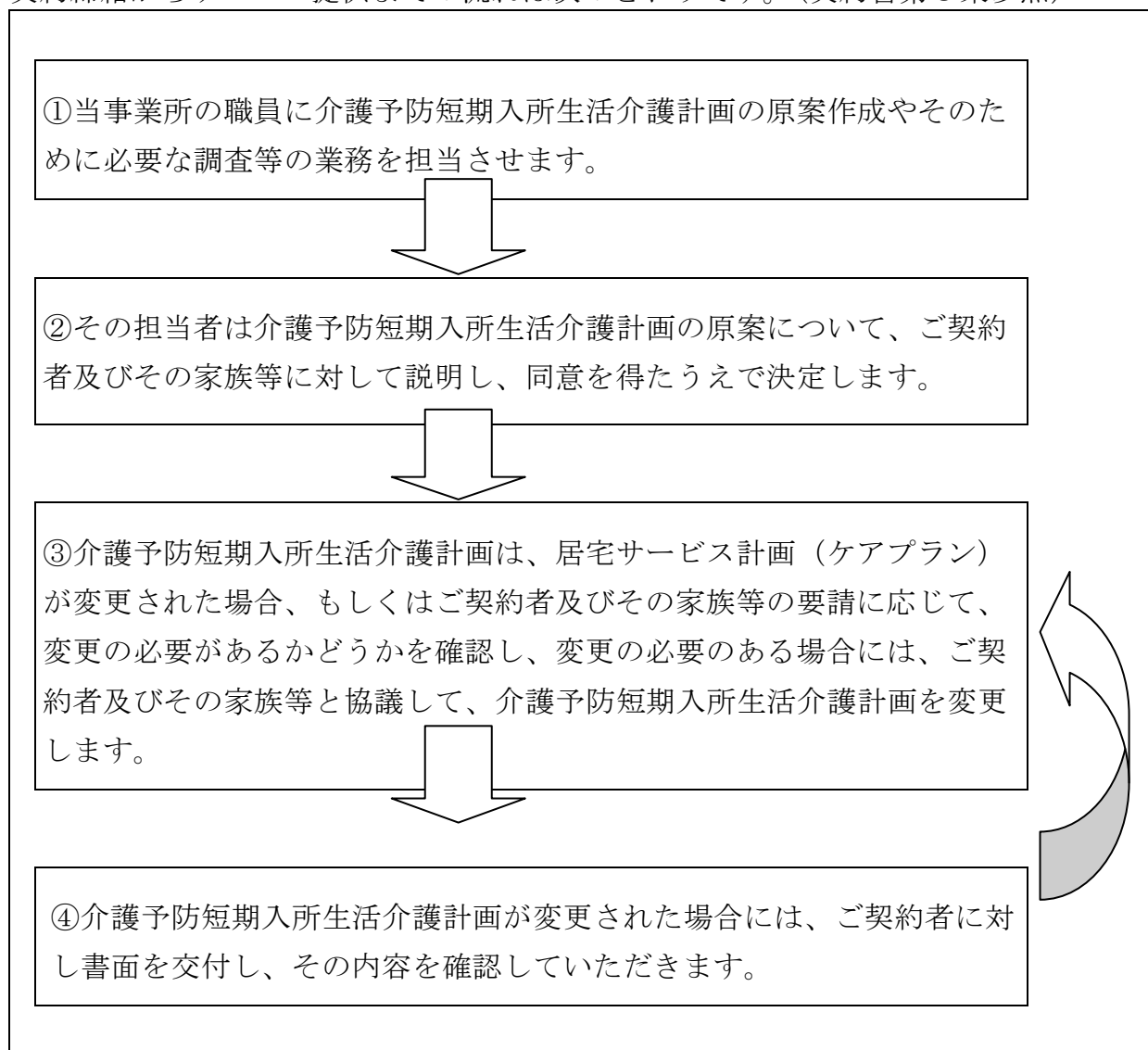
☆居室に備え付けているものもの

全室空調設備 ベッド 電気スタンド テレビ（希望）
ベッドサイドキャビネット（物入れ） 洗面所（個室のみ）

3. 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（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する介護予防短期入所生活介護計画に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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〉

職 種	配置人員	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名		1名
2. 生活相談員	1名		1名
3. 介護職員	4名	4名	4名
4. 看護職員	4名	0.1名	0.1名
5. 機能訓練指導員	必要数		必要数

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週37.5時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5名÷37.5時間＝1.06名）となります。

〈主な職種の勤務時間〉

（指定介護老人施設と一体的勤務体制）

職種		勤務体制
1. 医師	施設内診療全般	毎週月曜日、金曜日 13:00～15:00
	精神科診療	毎月第1、第3木曜日 14:00～16:00
2. 生活相談員		9:00～17:30（土、日、祝日を除く）
3. 介護職員 （従来部分）		標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7:30～16:00 2名 早番： 8:00～16:30 2名 日中： 9:00～17:30 2名 遅番： 11:00～19:30 4名 夜勤： 17:15～翌9:30 4名
4. 介護職員 （ユニット部分）		標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7:15～15:45 4名 遅番： 12:45～21:15 4名 夜勤： 21:00～翌7:15 2名
5. 看護職員		標準的な時間帯における最低配置人員 日勤： 9:00～17:30 3名

☆日曜、祝日は上記と異なります。

<配置職員の職種>

(指定介護老人施設と一体的勤務体制)

生活相談員

…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

介護職員

…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

看護職員

…主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員

…機能訓練指導員、看護、介護職員が担当し、ご契約者の機能訓練を行います。

医師

…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

栄養士

…ご契約者の栄養面での管理・指導を行います

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所ではご契約者に対して以下の短期入所生活介護サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1)利用料金が介護保険から給付される場合
- (2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護予防介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

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。

<サービスの概要>

① 食 事

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 朝食：8：00～
 昼食：12：00～
 夕食：18：00～

②入 浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排 泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・看護・介護職員により、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。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥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、適切な静養が行われるよう援助します。

⑦定例行事及び全員参加するレクリエーション

<サービス利用料金（1日あたり 概算）>（契約書第9条）

下記の料金表によって、ご契約者の要支援状態に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と滞在費及び食費と加算料金表Ⅰ・Ⅱ（自己負担額）の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要支援状態に応じて異なります。）

（1日あたり 金額は概算 単位：円）

要支援1

居室分類	利用者負担段階	1割負担	滞在費	食費	合計自己負担額
従来型 個室	第1段階	485	320	300	1,105
	第2段階	485	420	390	1,295
	第3段階	485	820	650	1,955
	第4段階 (基準費用額)	485	1,150	1,380	3,013
ユニット 型個室	第1段階	597	820	300	1,717
	第2段階	597	820	390	1,807
	第3段階	597	1,640	650	2,887
	第4段階 (基準費用額)	597	1,970	1,380	3,947
多床室	第1段階	538	0	300	838
	第2段階	538	320	390	1,248
	第3段階	538	320	650	1,508
	第4段階 (基準費用額)	538	320	1,380	2,238

要支援2

居室分類	利用者負担段階	1割負担	滞在費	食費	合計自己負担額
従来型 個室	第1段階	603	320	300	1,223
	第2段階	603	420	390	1,413
	第3段階	603	820	650	2,073
	第4段階 (基準費用額)	603	1,150	1,380	3,133
ユニット型 個室	第1段階	727	820	300	1,847
	第2段階	727	820	390	1,937
	第3段階	727	1,640	650	3,017
	第4段階 (基準費用額)	727	1,970	1,380	4,077

多床室	第1段階	662	0	300	962
	第2段階	662	320	390	1,372
	第3段階	662	320	650	1,632
	第4段階 (基準費用額)	662	320	1,380	2,362

※ユニット型個室、多床室は特養居室空室利用の際の料金です。

※保険者（市区町村）への申請により介護保険負担額の認定を受けている方は、所得に応じて上記のような利用者負担の軽減措置があります。

加算料金表 I

(施設全体が適用を受けるため、利用者全員に適用される項目) (円)

	加算項目	料金	適用条件(概略)
○	機能訓練体制加算	13	個別機能訓練計画に基づき、サービス提供
○	サービス提供体制強化加算(I)	13	介護福祉士有資格者を50%以上配置
	サービス提供体制強化加算(II)	7	常勤職員の割合が75%以上
	サービス提供体制強化加算(III)	7	直接援助職員のうち、勤続3年以上職員が30%以上

加算料金表 II

(利用者個人別に適用される項目) (円)

	加算項目	料金	適用条件(概略)
○	送迎加算	192	送り、迎え各々につき加算
○	若年性認知症受入加算	126	若年性認知症患者を受け入れ、介護サービスを提供した場合
○	認知症緊急受入れ加算	209 7日限度	医師が在宅での生活が困難と判断し受け入れを実施した場合

※ 上記表の加算単価表 I・II の項目の内、左端○印の項目について、ご負担を頂くこととなります。金額は介護保険給付額を除いた一日当たり概算額です。

※ 上記表の加算単価表の加算適用条件が整い、指定が得られたものについては、今後追加してご負担頂くこととなります。そのような場合は、事前にその負担額の変更についてご連絡致します。

※ ご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。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払戻す手続きをとっていただくこととなります(償還払い)。また、居宅サービス計画(ケアプラン)が作成されていない場合も償還払いとなります。

※ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

※ ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

※ エリア外（運営規程に定められた地域外）の送迎については、上記の加算額に加えてエリア外の実費をご負担していただくことになります。

エリア外送迎料金：事業所から片道概ね10km未満 200円/回

事業所から片道概ね10km以上 1kmにつき 20円/回

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第9条参照）

①介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合は、5（1）サービス利用料金表の1割負担分を全額ご負担いただくことになります。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

また、送迎に係る加算額も全額ご負担いただくことになります。

送迎に係る加算額：送り・迎え各々につき1,914円

②契約者が使用する居室料

ご契約者のご利用いただく居室を提供します

利用料金：居室に係る料金は、5（1）サービス利用料金表「滞在費」に該当します。

③契約者の食事の提供

ご契約者栄養状態に適した食事を提供します。

利用料金：朝食 330円 昼食 550円 夕食 500円

④その他の日常生活費

（消費税込）

費用項目	内 容	算定 単位	金 額 (円)
入浴用品代	入浴や清拭の際、使用するバスタオル、フェイスタオル	1 回	50
衛生用品代	食事等の際、使用するオシボリ代（毎食後3枚、洗面用蒸しタオル1枚）	1日当り	40
口腔ケア用品	自力で口腔清拭の困難な方の口腔ケア用品(スポンジ・綿棒)	1日当り	20
ポータブルトイレ用消臭液	日中、夜間を通じてポータブルトイレを使用される方の消臭液	1日当り	30
T字カミソリ	電気カミソリを持参されず、園のものを使用した場合（使い捨て）	実使用回数	80
歯ブラシ代	持参されるのを忘れ園のものを使用した場合	1 本	100

クラブ活動	クラブごとに使用実費を参加者で割る	1 回	実 費
複写物の交付	記録物の複写をご希望される場合	1 枚	1 0
F A X代	送信	1 回	3 0
	受信	1 枚	1 0
喫茶代	デイサービス喫茶コーナー利用される場合（コーヒー・ココア・紅茶・カルピス・こぶ茶等）	1 品	5 0

※ 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。

※ ②③については、保険者（市区町村）への申請により介護保険負担限度額の認定を受けている方は、所得に応じて、5（1）のような利用者負担の軽減措置があります。

(3) 立替金の利用

日常生活資金処理のため、施設の用意する立替金をご利用いただけます。施設の立て替えた費用については、翌月の施設の指定する日に利用料と一緒に一括して請求します。

(4) 利用料金のお支払い方法（契約書第9条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月15日にご請求します。請求月の末日に、下記の方法でお支払いいただきます。

ご契約者の郵便局指定口座からの自動振替

自動振替の手続きを、職員が代行しますので、「自動振込利用申込書」に記入、押印をお願いいたします。

郵便局に口座をお待ちでない方は、新たに口座を開設していただきます

お支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第10条参照）

○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の17時までに事業者申し出て下さい。

○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 17 時まで申し出があった場合	無料
利用予定日の前日 17 時まで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、事業所が満室等により、ご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利用可能日をご契約者に提示して協議します。

○ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止する事ができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

(6) 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、ご契約者の希望により、下記協力病院において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記病院での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記病院での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

協力病院

病院の名称	協立病院
所在地	兵庫県川西市中央町 16 番 5 号
診療科	内科、外科、整形外科、呼吸器内科他

6. 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 7 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に 6 か月間（要介護認定期間）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 19 条参照）

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 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、ご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ご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の申し出を行った場合 (詳細は以下をご参照下さい)

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出 (契約書第20条、第21条参照)

契約の有効期間内であっても、ご契約者から利用契約を解除することが出来ます。その場合には、契約終了を希望する日の7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ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「居宅サービス計画 (ケアプラン)」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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。
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・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 (契約書第22条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご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ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③事業者が防止策を取ったにも拘わらず、ご契約者が、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者等の財物・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ご契約者の行動が他の利用者や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ったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為を繰り返す等、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第19条参照）

契約を終了する場合には、事業者はご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。

7. サービス提供における事業者の義務（契約書第12条、第13条参照）

事業者は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第12条、第13条に規定される義務を負います。事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調、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、ご契約者から聴取、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、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご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、ご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ご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、ご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して、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ご契約者へのサービス提供時において、ご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られ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ご契約者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
ただし、ご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、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

8. サービス利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、事業所をご利用される皆様の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、共同生活に支障をきたすような物の持ち込みは制限させていただきます。

(2) 面 会

面会時間 午前8時00分～午後8時00分

(3) 施設・設備の使用上の注意（契約書第14条、第15条参照）

- 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、ご契約者に自己負担により現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。
- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。
ただし、その場合、ご本人のプライバシー等について、十分な配慮をおこないます。
- 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。

9. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

10. 損害賠償について（契約書第16条、第17条参照）

- (1) 当事業所において、事業者の責任によりご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、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

- (2) 事業者は、自己の責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、事業者は損害賠償責任を免れます。
- ① ご契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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もつぱら起因して損害が発生した場合
 - ② ご契約者（その家族も含む）が、サービスの実施にあたって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もつぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ ご契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

1 1. 苦情の受付について（契約書第 2 5 条参照）

(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。

○ 苦情受付担当者

〔氏名〕 赤井 留美
〔職名〕 生活相談員
〔電話〕 0 7 2 - 7 4 0 - 3 3 8 8
〔FAX〕 0 7 2 - 7 4 0 - 3 9 8 0
受付時間 毎週月曜日～金曜日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

○ 第三者委員

〔氏名〕 吉成 友介 様
〔職名〕 元・ふじが丘自治会 自治会長

〔氏名〕 保田 淑郎 様
〔職名〕 宝塚造形芸術大学教授

〔氏名〕 鈴木 勝雄 様
〔職名〕 聖隷福祉事業団法人本部監事

○ 苦情解決責任者

施設長 山田 精一

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○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 9:00~17:15 月曜日~金曜日
○宝塚市介護保険課	所在地 宝塚市東洋町1-1 電話番号 (0797) 71-1141 FAX番号 (0797) 71-1355 受付時間 9:00~17:15 月曜日~金曜日
○第三者委員 吉成 友介 様	〒665-0806 所在地 宝塚市ふじが丘6-8 電話番号 (072) 758-5839 (留守電あり) FAX番号 (072) 758-5839 受付時間 9:00~17:15 月曜日~金曜日
○第三者委員 保田 淑郎 様	〒599-8246 所在地 堺市中区田園689 電話番号 (0722) 35-3640 (留守電あり) FAX番号 (0722) 35-3640 受付時間 9:00~17:15 月曜日~金曜日
○第三者委員 鈴木 勝雄 様	〒430-0946 所在地 浜松市中区元城町218-26 聖隷ビル 電話番号 (053) 413-3300 FAX番号 (053) 413-3314 受付時間 9:00~17:15 月曜日~金曜日

平成 年 月 日 時 分～ 時 分

介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所 _____

氏名 _____ 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、介護予防短期入所生活介護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 （注）この立会人は、ご家族になっていただきます。

住所 _____

氏名 _____ 印

（契約者との続柄 _____）