

# 重 要 事 項 説 明 書

## (短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(北海道指定 第0171400492号)

当事業所はご契約者に対して指定居宅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。

※当サービスの利用は、原則として「要介護・要支援」と認定された方が対象となります。要介護・要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### 1. 事業者

- |           |               |
|-----------|---------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 函館鴻寿会  |
| (2) 法人所在地 | 北海道函館市亀田町7番1号 |
| (3) 電話番号  | 0138-41-5100  |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 上山 剛      |
| (5) 設立年月日 | 平成11年10月1日    |

### 2. 事業所の概要

- |               |                                                                                                          |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 事業所の種類    | 指定短期入所生活介護事業所<br>平成12年5月10日指定 北海道指定 第0171400492号<br>指定介護予防短期入所生活介護事業所<br>平成18年4月1日指定 北海道指定 第0171400492号  |
| (2) 事業所の目的    | 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事ができるように支援する事を目的として、ご契約者に、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。 |
| (3) 事業所の名称    | 短期入所生活介護事業所こうじゅ                                                                                          |
| (4) 事業所の所在地   | 北海道函館市亀田町7番1号                                                                                            |
| (5) 電話番号      | 0138-41-5100                                                                                             |
| FAX           | 0138-41-5109                                                                                             |
| (6) 事業所長(管理者) | 氏名 小松 隆宏                                                                                                 |
| (7) 事業所の運営方針  | 事業所の従事者は、高齢者等の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ介護予防および自立支援の観点から、生活全般にわたる援助を行います。                                      |
| (8) 開設年月日     | 平成12年5月11日                                                                                               |
| (9) 利用定員      | 19名                                                                                                      |

#### (10) 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。

|                      |             |       |              |
|----------------------|-------------|-------|--------------|
| [地域密着型通所介護]          | 令和元年 8月 1日  | 函館市指定 | 第0171400492号 |
| [居宅介護支援]             | 平成18年 4月24日 | 北海道指定 | 第0171401862号 |
| [障害者短期入所]            | 平成16年 5月10日 | 北海道指定 | 第0111400172号 |
| [地域密着型特定施設入居者介護]     | 平成25年 3月25日 | 函館市指定 | 第0191400399号 |
| [地域密着型特別養護老介護老人福祉施設] | 平成28年 4月 1日 | 函館市指定 | 第0191400399号 |
| [住宅型有料老人ホーム]         | 平成28年12月 1日 |       |              |
| [認知症対応型通所介護]         | 令和 3年 7月 1日 | 函館市指定 | 第0191400399号 |

### 3. 事業実施地域および営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 函館市（旧戸井町・旧恵山町・旧榎法華村・旧南茅部町を除く）、北斗市、七飯町

- (2) 営業時間

|         |             |
|---------|-------------|
| 営 業 日   | 年 中 無 休     |
| 提 供 時 間 | 00:00～24:00 |

### 4. 事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスおよび指定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、次の職種の職員を配置しています。

| 従業者の職種  | 員数  | 区分           |    |     |    | 保有資格       |
|---------|-----|--------------|----|-----|----|------------|
|         |     | 常勤           |    | 非常勤 |    |            |
|         |     | 専従           | 兼務 | 専従  | 兼務 |            |
| 管理者     | 1   |              | 1  |     |    | 介護福祉士      |
| 生活相談員   | 1   | 1            |    |     |    | 社会福祉主事任用資格 |
| 介護職員    | 7   | 5            | 1  | 1   |    | 介護福祉士 5 名  |
| 栄養士     | 1   | 1            |    |     |    | 栄養士        |
| 医師      | 1   |              |    | 1   |    | 医師免許       |
| 機能訓練指導員 | 1   |              |    | 1   |    | 正看護師       |
| その他の職員  | 若干名 | 理事長が必要と認めた職員 |    |     |    |            |

### 5. サービス内容と利用料金

当事業所では、ご契約者に対して、利用料金が介護保険から給付される場合および利用料金の全額をご負担していただく場合があります。

- (1) 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）

利用料金の大部分（9割、又は平成27年8月1日以降ご利用者本人の所得や収入により8割、平成30年8月1日以降は7割となる場合があります。）は介護保険から給付されます。また、利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅介護・介護予防サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画に定めます。

## ＜サービスの概要＞

| 種 類     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士が作成する献立表により、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。（食材料費は無料です。）</li> <li>・食事は原則、食堂で召し上がるように配慮します。</li> </ul> <p>＝食事時間＝</p> <p>朝 食      8:00～9:30      (320円)</p> <p>昼 食      12:00～13:30      (380円)</p> <p>お 茶      14:30～15:00      (120円)</p> <p>夕 食      18:00～19:30      (380円)</p> <p>※1日3食及びお茶代 1,200円 （全て消費税含む）</p> <p>《食事はできるだけ離床して食堂で召し上がるように配慮します。》</p> |
| 排せつの介助  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。</li> <li>・おむつを使用する方に対しては、必要な場合は交換を行います。</li> </ul> <p>《介助全般については同性介助で行えるように配慮します。》</p>                                                                                                                                                                                                                          |
| 入浴の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・週2回以上の入浴または清拭を行います。</li> </ul> <p>《介助全般については同性介助で行えるように配慮します。》</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 着替え等の介助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体機能低下防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</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します。</li> <li>・シーツ交換は週1回（汚染時は随時）、寝具の消毒は交換のたび実施します。</li> </ul> <p>《介助全般については同性介助で行えるように配慮します。》</p>                                                                                                                                                        |
| 機能訓練    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員（看護師）による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。</li> </ul> <p>（当施設の保有するリハビリ器具）</p> <p>歩行器      1機</p> <p>車椅子      2機</p> <p>平行棒      1機</p>                                                                                                                                                                                                                   |
| 健康管理    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。</li> <li>・また主治医との連絡調整を行い、健康保持のための適切な支援を行います。</li> </ul> <p>（当施設の協力医療機関）</p> <p>医療機関名：深瀬医院</p> <p>診療科：内科、漢方内科、リハビリテーション科、歯科、口腔外科</p> <p>診察日：月～日（※但し土曜・日曜は12:00まで診療）時間：9:00～17:30</p>                                                                                                                                         |
| 相談および援助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <p>（相談窓口）生活相談員 松田澄子</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 送 迎     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体状況等、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| そ の 他   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・シャンプー、リンス、ボディーソープ、おむつ類は無料で提供しております。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## <サービス利用料金>（契約書第6条参照）

### 【短期入所生活介護】

| 介護度/金額              | 告示額                                        | ご負担額   |       |       | 備 考              |
|---------------------|--------------------------------------------|--------|-------|-------|------------------|
|                     | 個 室<br>多床室                                 | 個室、多床室 |       |       | 日用品等については実費とします。 |
|                     |                                            | 1割     | 2割    | 3割    |                  |
| 要介護 1               | 6,030                                      | 603    | 1,206 | 1,809 |                  |
| 要介護 2               | 6,720                                      | 672    | 1,344 | 2,016 |                  |
| 要介護 3               | 7,450                                      | 745    | 1,490 | 2,235 |                  |
| 要介護 4               | 8,150                                      | 815    | 1,630 | 2,445 |                  |
| 要介護 5               | 8,840                                      | 884    | 1,768 | 2,652 |                  |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）     | 220                                        | 22     | 44    | 66    |                  |
| 緊急短期入所受入加算          | 900                                        | 90     | 180   | 270   |                  |
| 送迎加算（片道）            | 1,840                                      | 184    | 368   | 552   |                  |
| 療養食加算               | 80                                         | 8      | 16    | 24    |                  |
| 個別機能訓練加算            | 560                                        | 56     | 112   | 168   |                  |
| 介護職員等<br>処遇改善加算（Ⅰ）ロ | （基本料金＋各加算）×利用回数×加算率（17.6%）を乗じた金額がご負担となります。 |        |       |       |                  |

### 【介護予防短期入所生活介護】

| 介護度/金額                | 告示額                                        | ご負担額   |       |       | 備 考                |
|-----------------------|--------------------------------------------|--------|-------|-------|--------------------|
|                       | 個 室<br>多床室                                 | 個室、多床室 |       |       | 日用品等については実費とします。   |
|                       |                                            | 1割     | 2割    | 3割    |                    |
| 要支援 1                 | 4,510                                      | 451    | 902   | 1,353 |                    |
| 要支援 2                 | 5,610                                      | 561    | 1,122 | 1,683 |                    |
| サービス提供体制強化加算<br>(Ⅰ)   | 220                                        | 22     | 44    | 66    |                    |
| 送迎加算 (片道)             | 1,840                                      | 184    | 368   | 552   | サービスを受けた際にご負担頂きます。 |
| 療養食加算                 | 80                                         | 8      | 16    | 24    |                    |
| 個別機能訓練加算              | 560                                        | 56     | 112   | 168   |                    |
| 介護職員等<br>処遇改善加算 (Ⅰ) ロ | (基本料金+各加算)×利用回数×加算率(17.6%)を乗じた金額がご負担となります。 |        |       |       |                    |

- ※ 送迎については利用者の身体的状況や家族が送迎できないなど、特に送迎が必要な場合において実施いたします。
- ※ 食費および滞在費について、介護保険負担限度額の認定を受けている方については、認定証に記載された額をもって、1日あたりの負担額となります。
- ※ 平成27年8月1日以降、一定以上の所得がある方は利用料金が1割負担から2割負担、平成30年8月1日以降3割負担となる場合があります。  
（要支援、要介護者共通）

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

次のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食費・滞在費

1食ごとに計算し、朝食320円、昼食380円、夕食380円、お茶代120円  
(全て消費税含む) とし、1日3食及びお茶代として1,200円となります。

| 軽減されたあとの利用者負担額 | 1日あたりの滞在費 |     | 1日あたりの食費 |
|----------------|-----------|-----|----------|
|                | 個室        | 多床室 |          |
| 利用者負担第1段階      | 380       | 0   | 300      |
| 利用者負担第2段階      | 480       | 430 | 600      |
| 利用者負担第3段階①     | 880       | 430 | 1,030    |
| 利用者負担第3段階②     | 880       | 430 | 1,200    |
| 上記以外の方         | 1,231     | 915 | 1,200    |

※減免措置を受けられた方につきましては、認定された区分により料金を算出します。

② 洗濯料金表

※ 10日以上長期利用、若しくはどうしても洗濯が必要な場合のみ対応いたします。

※ 素材に毛が入っている衣類は縮む可能性がある為、洗濯せずそのままお返しします。

一般洗濯物（シャツ、パンツ、靴下、タオル、パジャマ等）

1点～10点まで 100円、11点～20点まで 200円、21点～30点まで 300円

31点～40点まで 400円、41点～50点まで 500円

特別洗濯物

私物のタオルケット 350円、私物の毛布 900円

その他（外注） 別途料金

（注）洗濯料金については、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービス利用終了の際に、一利用期間の計算となります。

- ③ その他指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護において提供される便宜のうち、アクティビティサービスにかかるものおよび日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当であると認められるものについては、その実費を徴収します。

6. 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

（1）自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- ① 現金払い（翌月末日までにお支払い願います）
- ② 自動引き落とし（ご指定の金融機関の口座から毎月1回指定日に引き落とします）
- ③ 銀行振込み（翌月末日までにお振込み願います。また、手数料は利用者負担となります）
- ④ 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は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

（2）上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の

全額（10割）を支払い、その後、市町村に対して保険給付分（9割、又は平成27年8月1日以降ご利用者本人の所得や収入により8割、平成30年8月1日以降は7割となる場合があります。）となる場合があります。）を請求することになります。

## 7. 利用の中止（キャンセル）、変更、追加（契約書第7条参照）

- （1）利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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を中止、変更することができます。この場合にはできるだけご利用日の前日午後5時30分までにご連絡ください。ご利用当日、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情で欠席される場合は、午前9時までにご連絡ください。ただし、身体状況や特別な事情等正当な理由以外によるキャンセルは、以下のキャンセル料をお支払いいただきます。

### キャンセル料

| キャンセル日 | キャンセル料                  |
|--------|-------------------------|
| 利用開始前日 | 身体状況、特別な事情等正当な理由以外 50%  |
| 利用開始当日 | 身体状況、特別な事情等正当な理由以外 100% |

- （2）ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者と調整のうえ、居宅サービス・介護予防サービス計画の変更または要介護・要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。
- （3）月途中で要介護度・要支援度が変わった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。
- （4）サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する機関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。

## 8. 事故発生時の対応

- （1）サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご契約者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- （2）ご利用者に対して、当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」と損害保険ジャパン株式会社の「企業総合補償保険」の契約を結んでいます。

## 9. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護・要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合や、要支援から要介護

・要介護から要支援への介護度変更の場合には、契約は更に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、次のような事由がない限り、継続してサービスを利用できますが、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15条参照)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が死亡した場合</li><li>② 要支援認定または要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立と判定された場合</li><li>③ 事業者が解散した場合、破産した場合およびやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合</li><li>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</li><li>⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合</li><li>⑥ ご契約者から解約の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）</li><li>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ください。）</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第16・17条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約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7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、次の場合には、即時に契約を解約することができます。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>② ご契約者が入所された場合</li><li>③ ご契約者に係る居宅サービス・介護予防サービス計画（ケアプラン）が変更された場合</li><li>④ 事業者またはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護・予防短期入所生活介護サービスを実施しない場合</li><li>⑤ 事業者またはサービス従事者が守秘義務に違反した場合</li><li>⑥ 事業者またはサービス従事者が故意および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</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第18条参照）

次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。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、また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</li><li>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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合</li><li>③ ご契約者が故意または重大な過失により事業者、サービス従事者および他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、また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</li></ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(3) 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

## 10. 健康上の理由による中止

- (1) 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合はサービスの内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上適切に対応します。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上適切に対応いたします。また、必要に応じて速やかに主治医または協力病院と連携をとるなど、必要な措置を講じます。

### ・主治医の連絡先

|         |  |
|---------|--|
| 病 院 名   |  |
| 主 治 医 名 |  |
| 住 所     |  |
| 電 話 番 号 |  |

※ 病院、主治医に変更があった場合は、直ちに当事業所までご連絡ください。

### ・緊急時の連絡先 1

|         |  |
|---------|--|
| 氏 名     |  |
| 住 所     |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 続 柄     |  |

### ・緊急時の連絡先 2

|         |  |
|---------|--|
| 氏 名     |  |
| 住 所     |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 続 柄     |  |

### ・緊急時の連絡先 3

|         |  |
|---------|--|
| 氏 名     |  |
| 住 所     |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 続 柄     |  |

※ 緊急時の連絡先に変更があった場合は、直ちに当事業所までご連絡ください。

※ この連絡先は、利用者様に不測の事態が生じたり、どうしても緊急にご家族にお知らせしなければならない時に使用させて頂くものです。したがって、1番の連絡先には24時間必ずご連絡が取れる電話番号の記入をお願い致します。1番の連絡先に連絡が取れない場合、2,3番の連絡先に連絡をさせていただきます。（1番の連絡先に連絡がついた場合は、2,3番の連絡先には施設より連

絡は致しません。1番の方が必要な方にご連絡頂くようお願い致します。)

※ 特に夜間や緊急時は、職員が利用者様の対応に専念するためできるだけ1度の連絡でお知らせが可能な番号をご記入下さい。

## 【転倒等が起こった場合のご連絡について】

転倒等が起こった時には、状況・発生時間帯等を考慮し緊急連絡先へご連絡させていただきます。

※ 重大な事態が発生した時には発生時間帯にかかわらず連絡をさせていただきます。

## 11. 協力医療機関

|   |         |                                                  |
|---|---------|--------------------------------------------------|
| ① | 医療機関の名称 | 深瀬医院                                             |
|   | 院長名     | 深瀬 美由貴                                           |
|   | 所在地     | 松川町30番12号                                        |
|   | 電話番号    | 0138-41-1221                                     |
|   | 診療科     | 内科、漢方内科、リハビリテーション科、歯科、口腔外科                       |
|   | 入院設備    | ベッド数15床                                          |
|   | 救急指定の有無 | 無                                                |
|   | 契約の概要   | 利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連絡を取り合い必要な措置を協力して対応します。 |
| ② | 医療機関の名称 |                                                  |
|   | 院長名     |                                                  |
|   | 所在地     |                                                  |
|   | 電話番号    |                                                  |
|   | 診療科     |                                                  |
|   | 入院設備    |                                                  |
|   | 救急指定の有無 |                                                  |
|   | 契約の概要   |                                                  |

## 12. 苦情申立窓口

当事業所に対する苦情やご相談は次の専用窓口で受け付けます。

(1) サービスに関する相談や苦情及び緊急時には、次の窓口で対応いたします。

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご利用者様相談窓口 | 電話番号 0138-41-5100<br>FAX 番号 0138-41-5109<br>受付担当者 松田澄子 解決責任者 小松隆宏<br>対応時間 8:30~17:30<br><br>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順<br>①苦情の受付・報告<br>苦情受付担当者又は苦情等を受けた職員は、利用者、家族等からの苦情又は相談の内容及び意向を的確に把握し、苦情相談受付・対応記録簿に必要事項を記録するとともに、速やかに解決責任者へ報告する。<br><br>②事実確認・原因把握<br>解決責任者は、苦情等の内容を確認し、必要に応じて関係職員等から事情を聴取するなど、事実関係を整理すると |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>ともに、苦情等が生じた原因及び問題点を把握する。</p> <p>③対応方針の決定<br/>         解決責任者は、確認した事実関係及び利用者、家族等の意向を踏まえ、必要な対応及び改善措置を検討し、対応方針を決定する。必要に応じて苦情受付担当者及び関係職員と協議し、組織的かつ適切な解決を図る。</p> <p>④対応及び説明<br/>         解決責任者又はその指示を受けた職員は、決定した対応方針に基づき必要な措置を講じるとともに、利用者、家族等に対し、事実確認の結果及び対応内容について適切に説明する。</p> <p>⑤改善措置・再発防止<br/>         解決責任者は、苦情等の内容及び対応結果を踏まえ、必要に応じて業務手順の見直し、関係職員への指導・周知その他必要な改善措置を講じ、同様の事案の再発防止及びサービスの質の向上を図る。</p> <p>⑥記録・情報共有<br/>         苦情等の受付内容、事実確認の結果、対応経過、対応結果及び改善措置等について、苦情相談受付・対応記録簿に記録する。また、必要に応じて関係職員間で情報を共有し、今後の適切なサービス提供及び再発防止に活用する。</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(2) 行政機関の相談受付機関

|                          |                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 函館市保健福祉部<br>高齢福祉課 相談支援担当 | <p>所在地 函館市東雲町4番13号 函館市役所2F</p> <p>電話番号 0138-21-3025</p> <p>FAX 番号 0138-26-5936</p> <p>対応時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30</p> |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(3) 行政その他機関の苦情受付機関

|                         |                                                                                                              |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 北海道国民健康保険団体<br>連合会（国保連） | <p>所在地 札幌市中央区南2条西14丁目</p> <p>電話番号 011-231-5175</p> <p>FAX 番号 011-231-5178</p> <p>対応時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15</p> |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                       |                                                                                                              |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 北海道福祉サービス運営<br>適正化委員会 | <p>所在地 札幌市中央区北2条西7丁目1</p> <p>電話番号 011-204-6310</p> <p>FAX 番号 011-204-6311</p> <p>対応時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00</p> |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

13. 利用者等の意見を把握する体制、第三者評価による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握取組の状況：あり  
 第三者による評価の実施状況：なし

14. サービス提供の記録等

(1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護記録書」等の書面に必要事項を記入します。

- (2) 事業者は、一定期間毎に「短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画書」の内容に沿って、サービスの提供の状況、目標達成等の状況等を「短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護記録書」その他の記録を作成して、利用者、ご家族に説明のうえ交付します。（居宅介護支援事業者・地域包括支援センターおよび介護予防支援業務委託先の居宅介護支援事業者にも請求希望時には提出します。）
- (3) 事業者は、「短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護記録書」その他の記録を作成し、その完結の日から5年間適正に保管し、利用者、ご家族の求めに応じて閲覧に供し、または実費負担によりその写しを交付します。

## 15. 非常災害時の対応

|        |                                                                              |     |           |     |
|--------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|-----|
| 災害時の対応 | 「社会福祉法人函館鴻寿会防火および防災管理規程」に基づき対応します。                                           |     |           |     |
| 平常時の訓練 | 同管理規程により、年2回の避難訓練を入所者も参加して行います。                                              |     |           |     |
| 防災設備   | 設備名称                                                                         | 個数等 | 設備名称      | 個数等 |
|        | スプリンクラー設備                                                                    | あり  | 防火扉・シャッター | 1箇所 |
|        | 避難階段                                                                         | 1箇所 | 屋内消火栓設備   | 2箇所 |
|        | 自動火災報知設備                                                                     | あり  | 非常通報警報設備  | あり  |
|        | 誘導灯                                                                          | 2箇所 | 漏電火災警報器   | あり  |
|        | ガス漏れ警報設備                                                                     | あり  | 非常用電源     | あり  |
|        | カーテン、壁紙等は防災性能のあるものを使用しております。                                                 |     |           |     |
| 災害対応   | 台風、地震等の災害が発生した場合でも自家発電機を設置しておりますので、電気、暖房、給排水等のライフラインは、十分機能を発揮しますのでご安心いただけます。 |     |           |     |

## 16. その他

### (1) サービスに関する留意事項

|             |                                                                                                  |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | ・来訪、面会時間は、8:30～19:00です。必ずその都度職員に届出てください。                                                         |
| バイタルチェック    | ・利用当日の健康状態には十分留意し、朝の体温等をチェックします。                                                                 |
| 入浴          | ・入浴に際しては、直前の血圧、体温がおおむね主治医の指示された数値の範囲内を基本とします。                                                    |
| 医療機関への受診    | 受診介助については、原則ご家族にてお願いいたします。<br>・医療費は別途医療機関からの請求となります。                                             |
| 感染症         | ・感染の恐れがある状態に陥った場合は、利用を中止します。                                                                     |
| 食中毒         | ・施設で定める食中毒防止策（持ち込み等の禁止）を守っていただきます。                                                               |
| 居室・設備・器具の利用 | ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。<br>・全居室にはケアカメラを設置しております。 |
| 喫煙・飲酒       | ・居室内、館内、敷地内での喫煙および飲酒はできません。                                                                      |
| 迷惑行為等       | ・騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所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      | ・原則として、お預かりできません。                                                                                |
| 現金等の管理      | ・原則として、お預かりできません。                                                                                |
| 宗教活動・政治活動   | ・施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。                                                               |
| 動物飼育        | ・施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。                                                                      |

- (2) サービス事業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、一切お断りいたします。

## 17. 携帯品

お持ちになって頂きたいもの

- (1) 着替え（ご利用時必要枚数）
- (2) 洗面道具
- (3) 介助具（食事用エプロン・介助スプーンなど必要な際はご持参ください。）
- (4) お薬（医師の指示による投薬）・処方箋
- (5) ティッシュペーパー
- (6) 髭剃り（男性のみ、普段使用しているものがあればご持参ください。）

## 18. 同性介護の同意について

私共の事業所におきましては、介護全般において同性介護を基本としておりますが、当日の利用者数及び職員配置の関係から、下記の介護について、同性介護を行えない場合があります。

なお、同性介護を基本とすべく最大限の努力をいたします。

- 1 洗髪・洗身等の入浴介護全般
- 2 衣類の手渡し・誘導等の着脱介護全般
- 3 誘導・おむつ交換等の排泄介護全般
- 4 同意する期間（サービス契約開始日から解約日まで）

# 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業契約書

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 甲(利用者) | _____                   |
| 乙(事業者) | <u>社会福祉法人 函館鴻寿会</u>     |
|        | <u>短期入所生活介護事業所 こうじゅ</u> |

利用者（以下「甲」という。）と短期入所生活介護事業所 こうじゅ（以下「乙」という。）は、甲が乙から提供される短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを受け、それに対する利用料金を支払うことについて、次のとおり契約（以下「本契約」という。）を締結します。

## （契約の目的）

第1条 乙は、介護保険法令の趣旨に従い、甲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、甲の生活機能の維持または向上をめざして支援することを目的として、甲に対し、第4条および第5条に定める短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

2 乙が甲に対して実施する短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスの内容、利用日、費用等の事項（以下「短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画」という。）は、『重要事項説明書』に定めるとおりとします。

## （契約期間）

第2条 本契約の有効期間は、契約締結の日から甲の要介護・要支援認定の有効期間満了日までとします。ただし、契約期間満了の2日前までに甲から文書による契約終了の申し入れがない場合や、要支援から要介護・要介護から要支援への介護度変更の場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

## （短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画の決定・変更）

第3条 乙は、甲に係る居宅サービス・介護予防サービス計画（ケアプラン）が作成されている場合には、それに沿って甲の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画を作成するものとします。

2 サービスの利用日数や実施内容等については、前項の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画に定めます。ただし、甲の状態の変化、居宅サービス・介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

3 乙は、甲に係る居宅サービス・介護予防サービス計画が作成されていない場合でも、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画の作成を行います。その場合に、乙は、甲に対して、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業者を紹介する等居宅サービス・介護予防サービス計画作成のために必要な支援を行うものとします。

4 乙は、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画について、甲およびその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定するものとします。

5 乙は、甲に係る居宅サービス・介護予防サービス計画が変更された場合、または甲もしくはその家族等の要請に応じて、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画について変更の必要があるかどうかを調査し、その結果、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画の変更の必要があると認められた場合には、甲およびその家族等と協議して、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画を変更するものとします。

6 乙は、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画を変更した場合には、甲に対して書面を交付し、その内容を確認するものとします。

## （介護保険給付対象サービス）

第4条 乙は、介護保険給付対象サービスとして、事業所において、甲に対して、日常生活上の支援および機能訓練を提供するものとします。

2 乙が提供する介護サービスのうち、甲が利用するサービスの具体的な内容は、介護サービス利用申込みの都度、甲と乙の合意文書により決定するものとします。

- 3 甲が乙の提供する介護サービスを受けようとする場合には、甲は、利用を希望する期間の初日の2か月前から、乙に対して利用する期間を明示して申込むものとします。  
この場合、乙は、居室が確保できないなど施設運営に著しい支障をきたさない限り、甲の利用を断ることはしません。
- 4 乙は、施設運営に支障をきたす場合にあっては、甲の利用する居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等への連絡、その他類似する指定短期入所生活介護事業者の紹介等必要な措置を講ずるものとします。
- 5 乙が甲に提供する居室の定員は1人または2人です。ただし、介護サービス利用の都度、甲と乙の合意により変更できるものとします。
- 6 入所後、甲から居室の変更の申し出があった場合、乙がその申し出を相当と認めたときおよび乙が施設管理上特に必要と認めたときは、居室の変更を行います。
- 7 甲は、乙の施設を利用するにあたって、重要事項説明書に定める留意事項および乙が定める施設管理規定を遵守することとします。

#### (介護保険給付対象外のサービス)

- 第5条 乙は甲との合意に基づき、介護保険給付外サービスとして、介護保険給付の支給限度額を超えて利用する短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供するものとします。
- 2 前項のほか、乙は、甲へ食事および居室利用等のサービスを介護保険給付対象外のサービスとして提供するものとします。
  - 3 第1項および第2項のサービスについては、その利用料金は甲が負担するものとします。
  - 4 乙は第1項および第2項に定める各種サービスの提供について、必要に応じて甲の家族等に対してもわかりやすく説明するものとします。

#### (サービス利用料金の支払い)

- 第6条 乙は、甲が支払うべき介護保険給付サービスに要した費用について、甲が介護サービス費として市町村から給付を受ける額（以下、介護保険給付額という。）の限度において、甲に代わって市町村から支払いを受けます。
- 2 甲は、要介護・要支援状態区分に応じて第4条に定めるサービスを受け、重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：サービス利用料金の1割、又は平成27年8月1日以降ご利用者本人の所得や収入により2割、平成30年8月1日以降は3割となる場合があります。）を乙に支払うものとします。  
ただし、甲がいまだ要介護・要支援認定を受けていない場合および居宅サービス・介護予防サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金をいったん支払うものとします。（要介護・要支援認定後または居宅サービス・介護予防サービス計画作成後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。）
  - 3 本サービスの利用料は日額制とします。ただし、月途中で次の各号に該当する場合は、それぞれの単価に基づいて1日あたりの利用料を計算します。
    - (1) 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
    - (2) 月途中で要支援から要介護に変更となった場合（介護サービスへの切り替え）
  - 4 第5条に定めるサービスについて、甲は、重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金を乙に支払うものとします。
  - 5 甲が介護サービスの利用をキャンセルするときは、乙は甲に対し、重要事項説明書に定めるキャンセル料を請求できるものとします。
  - 6 第2項から第4項に定めるサービス利用料金等は1か月ごとに計算し、乙は甲に対し、翌月15日までに請求書を送付することとし、末日までに乙に支払うものとします。

#### (利用日の中止、変更および追加)

- 第7条 甲は、利用期日前において、サービスの利用を中止、変更することができます。この場合には、甲はサービス実施日の2日前までに乙に申し出るものとします。
- 2 前項に規定する利用の中止を申し出た場合には、キャンセル料はかかりませんが、それ以外は重要事項説明書に定めるキャンセル料が請求されます。
  - 3 乙は、第1項に基づく甲からのサービス利用の変更の申し出に対して、事業所が満員で甲の希望す

る日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を甲に提示して協議するものとします。

(利用料金の変更)

第8条 第6条第1項および第2項に定めるサービス利用料金について、介護給付費体系の変更があった場合、乙は当該サービスの利用料金を変更することができるものとします。

- 2 第6条第3項および第4項に定めるサービス利用料金については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、乙は、甲に対して、変更を行う日の2か月前までに説明をしたうえで、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。
- 3 甲は、前項の変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

(事業者およびサービス従事者の義務)

第9条 乙および乙のサービス従事者は、サービスの提供にあたって、甲の生命、身体、財産の安全・確保に配慮するものとします。

- 2 乙は甲の体調・健康状態からみて必要な場合には、主治医もしくは事業所の看護職員と連携し、甲からの聴取・確認のうえでサービスを実施するものとします。
- 3 乙は、甲に対するサービスの提供について記録を作成し、その完結の日から5年間保管し、甲または代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、またはその写しを交付するものとします。
- 4 乙は、サービス提供時において、甲に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医、甲の家族への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。

(守秘義務等)

第10条 乙および乙のサービス従事者等は、サービスを提供するうえで知り得た甲またはその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。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

- 2 乙は、甲に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に甲に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 3 前2項にかかわらず、甲に係る他の介護・介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得たうえで、甲または甲の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

(契約者の施設利用上の注意義務等)

第11条 甲は、事業所の施設、設備、敷地をその本来の用途に従って、利用するものとします。

- 2 甲は、事業所の施設、設備について、故意または重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、または相当の代価を支払うものとします。
- 3 甲の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、甲およびその家族等と乙との協議により、施設、設備の利用方法等を決定するものとします。

(損害賠償責任)

第12条 乙は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により甲に生じた損害について賠償する責任を負います。第10条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、甲に故意または過失が認められる場合には、甲の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償額を減じることができるものとします。

- 2 乙は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

(損害賠償がなされない場合)

第13条 乙は、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。なお、次の各号に該当する場合には、乙は損害賠償責任を免れます。

- (1) 甲が、契約時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、また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) 甲が、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、また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) 甲の急激な体調の変化等、乙の実施したサービスを要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) 甲が、乙および乙のサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

(サービスの実施不能)

第14条 乙は、本契約の有効期間中、地震等の天災その他自己の責に帰すべき事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、甲に対して既に実施したサービスを除いて、所定のサービス利用料金の支払いを請求することはできないものとします。

(契約の終了事由等)

第15条 甲は、次の各号に基づく契約の終了がない限り、本契約に定めるところに従い乙が提供するサービスを利用することができるものとします。

- (1) 甲が死亡した場合
  - (2) 要介護認定または要支援認定により甲の心身の状況が自立と判定された場合
  - (3) 乙が解散命令を受けた場合、破産した場合および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、サービスの提供が不可能になった場合
  - (5) 乙が介護保険の指定を取り消された場合および指定を辞退した場合
  - (6) 第16条から第18条に基づき本契約が解約または解除された場合
- 2 乙は、前項第1号を除く各号により本契約が終了する場合には、甲の心身の状況、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るものとします。

(中途解約)

第16条 甲は、本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、甲は契約終了を希望する日の7日前までに乙に通知するものとします。

- 2 甲は、次の各号に該当する場合には、本契約を即時に解約することができます。
- (1) 第8条第3項により本契約を解約する場合
  - (2) 甲が入所した場合
  - (3) 甲に係る居宅サービス・介護予防サービス計画（ケアプラン）が変更された場合

(契約の解約)

第17条 甲は、乙および乙のサービス従事者が次の各号に該当する行為を行った場合には、本契約を解約することができます。

- (1) 乙および乙の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
- (2) 乙および乙のサービス従事者が第10条に定める守秘義務に違反した場合
- (3) 乙および乙のサービス従事者が故意または過失により甲の身体・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
- (4) 他の利用者が甲の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、乙が適切な対応をとらない場合

(契約解除)

第18条 乙は、甲が次の各号に該当する場合には、本契約を解除することができます。

- (1) 甲が、契約時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、また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) 第6条に定め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、甲が支払わない場合
- (3) 甲が、故意または重大な過失により、乙および乙のサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、また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

(精算)

第19条 第15条第1項第2号から第6号により本契約が終了した場合において、甲が、すでに実施され

たサービスに対する利用料金支払義務および第11条第2項（原状回復の義務）その他の条項に基づく義務を乙に対して負担しているときは、契約終了日から1週間以内に精算するものとします。

（苦情処理）

第20条 乙は、その提供したサービスに関する甲等からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

（紛争解決）

第21条 この契約に関して、やむなく訴訟とする必要が生じたときは、函館地方裁判所をもって、第一審管轄裁判所とすることを、甲および乙は予め合意します。

（協議事項）

第22条 この契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところにより、甲と乙の協議により定めます。

この契約を証するため本書2通を作成し、甲、乙が記名のうえ、各自1通を保有する。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

私は、この書面に基づいて事業者（乙）から重要事項・契約内容の説明を受け、指定短期入所生活介護・指定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す。

|             |                                                   |         |  |
|-------------|---------------------------------------------------|---------|--|
| ご利用者<br>(甲) | 私は、重要事項・契約内容の説明を受け、貴施設における各種サービスの利用を申し込み、提供を受けます。 |         |  |
|             | 住 所                                               | 〒 _____ |  |
|             | 氏 名                                               |         |  |

|            |                                                |                                                                                                    |     |  |
|------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 代理人<br>(甲) | 私は、本人（甲）に代わり、重要事項・契約内容の説明を受け、各種サービス提供開始に同意します。 |                                                                                                    |     |  |
|            | 代筆者・続柄<br>(家族)                                 |                                                                                                    | 氏 名 |  |
|            | 住 所                                            | 〒 _____                                                                                            |     |  |
|            | 代筆理由                                           | <input type="checkbox"/> 認知症状有 <input type="checkbox"/> 代筆困難 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |     |  |

（乙）指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に際し、（甲）に対して、この書面に基づいて重要事項・契約内容を説明しました。

|                |                                          |                                     |              |                      |
|----------------|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------|
| サービス事業者<br>(乙) | 甲の申込を受諾し、契約書に定める各種サービスについて誠実に責任を持って行います。 |                                     |              |                      |
|                | 所在地                                      | 〒040-0072<br>函館市亀田町7番1号             | 説明者<br>所 属   | 短期入所生活介護事業所こうじゅ      |
|                | 名 称                                      | 社会福祉法人 函館鴻寿会<br>短期入所生活介護事業所<br>こうじゅ | 職 名          |                      |
|                | 代表者                                      | 上 山 剛                               | 説 明 者<br>氏 名 |                      |
|                | 電話番号                                     | (0138) 4 1 - 5 1 0 0                | FAX          | (0138) 4 1 - 5 1 0 9 |