

短期入所生活介護重要事項説明書
(介護予防短期入所生活介護重要事項説明書)

秋田県指定介護保険事業所番号 0572504660

楽しいわが家短期入所介護事業所
(楽しいわが家介護予防短期入所介護事業所)

重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して短期入所生活介護サービスを提供します。
事業所の概要及び提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも、申請中であれば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 中央会 |
| (2) 法人所在地 | 秋田県由利本荘市薬師堂字一番堰38番地1 |
| (3) 代表者氏名 | 理事長 藤井 蘭子 |
| (4) 法人設立年月日 | 昭和 53 年 3 月 25 日 |
| (5) 電話番号 | 0184-24-3711 |
| (6) FAX 番号 | 0184-22-3780 |

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 平成 12 年 4 月 1 日指定
- ◎介護予防短期入所生活介護事業所 平成 18 年 4 月 1 日指定
- ◎秋田県指定 0572504660 号

※ 当事業所は、特別養護老人ホーム楽しいわが家の併設事業所です。

(2) 事業所の目的

介護保険法に従い、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

- 楽しいわが家指定短期入所生活介護事業所
- 楽しいわが家介護予防短期入所生活介護事業所

(4) 事業所の所在地

秋田県にかほ市平沢字宝田 32 番地

(5) 電話番号 0184-32-3711
FAX 番号 0184-32-3712

(6) 施設長氏名
佐々木 譲

(7) 当事業所の運営方針

1. 事業所において提供する短期入所生活介護は、介護保険法ならびに厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。
2. 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びそのご家族のニーズを的確に捉え個別に介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
3. 利用者または、その家族に対し、サービスの内容及び提供方法について解り易く説明します。
4. 適切な介護技術を持ってサービスを提供します。
5. 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
6. 居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿った短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護を計画します。

(8) 開設(サービス開始)年月日

平成 12 年 4 月 1 日(短期入所)

平成 18 年 4 月 1 日(介護予防短期入所)

(9) 通常の事業の実施地域

にかほ市の全域

(10) 営業日及び営業時間

営業日 : 年中無休

受付時間 : 8:30~17:30
(緊急の場合夜間受付可)

サービス提供時間帯 : 24 時間

(11) 利用定員

30 名

(12) 居室等の概要

短期入所生活介護サービスの利用に当たり、当事業所では以下の居室整備をご用意いたしております。ご利用いただける居室は、個室、2 人室、4 人室が用意してありますが、ご利用の際には、ご希望される居室のタイプについてお申し出下さい。(但し、ご利用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。)

① 居室{ショート・特養}		ショート 30 名	特養 50 名
個室 12 室	}	個室 4 室—4 名	個室 8 室—8 名
2 人部屋 10 室		2 人部屋 5 室—10 名	2 人部屋 5 室—10 名
4 人部屋 12 室		4 人部屋 4 室—16 名	4 人部屋 8 室—32 名

※心身の状況により、特別養護老人ホーム利用者と同室となることがあります。

② 主な設備

1. 玄関、ロビー
2. 事務室
3. 会議室
4. 食堂、機能訓練室
5. 浴室

心身の状況に合わせ、特別浴槽、一般浴室、生活リハビリ式(ヒノキ風呂)を用意してあります。

6. ケアセンター、医務室、静養室
7. トイレ、洗面所

③ その他

各個人用ベッド、全てのトイレ、浴室にナースコールの設置。各個人用サイドキャビネットの設置。

車椅子、歩行器の貸与。

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務付けられている施設整備です。この施設設備の利用に当たってご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆ 居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申出があった場合は、居室の空き状況により、事業所に於いて、可能な限りご希望に沿えるよう配慮します。また、ご利用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、ご利用者やご家族等と協議の上決定させていただきます。

3.職員体制

(単位:人)

従業者の職種	員数	区分				事業者 指定基準	保有資格
		常勤		非常勤			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
施設長	1	1				1	
相談員	1	1				1	社会福祉主事
事務職員	1	1					
看護師	3	3				3	正看護師 2 名 准看護師 1 名
機能訓練指導員	1	1				1	理学療法士
介護員	25	25				24 以上	介護福祉士 24 名 介護支援専門員 2 名
パート介護員							
介護支援専門員	2		2			1 以上	准看護師・介護職員兼務
医師	1				1		内科
栄養士	1	1				1	管理栄養士
歯科衛生士							
管理宿直							
給食員	外部委託						
合計	37	33	2	0	1		令和 7 年 7 月 1 日現在
合計は施設職員のみとし、各種休業中のものを含め、代替職員を除いた数							

4.勤務体制

従業者の種類	勤務体制	
施設長 事務員	日勤 { (8:30~17:30) (8:00~17:00)	常勤で勤務
	＊ 土日及び祝祭日、年末年始等は、この職域と「施設及び居宅事業の介護支援専門員、ケアハウス職員」が交代で必要数、日勤時間の勤務をする。	
生活相談員 栄養士	日勤(8:30~17:30)	常勤で勤務
介護員	早番A(6:30~15:30) 1名 早番(6:30~15:30) 3名 準早(7:30~16:30) 1名 日勤(8:45~17:45) 2名 遅番(10:00~19:00) 4名 夜勤(17:30~9:00) 3名	常勤で勤務
看護師	早番(7:30~16:30) 1名 遅番(10:00~19:00) 1名	常勤で勤務
機能訓練指導員	日勤(8:30~17:30) 1名	常勤で勤務
医師	毎週月・木曜日に2時間程度、嘱託医として健康管理にあたります。	

5.職員の配置と勤務体制(令和 7年7月1日現在)

以下は、利用定員 50 名、短期入所 30 名を含む体制である。

職 種	職員数	夜間勤務職員数	備考(資格等)
施設長	1		
生活相談員	1		社会福祉主事
事務職員	1		
看護師	3		正看護師 2 名 准看護師 1 名
介護職員	25	3	介護福祉士 24 名、 介護支援専門員 2 名
機能訓練指導員	1		理学療法士
栄養士	1		管理栄養士
歯科衛生士			
介護支援専門員	2		介護職員兼務
医師	1		非常勤嘱託医師
管理当直			
職員合計	36		

平均勤務体制(介護職員・看護職員)

早番 A	6:30 ~ 15:30	1 名
早 番	6:30 ~ 15:30	3 名
準早番	7:30 ~ 16:30	2 名
日 勤	8:45 ~ 17:45	2 名
遅 番	10:00 ~ 19:00	5 名
夜 勤	17:30 ~ 9:00	3 名

看護職員は、当番にて夜間待機体制をとり、緊急時に対応します。
但し、業務の都合上必要がある場合は変更することがあります。

6. サービスの内容

(1)介護保険給付サービス

介護度に応じた施設サービス計画を作成し、利用者の承諾のもと計画に応じた介護サービス(食事:入浴:排泄援助:生活援助等)を提供します。

施設サービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス【1】

種 類	内 容	
入所対応時間 送 迎	入退所対応時間 8:30～17:30	詳細につきましては、ご相談ください。諸事情により送迎できない場合もあります。
食 事	<p>給食委託業者と、施設の管理栄養士とで検討した献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を、委託業者が提供します。又、食事の際は可能な限り離床してお召し上がりいただくよう配慮します。</p> <p>食事配膳時間(早ご飯・遅いご飯の希望がある方は、多少異なります。)</p> <p>朝食 7:30 ～ 昼食 12:00 ～ 夕食 18:00 ～</p> <p>この他、行事食(月 1 回以上)、選択食(月 2 回程度)もあります。</p>	
排 泄	<p>利用者の状況に応じて適切な排泄支援を行なうとともに、排泄の自立に向けて適切な援助を行ないます。</p>	
入 浴	<p>週 2 回の入浴または清拭を行います。寝たきり等で座位の取れない方は、順送式浴槽を用いての入浴も可能です。他に、一般浴及び個人浴槽があり、ご希望の入浴方法をお選びいただけます。個人浴槽を利用した希望浴もご相談ください。</p>	
離床、着替え整容等	<p>寝たきり防止の為、可能な限り離床に配慮します。</p> <p>生活のリズムを考え、朝夕の着替えの支援を可能な限り行ないます。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう支援します。シーツ等の交換は週 1 回、寝具の交換は随時実施します。</p>	
機能訓練	<p>機能訓練指導員及び介護員等による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。</p>	

施設サービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス【2】

種 類	内 容
健康管理	<p>ご自宅でご利用の医療サービス提供事業所よりの訪問も可能です。(介護予防短期入所生活介護を除く)。又、緊急の場合には主治医あるいは協力機関等に責任を持って引き継ぎます。必要があれば、歯科医の往診をお願いできる体制が整っています。*受診送迎につきましては、原則ご家族での対応となります。</p>
	<p>* 嘱託医師 (協力医療機関) 氏名 佐藤 省子(本荘第一病院) 診療科 内科 診療日 毎週月、木 10:00~12:00 * 嘱託歯科医師 氏名 小松 幸司(小松歯科医院) 診察日 必要に応じて対応します。</p>
<p>相談及び援助 苦情受付</p>	<p>当施設は、利用者及びその身元引受人などからの、いかなる相談苦情についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行なうように努めます。 ※ なお、当施設は、第三者委員会は設置していません。 (苦情受付窓口) 生活相談員 奥山 和美</p>
<p>社会生活上の便宜</p>	<p>当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとする為、適宜にレクリエーション行事を企画します。 * 経費のうち材料費分等の費用は、自己負担となる場合があります。</p>

7.施設サービスの概要

(2) 介護保険給付対象外サービス【1】

サービスの種別	内 容
理容・美容	第 2・第 4 の月曜日、出張による理美容サービスをご利用いただけます。(諸状況により中止または日程を変更する場合があります。)
特別な食事	希望者には特別な食事を提供します。(例:外食等)
出張販売	利用期間中に予定されている場合、パン等の出張販売サービスをご利用いただけます。
行政手続代行	行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及び身元引受人等の状況により代行します。
個人情報の開示等	本人または身元引受人等のお申し出により、利用者個人の情報を開示、変更、利用の中止等の対応をいたします。詳しくはご相談ください。(受付窓口:生活相談員 奥山 和美)
金銭管理	利用者自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。(やむを得ない事情がある場合) 原則的には短期入所生活介護等をご利用の方の金品及び貴重品はお預かりいたしません。
	保管を受けました貴重品につきましては、施設が責任を持って管理します。

8.利用料

(1) 多床室における短期入所生活介護サービス費 (各段階における1日あたりの自己負担額)

【利用者負担第1段階】

(単位:円/日)

介護度	利用料	食費	滞在費	第1段階対象者
要支援1	451	300	0	* 市町村民税世帯非課税(*1)の 老齢福祉年金受給者 * 生活保護受給者
要支援2	561			
1	603			
2	672			
3	745			
4	815			
5	884			

【利用者負担第2段階】(例:年金受給額80万円以下/年)

(単位:円/日)

介護度	利用料	食費	滞在費	第2段階対象者
要支援1	451	600	430	* 市町村民税世帯非課税(*1)で あって、[合計所得額+課税年金収 入額≤80万円/年]を満たす者
要支援2	561			
1	603			
2	672			
3	745			
4	815			
5	884			

【利用者負担第3段階】(例:年金受給額80万円～266万円以下/年) (単位:円/日)

介護度	利用料	食費	滞在費	第3段階対象者
要支援1	451	① 1,000 ② 1,300	430	* 市町村民税世帯非課税(*1)で あって、利用者負担第2段階該当者 以外の者 * 市町村民税課税層における特例 減額措置の適用がある者
要支援2	561			
1	603			
2	672			
3	745			
4	815			
5	884			

* 第1段階～第3段階までの方には、境界層該当者も含まれます。(*2)

【利用者負担第4段階】(例:年金受給額 266 万円以上/年)

(単位:円/日)

介護度	利用料	食費	滞在費	第4段階対象者
要支援1	451	朝:340 昼:570 夕:535 1日 1,445	915	* 市町村民税本人非課税者 * 市町村民税本人課税者
要支援2	561			
1	603			
2	672			
3	745			
4	815			
5	884			

- * 1 世帯主及び全ての世帯員が、市町村民税本人非課税である者または市町村の定める条例により市町村民税が免除された者。
- * 2 本来適応されるべき居住費・食費や高額介護サービス費等の基準等を適応すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い基準を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者。
- * 3 本表にある「要支援」とは「経過的要支援」のこと。
- * 4 短期入所生活介護サービス費を決定するために「負担限度額認定証」をご持参、ご提示ください。

(2)従来型個室における短期入所生活介護サービス費
(各段階における1日あたりの自己負担額)

【利用者負担第1段階】

(単位:円/日)

介護度	利用料	食費	滞在費	第1段階対象者
要支援1	451	300	380	* 市町村民税世帯非課税(*1)の 老齢福祉年金受給者 * 生活保護受給者
要支援2	561			
1	603			
2	672			
3	745			
4	815			
5	884			

【利用者負担第2段階】(例:年金受給額 80 万円以下/年)

(単位:円/日)

介護度	利用料	食費	滞在費	第2段階対象者
要支援1	451	600	480	* 市町村民税世帯非課税(*1)であって、[合計所得額+課税年金収入額≤80万円/年]を満たす者
要支援2	561			
1	603			
2	672			
3	745			
4	815			
5	884			

【利用者負担第3段階】(例:年金受給額 80 万円～266 万円以下/年) (単位:円/日)

介護度	利用料	食費	滞在費	第3段階対象者
要支援1	451	① 1,000 ② 1,300	880	* 市町村民税世帯非課税(*1)であって、利用者負担第2段階該当者以外の者 * 市町村民税課税層における特例減額措置の適用がある者
要支援2	561			
1	603			
2	672			
3	745			
4	815			
5	884			

* 第1段階～第3段階までの方には、境界層該当者も含まれます。(*2)

【利用者負担第4段階】(例:年金受給額 266 万円以上/年)

(単位:円/日)

介護度	利用料	食費	滞在費	第4段階対象者
要支援1	451	朝:340 昼:570 夕:535 1日 1,445	1,231	* 市町村民税本人非課税者 * 市町村民税本人課税者
要支援2	561			
1	603			
2	672			
3	745			
4	815			
5	884			

* 1 世帯主及び全ての世帯員が、市町村民税本人非課税である者または市町村の定める条例により市町村民税が免除された者。

* 2 本来適応されるべき居住費・食費や高額介護サービス費等の基準等を適応すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い基準を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者。

- * 3 本表にある「要支援」とは「経過的要支援」のこと。
- * 4 短期入所生活介護サービス費を決定するために「負担限度額認定証」をご持参、ご提示ください。

(3)加算について

(1)(2)の短期入所生活介護サービス費の利用料に、実施状況及び体制により下記のとおり加算させていただきます。

加算項目	加算金額(単位:円/日)
<u>療養食加算</u>	8 / 回
サービス提供加算	22
夜勤職員配置加算	13
<u>送迎加算</u> ※自宅～事業所間 片道	184
介護職員処遇改善加算 I	1月の所定単位数に 14.0%を乗じた単位数

* 介護予防支援短期入所介護サービスについては、「夜勤職員配置加算」は対象となりません。 は実施時の加算項目。

(4)その他の料金

区 分	内 容
理容 ・ 美容サービス	理美容 1 回 3,000 円 上記は（ カット・顔そり ）セットの料金です。
喫茶店	喫茶代1回 100 円 月に 1 回ボランティアによる喫茶店を行っています。
個人情報の開示等	無料
金銭管理サービス	無料(金庫での預かりのみ)
おやつ・洗濯・おむつ代	無料
特別な食事	利用者が特別に希望した食事費用の実費
日常生活品の購入代行サービス	購入依頼された物品を購入するに要した金額の実費

(5)料金の支払い

支払い方法	基本的には、月末締めにより請求書をお渡ししますので、翌月 15 日までに直接お持ちいただくか、指定銀行(秋田銀行仁賀保支店)にお振込みください。確認後、領収書を発行いたします。
-------	------------------------------------------------------------------------------------------

9.利用の際の手続き(サービスの利用方法)

- * まずは、ご担当の居宅介護支援専門員にご相談ください。
- * 利用決定後、契約を締結します。契約締結日等は利用開始日を記入してください。
- * 利用開始時には以下のものをご持参ください。

持ち物	備考			
本人の印鑑	初めて利用される日は、契約書作成等の事務手続きがありますので、身元引受人の印鑑もお持ちください。記載事項に変化がなければ、初回のみで結構です。			
医療保険被保険者証	写しでも結構です。こちらも、記載事項に変化がなければ初回のみお持ちください。			
介護保険被保険者証				
老人保健医療受給者証	身体障害者手帳	該当者のみ必要に応じて		
福祉医療費受給者証	療育手帳			
身のまわりの品【例】 (全て記名してください)	衣類全般	必要数	綿毛布または タオルケット	必要数
	履物	必要数	ティッシュ	必要数
	洗面用品	一式	タオル・バスタオル	必要数
	毛布(冬季)	一式		
衣類全般は普段着、寝衣、下着、靴下等、洗面用品は歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤等の消耗品と特別な用品で、利用者が必要なものをご用意ください。				
その他、利用者が必要とする日用品、介護用品				
医療品等 (必要な方のみ)	内服薬等必要な薬	必要数	吸引用チューブ	1本
	経管栄養	日数分	吸引用消毒液	1本
	経管栄養滴下用品	1組	浣腸液	必要数
右記以外の必需品	ウロガード等(交換時)	一式	ストマ用パウチ等	一式

- * 寝具、オムツ及び共用の日用品は施設で用意してありますが、お持ちにならない日用品で、利用期間中に必要とし、使用したものは別表のとおり個人負担となります。

10.当施設をご利用の際に留意いただく事項 I 【1】

<p>来訪・面会</p>	<p>来訪者は、面会時間 07:00～20:00 を遵守のうえ面会してください。但し、急用の場合は、ご連絡くだされば上記時間外であっても面会は可能です。 また、お帰りの際には一言職員にお知らせください。</p> <p>* 感染症等の発生を含む諸事情により、一時的に面会をご遠慮または制限させていただく場合があります。</p>
<p>外出・外泊</p>	<p>外出の際には必ず職員に申し出ていただき、行き先と帰苑時間、連絡先等を外出・外泊届けに記入して提出してください</p>
<p>飲食物の差し入れ</p>	<p>面会、外出泊時に飲食物を持ち込まれる場合は、担当職員に声をかけてください。品物によってはお持ち帰りいただく場合がございます。</p> <p>* 食中毒等の感染症等予防及び発生を含む諸事情により、一時的に飲食物の持込をご遠慮または制限させていただく場合があります。</p>
<p>現金等管理</p>	<p>ご本人もちの現金管理は、施設では責任を負いかねます。 現金は、日常生活に必要な最小限度の額として利用者、身元引受人等が責任を持って管理してください。</p>
<p>所持品管理</p>	<p>所持品においては全て記名しておいてください。施設側の不注意により、紛失、破損した場合は賠償させていただきます。</p>
<p>器具の持込</p>	<p>ご相談ください。</p>
<p>居室整備</p>	<p>施設内の居室や設備・器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。</p>

当施設をご利用の際に留意いただく事項 I 【2】

<p>居室設備 設備器具の利用</p>	<p>施設内の居室や設備・器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。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。</p> <p>ご希望によりテレビを居室に設置することができます。 視聴時間 5:30～22:00(それ以外の時間はお相談下さい。)</p>
<p>喫煙</p>	<p>喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。</p> <p>喫煙場所 東屋(自動販売機前) 喫煙時間 6:00～22:00</p>
<p>付き添い等</p>	<p>原則として不要ですが、ご希望のある時はご相談ください。</p>
<p>金銭及び物品の 供与及び貸与等</p>	<p>他の利用者への物品の供与及び貸与は行わないようにして下さい。このことによるトラブルについて施設側では責任を負いかねます。</p>
<p>迷惑行為等</p>	<p>他者に対して脅威を与える行為、暴言、暴力、騒音等、迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の利用者の居室に立ち入らないようにして下さい。</p>
<p>他者への脅威・ 暴力団・ 新興宗教団体・ 政治団体等</p>	<p>暴力団関係者、新興宗教団体、政治団体及びその他事業者やサービス従業者またはほかの利用者に対して、脅威を与える恐れのある個人、団体との交際、関係が明らかになった場合および脅威を与えた場合は退所していただくことがあります。また、活動についても一切ご遠慮ください。</p>

11.当施設をご利用の際に留意いただく事項 II

下記の場合は、施設の管理責任を負いかねることがありますのでご了承願います。

1. 吸引を必要とする利用者の窒息、誤嚥等不測の事態となったと考えられる場合。
 2. ベッドからの転落及び移動中の転倒による骨折と怪我、及びそのことに起因すると思われる身体症状の悪化など、不測の事態と考えられる場合。
 3. 精神障害(認知症等を含む)に起因すると思われる問題行動(異食、無断外出等)により不測の事態となった場合。
 4. 環境変化により施設生活に順応できず、不測の事態となったと考えられる場合。
 5. 自己管理されている飲食物(おやつ、面会者等からの差し入れ等)により、不測の事態となったと考えられる場合。
- * 不測の事態とは、通常の業務をしている中で、予測できない事態が起こり、適切な処置をしたにもかかわらず、生命および心身に多大な影響を与えた場合を言う。

12.非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム楽しいわが家」の消防計画に則り対応を行います。		
平常時の訓練等	楽しいわが家消防計画に則り、常に設備器具等の点検、消火、通報、避難誘導訓練を実施します。消防署と連絡を取りながら避難誘導等の訓練を行い、非常の際に備えます。		
防災設備			
設備名称	個数等	設備名称	個数等
屋外消火栓	1	漏電火災報知器	あり
自動火災報知器	あり	屋内消火栓	14ヶ所
誘導灯	23ヶ所	非常通報装置	あり
防火扉	8ヶ所	ガス漏れ報知器	あり
非常用電源	あり	非常口	8ヶ所
※ カーテン等は防火性のある物を使用しております。			
※ 全館スプリンクラー設置しております。			
防災計画等	消防署への届出日 平成 29 年 4 月 1 日		
防火管理者	生活相談員 奥山 和美		

13.相談・苦情申し出先

<p>当事業所における相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。尚、利用者及び身元引受人等のご協力、ご支援により事業運営をしていきたいと願っております。お気付きの点につきましても、玄関ロビーにあります、「意見箱」をご利用いただくか、職員までご一報下さいますことを希望します。</p>			
苦情解決責任者	施設長	佐々木 譲	
苦情受付担当者	生活相談員	奥山 和美	
受付時間	平日 8:30 ~ 17:30		
	上記時間以外をご希望の場合は随時対応いたします。		
電話番号	0184-32-3711		
相談場所	特別養護老人ホーム楽しいわが家		
その他の苦情等受付窓口			
苦情受付機関	電話番号	苦情受付機関	電話番号
にかほ市 子育て長寿支援課	0184-32-3042	にかほ市 社会福祉協議会	0184-32-3011
にかほ市 福祉事務所	0184-32-3034		
由利本荘市健康福祉部長寿生きがい課		0184-24-6323	
秋田県国民健康保険団体連合会		018-883-1558	
<p>* 苦情や意見を述べた利用者及び身元引受人等に対して、以降の利用や生活において、決して不利益な扱いはいたしません。万一不利益な扱いを受けた場合は、施設として責任ある対応をいたしますので「苦情解決責任者」に直接その旨をお申し出下さい。</p>			

14.緊急時の対応

利用者の容態に変化があった場合は、嘱託医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、身元引受人等の方に速やかに連絡いたします。第2連絡先もありましたらご記入ください。利用期間中に連絡先の変更等がある場合は、施設までお申し出下さい。

【緊急連絡先】(身元引受人)

ふりがな			続柄
氏名			
住所	〒		
連絡先	電話番号	携帯電話等	
備考			

【第2連絡先】

ふりがな			続柄
氏名			
住所	〒		
連絡先	電話番号	携帯電話等	
備考			

* 連絡先に勤務箇所等を指定される場合は、名称および連絡可能な時間帯をご記入ください。

15.第3者評価の有無について

「第3者評価」…無し

私は、本書面に基ついて事業者の職員である 介護支援専門員

(代行者 職名 _____ 氏名 _____)から、上記の重要事項の説明を受けたことを確認し、重要事項説明書の交付を受けました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者(ご契約者)

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____