

(介護予防) 短期入所生活介護サービス契約書

様（以下「利用者」と略します。）と社会福祉法人十日町福祉会（以下、「事業者」と略します。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

(契約の目的)

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り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、次のサービスを提供します。

(契約期間)

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護（又は要支援）状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（又は要支援）認定有効期間満了日までとします。

2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

(個別サービス計画の作成及び変更)

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画（又は総合事業・通所介護相当サービス計画）の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。個別サービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得、交付します。

2 事業者は、計画実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成します。

3 事業者は、利用者の心身の状況、また、その置かれている環境等の変化により援助目標や具体的なサービス内容を変更する必要がある場合、または利用者もしくはその家族等の要請に応じて、個別サービス計画について変更の必要があると認められた場合には、利用者及びその家族等と協議して個別サービス計画を変更するものとします。また、変化が見られない場合においても、一定期間ごとに個別サービス計画の見直しを行います。

変更した個別サービス計画については、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得、交付します。

(提供するサービスの内容及びその変更)

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が居宅サービス計画（又は総合事業・通所介護相当サービス計画）の範囲内で可能であり、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

3 事業者は、利用者が居宅サービス計画（又は総合事業・通所介護相当サービス計画）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

(利用料等の支払い)

第5条 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

2 利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

- 3 利用者が、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

（利用料の変更）

第6条 事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、こ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。

（利用料の滞納）

第7条 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び利用者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。
- 4 介護保険適用時の場合でも、介護保険料の滞納により、介護保険負担割合証に記載された割合の額である利用者負担が3割に上げられる等の給付制限が行われます。

（利用者の解約権）

第8条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

- 2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。
- 一 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合
 - 二 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合
 - 三 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

（事業者の解約権）

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- 一 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合
 - 二 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

（契約の終了）

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- 一 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- 二 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- 三 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- 四 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合

- 五 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- 六 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- 七 利用者が（介護予防）特定施設入居者生活介護又は（介護予防）認知症対応型共同生活介護又は（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所又は（介護予防）看護小規模多機能型居宅介護事業所を受けることとなった場合
- 八 利用者の要介護状態区分が自立となった場合
- 九 利用者が死亡した場合

（損害賠償）

- 第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。
- 2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
 - 3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

（守秘義務）

- 第12条 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。
- 2 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないように必要な処置を講じます。
 - 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の居宅サービス計画（又は総合事業・通所介護相当サービス計画）立案のためのサービス担当者会議並びに介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び居宅サービス事業者（又は総合事業・通所介護相当サービス事業者）との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
 - 4 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
 - 5 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

（苦情処理）

- 第13条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。
 - 3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

（サービス内容等の記録の作成及び保存）

- 第14条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。
- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。
 - 3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ、第1項の記録の写しを交付することができるものとします。

（契約外条項）

- 第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、居宅介護サービス（又は介護予防サービス）に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書２通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ１部ずつ保有します。

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 (契約書別紙 兼 重要事項説明書)

1. 事業者（法人の概要）

事業者（法人の名称）	社会福祉法人 十日町福祉会
主たる事業所の所在地	〒948-0144 新潟県十日町市水口沢99番地
代表者（職名・氏名）	理事長 尾身 晴夫
設立年月日	平成20年 10月 1日
電話番号	025-761-7340

2. ご利用事業所の概要

事業所名	(介護予防) 短期入所生活介護事業所 特別養護老人ホームよしだ		
所在地	〒948-0106 新潟県十日町市南鑑坂446番地1		
電話番号	025-761-7182		
県指定年月日 事業所番号	平成29年 4月 1日	番号	1571001187
利用定員	9 名（1ユニット定員9名）		
本体施設種別	特別養護老人ホーム（地域密着型介護老人福祉施設）		
従業員の概要	管 理 者	常 勤 1人（兼務）	
	医 師	非常勤 1人（嘱託）	
	生 活 相 談 員	常 勤 1人以上（兼務）	
	看 護 職 員	常 勤 1人以上（兼務）	非常勤 人（兼務）
	介 護 職 員	常 勤 3人以上（兼務）	非常勤 1人以上（兼務）
	栄 養 士	常 勤 1人（兼務）	
	機能訓練指導員	常 勤 1人以上（兼務）	非常勤 人（兼務）
	夜 勤 職 員	常 勤 1人以上（兼務）	
	調 理 員	業務委託	
勤務体制	主な勤務時間 日中 7:00～22:00 夜間 22:00～7:00		
施設の概要	居 室 9室 （1人部屋 9室）		
	居室面積（1人あたり）		平 均 14.05 m ²
	食堂兼機能訓練室面積		35.76 m ²
通常の送迎実施地域	十日町市・小千谷市・津南町		
営業日・営業時間	営業日：通年 営業時間：24時間		

(注) 職員の人数は変わることがあります。

3. 事業の目的・運営の方針

事業の目的	1. 要介護者に対し、適正な短期入所生活介護サービス（以下「短期入所サービス」という）を提供することを目的とする。 2. 要支援者に対し、適正な介護予防短期入所生活介護サービス（以下「介護予防短期入所サービス」という）を提供することを目的とする。
運営方針	要介護者・要支援者の心身の状況や家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターの作成する「居宅サービス計画」と事業所の作成する「(介護予防)短期入所生活介護計画」に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、(介護予防)短期入所生活介護を提供する。

4. 提供するサービスの内容

◎わたしたち（事業者）があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

(1) 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（以下「予防）短期入所生活介護」と表します。）です。

「(介護予防)短期入所生活介護」とは、あなたにこの施設に短期間入所していただき、その間、生活のお世話や機能訓練を行うものです。

(2) 提供するスタッフ

管理責任者	施設全体の管理を担当します。
医師	あなたのお身体の診療・診察を担当します。
生活相談員	あなたの施設での生活全般の関するご相談を担当します。
看護職員	あなたの療養上のお世話を担当します。
機能訓練指導員	あなたの機能訓練を担当します。
介護職員	あなたのお身体の介護を担当します。
栄養士	あなたの食事の献立作りや栄養管理、調理の指導を担当します。
調理員	あなたの食事の調理を担当します。

5. 担当の職員

あなたを担当する職員（生活相談員）及び管理責任者は次の者です。サービス利用にあたって、ご不明な点や ご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

○管理責任者	氏 名	富井 健二
○生活相談員	氏 名	丸山 康之
	連 絡 先	特別養護老人ホーム よしだ（短期入所）
	電話番号	0 2 5 - 7 6 1 - 7 1 8 2

上記職員は代わることがあります。

6. サービススケジュール

わたしたちがあなたに提供するサービスのスケジュールは、おおむね日課表（別表）のとおりです。

7. 利用料金

①基本料金

あなたがサービスを利用した場合にお支払い頂く生活介護費は、原則として基本利用料の介護保険負担割合証に記載されている割合の額です。（保険料滞納に伴い給付制度を受けている利用者については、利用者負担金及び支払い方法が変わる事があります。）
ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービス利用する場合は、超えた分の利用料の全額をご負担いただきます。また、利用者負担の減免制度などの対象者である場合は、その認定の内容に基づいた金額となります。

1日につき、下記料金の1割～3割（介護保険負担割合証に記された割合率）を負担していただきます。

短期入所生活介護	基本利用料金						
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
併設ユニット型短期入所生活介護費 I	5,290円	6,560円	7,040円	7,720円	8,470円	9,180円	9,870円

※上記料金は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の料金も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

※連続61日以上短期入所生活介護を行った場合は減算ではなく、基本料金が介護福祉施設サービス費の料金と同金額となります。

※連続31日以上介護予防短期入所生活介護を提供する場合（介護予防のみ）について
連続して30日を超えて同一の介護予防短期入所生活介護事業所に入所している場合であって、短期利用を受けている利用者に対して要支援1の方は基本料金が介護福祉施設サービス費の要介護1の基本料金の75%に相当する料金となります。また要支援2の方は基本料金が介護福祉施設サービス費の要介護1の基本料金の93%に相当する料金となります。

②加算料金

以下の要件を満たす場合、1割または2割、3割の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
送迎加算	あなたやご家族の状況から、送迎を行う必要があると認められた場合に、あなたのご自宅と事業所との間の送迎を行った場合	片道あたり
		1,840円
看護体制加算（Ⅰ） ※要支援1・2は該当なし	常勤の看護師を1名以上配置している場合	1日につき
		40円
夜勤職員配置加算（Ⅱ） ※要支援1・2は該当なし	夜勤職員が最低基準を1人以上上回っている場合	1日につき
		180円

生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行った場合。かつ見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年以内ごとに1回、業務改善による取組による効果を示すデータの提供を行った場合	1月につき
		100円
生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取り組みが確認され、見守り機器などテクノロジーを複数導入していること。かつ職員間の適切な役割分担の取り組みを行い、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行った場合	1月につき
		1000円
緊急短期入所受入加算	やむを得ない事情により、介護支援専門員が緊急の必要性を認め、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合 ※原則7日間。家族等のやむを得ない事情がある場合14日間を限度とする	1日につき
		900円
サービス提供体制強化加算 Ⅰ(イ)	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上である場合	1日につき
		220円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ(ロ)	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金等の改善をしている場合	1か月の基本料金 +加算減算の17.6%

③減 算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減 算 額
長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合	連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合であって、短期利用を受けている利用者に対して所定単位数から減算を行う	1日につき
		－300円
業務継続計画未実施減算	以下の基準に適合していない場合。 感染症や非常災害の発生に置いて、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、早期業務再開を図る計画を策定する。当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずる。	所定単位数の1.0%を減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合。 虐待防止のための委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。虐待防止のための指針を整備する。担当者を置く。	所定単位数の1.0%を減算

④食 費（実費負担）

基準費用額	朝 食	昼 食	夕 食
1,570円（1日）	450円	560円	560円

※負担限度額認定が適用の方は下記のようにご負担いただきます。

利用者負担段階	3段階①／3段階②	2段階	1段階
1日あたりの食費	①1,000円／②1,300	600円	300円

⑤滞在費（実費負担）

	基準費用額	負担限度額認定 適用時		
		3段階①・②	2段階	1段階
ユニット型個室	1,550円	1,370円	880円	880円

※上記④・⑤以外に実費を要した場合は、別途ご負担いただく場合があります。

⑥キャンセル料

（１）あなたが、このサービスをやめたい場合は、お手数ですが事前に担当の介護支援専門員他、または下記の連絡先まで、ご連絡ください。

事業所 特別養護老人ホーム よしだ（短期入所） ０２５－７６１－７１８２

（２）あなたの都合でサービスの利用を中止する場合、次のキャンセル料が必要ですので、できる限り早めにご連絡ください。ただし、あなたの体調の急変など、緊急やむを得ない理由により利用を中止する場合は、キャンセル料をいただきません。

連絡の時期	キャンセル料	備 考
サービス利用開始日の前々日まで	いただきません。	容体急変等の緊急やむを得ない場合はいただきません
サービス利用開始日の前日まで	利用者負担金の ５０％×１日分	
サービス利用開始日の当日まで	利用者負担金の１００％×１日分	
サービス利用開始日以降	利用者負担金の５０％×利用予定残日数	

※実費負担分（食事代）におけるキャンセルの取り扱いは以下の通りとなります。

条件		食事代金について
ご利用前	利用日 午前８時以前のお申し出	頂きません
	利用日 午前８時以降のお申し出	５６０円（昼食実費負担分）を頂きます。
ご利用中	午前８時以降のお申し出	５６０円（昼食実費負担分）を頂きます。
	午後３時からのお申し出	５６０円（夕食実費負担分）を頂きます。

⑦【利用者負担金の算定例】

あなたの、契約期間の最初の月の利用者負担金は、おおむね次のとおりです。

生 活 介 護 費 (利用料)		利用日数		料 金 (1 0 割)			利用者負担金 (1 割または 2 割、 3 割)
				日 額		合 計	
			日	7, 040	円	0	
加 算	加算種類	利用日数 (回数)	料 金 (1 0 割)			利用者負担金 (1 割または 2 割)	
			1 日 (1 回) につき		合 計		
	送迎加算 (片道)	回	1, 840	円	0 円	0 円	
	看護体制加算 I	日	40	円	円	円	
	夜勤職員配置加算 II	日	180	円	0 円	0 円	
	サービス提供体制加算 I (イ)	日	220	円	0 円	0 円	
	生産性向上推進体制加算 (II)	日	100	円	100 円	10 円	
	介護職員等 処遇改善加算 I	月	17. 6	%	円	2 円	
					円	円	
					円	円	
実費負担	食 費	食 数	料 金			利用者負担金 (全 額)	
			1 食の料金		合 計		
	朝 食	食	450	円	0 円	0 円	
	昼 食	食	560	円	0 円	0 円	
	夕 食	14 食	560	円	7840 円	7840 円	
	滞 在 費	利用日数	料 金			利用者負担金 (全 額)	
			1 日の料金		合 計		
	日	1, 550	円	0 円	0 円		
そ の 他	内 容 :			円	円		
あなたにお支払いいただく見込みの金額						7, 842 円	

※介護保険限度額認定証の発行を受けている方の滞在費及び食費につきましては、その認定証に記載された金額 (1 日あたり) のご負担になります。

⑧支払い方法

上記①～⑥までの利用料 (利用者負担分の金額) は、 1 ヶ月毎にまとめて請求しますので、次のいずれかの方法により、お支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、送付させていただきます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 2 5 日 (祝休日の場合は直後の平日) に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日 (祝休日の場合は直後の平日) までに、事業者が指定する口座にお振込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日 (祝休日の場合は直後の平日) までに、十日町福祉会法人本部またはご利用事業所にて、現金でお支払いください。

8. サービスの利用にあたってあなたが注意すべきこと

- (1) 複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方のご迷惑にならないように注意してください。
また、職員の指示には必ず従ってください。
- (2) サービスを利用する際には、必ずサービス利用表を持参してください。
- (3) 紛失防止のため、持参品には名前をつけてください。また貴重品は、紛失に際して責任を負いかねますので持参しないようにしてください。
- (4) 施設で行う送迎は、原則として午前9時30分～11時、午後2時～4時の間となっていますので、ご了解ください。
- (5) 体調が思わしくない場合には、利用はできるだけ避けるようにしてください。
- (6) 作成された短期入所生活介護計画や、実施するレクリエーションの内容などについてご不満があれば、遠慮なく担当の生活相談員又は介護職員にお申し出ください。できる限り対応します。
また、それ以外にもご相談があれば、サービス提供についての関係の有無にかかわらず、遠慮なくお申し出ください。誠実に対応いたします。
- (7) 職員への心遣いはかたくお断りいたします。
- (8) 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業所または当事業所の担当者までご連絡ください。

9. 事故発生・緊急時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、対策委員会を通じて必要な措置を講じます。

安全対策管理者	施設長 富井 健二
---------	-----------

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じた時には、速やかに下記の治療医及び家族への連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称		
	氏 名		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
協力医療機関	医療機関の名称		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
緊急連絡先 (家族等)	氏 名 (利用者との続柄)	続 柄 :	
	電 話 番 号		

11. 虐待の防止のための取り組みについて

①虐待防止に関する責任者・担当者は、以下の者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施 設 長 富井 健二
虐待防止に関する担当者	生活相談員 丸山 康之
連絡先 (電話番号)	0 2 5 - 7 6 1 - 7 1 8 2

②虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的開催しています。

③虐待等に関する利用者及びその家族からの虐待等に関する相談を対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

1 2. 感染症・非常災害対策

感染症予防対策、自然災害、火災、その他の防災対策について、計画的な防災訓練を実施し、地域と連携をとり、利用者の安全に対して万全を期するよう努めます。

1 3. 業務継続計画の策定

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- ②介護職員等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施いたします。
- ③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 4. 苦情相談窓口

- ① 当施設が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	〒948-0106	
	新潟県十日町市南鑑坂446番地1	
	特別養護老人ホーム よしだ（短期入所）	
苦情受付担当者	生活相談員 丸山 康之	
苦情解決責任者	施設長 富井 健二	
電 話 番 号	025-761-7182	
法人第三者委員	水落 久夫	TEL：025-759-2123
	村山 幸子	TEL：025-758-2420

※上記の職員は代わることがあります。

- ② 当施設に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	開 庁 時 間	連 絡 先
十日町市福祉課介護保険係	月～金曜日	TEL：025-757-3757
	午前8：30～午後5：15	
小千谷市福祉課介護保険係	月～金曜日	TEL：0258-83-3517
	午前8：30～午後5：15	
津南町福祉保健課保険班	月～金曜日	TEL：025-765-3114
	午前8：30～午後5：15	
新潟県国民健康保険団体連合会		TEL：025-285-3022

1 5. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施はしていません。

サービスの提供に先立って、上記のとおり説明します。

令和 年 月 日

(事業者) 私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。サービス提供にあたり、別紙の通り重要事項を説明しました。

事業者	所在地	新潟県十日町市水口沢99番地		
	事業者(法人名)	社会福祉法人 十日町福祉会		
	代表者職・氏名	理事長	尾身 晴夫	印

説明者	職・氏名	生活相談員	丸山 康之	印
-----	------	-------	-------	---

(利用者) 私は、この契約内容に同意し、短期入所生活介護支援の利用を申し込みます。
また、第12条第3項及び4項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住 所 _____
(又は法定代理人)

氏 名 _____ 印

本人との続柄 _____

(家族代表) 私は、第12条第3項及び4項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 住 所 _____

氏 名 _____ 印