

「ショートステイひがしまつやま寿苑」 重要事項説明書

《令和6年4月1日現在》

1 事業者（法人）の概要

| | |
|---------|------------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 一寿会 |
| 法人所在地 | 埼玉県八潮市大字八條 294-4 |
| 代表者名 | 大谷 憲一 |
| 電話番号 | 048-930-5111 |
| F A X | 048-930-5110 |

2 事業所名及び事業所番号等

| | |
|---------|------------------|
| 事業所の名称 | ショートステイひがしまつやま寿苑 |
| 事業所の所在地 | 埼玉県東松山市柏崎 629-1 |
| 事業所代表者名 | 新井 隆 |
| 電話番号 | 0493-21-2800 |
| F A X | 0493-21-2801 |
| 事業所番号 | 1173300938 |

3 事業所の目的及び運営方針等

[事業所の目的]

本事業は、本事業所に配置する従業員（以下「職員」という。）が、要支援または要介護の方（以下「利用者」という。）に対し、適正な短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介（以下「短期入所生活介護等」という。）を提供することを目的とします。

[運営方針]

- (1) 本事業は、要介護（要支援）状態となった場合においても、その利用者が可能な限りそ居宅において、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴・排泄・食事の介助、その他の日常生活上の世話・機能訓練及び健康管理を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。
- (2) 本事業の実施にあつたては、居宅介護支援事業者及び包括支援センター、その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に務めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に務めるものとします。
- (3) 本事業所は、正当な理由無く短期入所生活介護等のサービスの提供を拒まないものとします。

[その他]

- (1) 本事業の介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、指定短期入所生活介護等の提供の開始前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮して、他のサービス担当職員と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した短期入所生活介護等の計画を作成するものとし、利用者またはその家族に対し、その内容を説明するものとします。
- (2) 本事業所は、自らその提供する短期入所生活介護等の質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。
- (3) 本事業所は、職員に対しその資質の向上のための研修等の機会を確保するものとします。

4 事業所の概要

(1) 構造及び利用定員等

| 建物 | 構造 | 建築延面積 |
|------|-------------------------------|------------------------|
| | 鉄筋コンクリート造 2 階建 | 1662.08 m ² |
| 利用定員 | 指定短期入所者生活介護 (介護予防短期入所生活介護) | 3 名 |
| 敷地面積 | 2466.57 m ² | |

(2) 居室

| 居室の種類 | 室数 | 人数 | 面積 (1人当り面積) |
|--------|----|----|---------------------|
| 個室ユニット | 3 | 3 | 13.6 m ² |

(3) 主な設備等

| 種類 | 設置個所 | 面積 |
|------------|-----------------|----------------------|
| 機能訓練・共同生活室 | 1F ぼたんユニット | 85.95 m ² |
| | 2F ひまわりユニット | 74.80 m ² |
| | 2F なでしこユニット | 87.82 m ² |
| トイレ | 1F ぼたんユニット 5ヶ所 | 3.78 m ² |
| | 2F ひまわりユニット 4ヶ所 | |
| | 2F なでしこユニット 4ヶ所 | |
| 浴室 | 1F・2F 各1ヶ所 | |
| 特浴室 | 2F 1ヶ所 | 28.91 m ² |
| 医務室 | 2F | 8.53 m ² |

(4) 事業所の送迎の実施地域

通常の送迎の実施地域は、東松山市、吉見町、川島町となります。

5 事業所の職員体制 [全て介護老人福祉施設と兼務]

| 職員の職種 | 人員 | 区分 | 職務内容 |
|---------|----|-------|--|
| 施設長 | 1 | 常勤兼務 | 職員を指揮監督し、業務の実施状況の把握と事業の管理を一元的に行う。 |
| 嘱託医師 | 1 | 非常勤 | 事業所内診療において、利用者の健康管理に対する措置及び療養上の指導等を行う。 |
| 生活相談員 | 1 | 常勤兼務 | 利用者またはその家族から相談に対する対応、及び必要な援助・指導等を行い、サービス上の連絡調整に従事する。 |
| 看護職員 | 2 | 常勤兼務 | 利用者の健康状態を把握し、配置医師等の指示により、利用者の健康維持のための必要な看護を行う。 |
| 介護職員 | 5 | 常勤兼務 | 利用者個々の心身の状態に応じ、可能な限りその自立の支援を念頭に、充実した生活を送れるよう、日常生活上の介護及び相談、援助を行う。 |
| | 3 | 非常勤兼務 | |
| 機能訓練指導員 | 2 | 常勤兼務 | 利用者個々の心身の状況を踏まえ、日常生活を営む上での必要な機能の改善または維持及び減退防止のための機能訓練を行う。 |
| 介護支援専門員 | 1 | 常勤兼務 | 利用者個々の心身の状況に応じ、施設サービス計画の作成を行い、実施状況の把握及び計画の見直し・変更を行う。 |
| 栄養士 | 1 | 常勤専従 | 利用者個々の身体の状況にあった献立の作成及び栄養管理・衛生管理を行う。 |

6 職員勤務体制

| 職員の職種 | 勤務体制 | 休憩 |
|---------|--|-----------|
| 管理者 | 日勤 (8:30~17:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |
| 嘱託医師 | 週1回程度 2時間勤務 | |
| 生活相談員 | 日勤 (8:30~17:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |
| 看護職員 | 日勤 (8:30~17:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |
| 介護職員 | 日勤 (8:30~17:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |
| | 早出 (6:30~15:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |
| | 遅出 (11:30~20:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |
| | 夜勤 (21:45~6:45) 常勤で勤務 ※その他交替勤務によるシフト制あり | 勤務内交替で1時間 |
| 機能訓練指導員 | 日勤 (8:30~17:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |
| 介護支援専門員 | 日勤 (8:30~17:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |
| 栄養士 | 日勤 (8:30~17:30) 常勤で勤務 | 勤務内交替で1時間 |

7 事業所サービスの内容

| サービスの種類 | サービスの内容 |
|------------|---|
| 食 事 | <p>管理栄養士が立てた献立により、栄養と利用者の身体の状況に配慮した食事を提供します。</p> <p>栄養士または管理栄養士が、入居者の栄養状態の維持及び改善を図り、各入居者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。</p> <p>(食事時間)</p> <p>朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～</p> |
| 入 浴 | <p>週2回以上の入浴または清拭を行います。</p> <p>寝たきり等で座位のとれない方、機械浴での入浴も可能です</p> |
| 排 泄 | <p>利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助をおこないます。</p> |
| 口腔ケア | <p>入居者の口腔の健康の保持を図り、口腔衛生の管理体制を整備し、各入居者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。</p> |
| 離床・着替え・整容等 | <p>寝たきり防止の為、出来る限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。個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</p> <p>シーツ交換は、原則週1回行います。</p> |
| 機 能 訓 練 | <p>機能訓練指導員により、利用者の心身の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の改善・維持及び減退防止に努めます。</p> |
| 健 康 管 理 | <p>主治医と連携を図りながら看護職員により健康管理を行います。利用中に医療を必要とする場合は、主治医の指示に従い適切な対応を行います。</p> |
| レクリエーション等 | <p>適宜利用者のための施設内レクリエーション及び野外レクリエーションを行います。</p> |
| 送 迎 | <p>ご自宅から事業所までの送迎を行います。(送迎サービスの利用は、任意です。)</p> |
| 相談及び援助 | <p>利用者とその家族からのご相談に応じます。</p> |

8 利用料金

(1) 介護保険給付サービス利用料金

利用者は、原則として厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該サービスが法定受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額が自己負担となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、厚生労働省令が定める基準額の全額を一旦お支払い頂くこととなります。利用料のお支払い後にサービス提供証明書と領収書を発行いたします。サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となります。

併設型ユニット型短期入所生活介護（、介護予防短期入所生活介護）費

| 個室ユニット (1日当り) | 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 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 単位数 | 529 単位 | 656 単位 | 704 単位 | 772 単位 | 847 単位 | 918 単位 | 987 単位 |
| 1割負担 | 547 円 | 678 円 | 728 円 | 798 円 | 875 円 | 949 円 | 1,020 円 |
| 2割負担 | 1,093 円 | 1,356 円 | 1,455 円 | 1,595 円 | 1,750 円 | 1,897 円 | 2,039 円 |
| 3割負担 | 1,640 円 | 2,033 円 | 2,182 円 | 2,393 円 | 2,625 円 | 2,845 円 | 3,059 円 |

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）利用加算料金

| 加算内容 | 単位数 (1日当り) | 1割負担 (1日当り) | 2割負担 (1日当り) | 3割負担 (1)(2) (1日当り) | 加算要件 |
|---------------------|---------------|----------------|----------------|--------------------------|---|
| 夜勤職員 配置加算 (Ⅱ) | 18 単位 | 19 円/日 | 37 円/日 | 56 円/日 | ユニット型短期入所生活介護費を算定しており、夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定される1日当たりの加算料金です。 |
| 送迎加算 (片道) | 184 単位 | 190 円/日 | 380 円/日 | 570 円/日 | 利用者の心身の状態、家族の事情等から見て送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と当施設との間の送迎を行う場合に算定される加算料金です。 |
| 緊急短期 入所 受入加算 | 90 単位 | 93 円/日 | 186 円/日 | 279 円/日 | <ul style="list-style-type: none"> ・別に厚生労働大臣が定める者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合は、当該指定短期入所生活介護を行った日から起算して7日を限度として加算する。(利用者の日常生活上の世話を家族の疾病等やむを得ない事情がある場合 には14日) (別に交背労働大臣が定める者の内容は次のとおり) *利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者。 *現に利用定員の100分の95に相当する数の利用者に対応している指定短期入所生活介護事業所において、緊急に指定短 |

| | | | | | |
|-----------------|------|-------|-------|-------|------------------------------------|
| | | | | | 期入所生活介護を受ける必要がある者。 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18単位 | 19円/日 | 37円/日 | 56円/日 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。 |

*介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 上記介護保険分総額の8.3%(令和6年5月31日まで)

*介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 上記介護保険分総額の2.3%(令和6年5月31日まで)

*介護職員等ベースアップ等支援加算 上記介護保険分総額の1.6%(令和6年5月31日まで)

*介護職員等処遇改善加算 上記介護保険分総額の14.0%(令和6年6月1日より)

*東松山市は介護保険上、地域区分別1単位の単価(6級地)10.33円で計算します。

(2) 介護保険給付対象外サービス利用料金

ご利用者の食事費及び居住費(滞在費)にかかる費用(1日当たり)です。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましてはその認定証に記載された金額(1日当たり)のご負担となります。

(3) キャンセル料

本事業所はご利用者が正当な理由なく短期入所生活介護等サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、下記キャンセル料の支払いを求めることができます。

- ①ご利用日の3日前迄にご連絡を頂いた場合 無料
- ②ご利用日の前日迄にご連絡を頂いた場合 利用料の50%
- ③ご利用日の当日迄にご連絡を頂いた場合(当日迄にご連絡頂けなかった場合) 利用料の100%

短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護) 食費自己負担料金 (1日当たり)

| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階(1) | 第3段階(2) | 第4段階 |
|--------|------|------|---------|---------|--------|
| 個室ユニット | 300円 | 600円 | 1,000円 | 1,300円 | 1,740円 |

* 日額で朝・昼・夕の3食で1,740円を基準額とし、朝食=480円、昼食=680円、夕食=580円とする。第4段階の方は、提供された食数単価で計算し、第1~第3段階の方は、提供された食数単価で計算した1日当たりの額が上記表の額を超えない場合はその額で、超えた場合は上記表の額となります。

短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護) 居住費(滞在費)自己負担料金 (1日当たり)

| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階(1) | 第3段階(2) | 第4段階 |
|-----------------------|----------------|----------------|--------------------|--------------------|--------|
| 個室ユニット 【内は令和6年8月~】 | 820円 【880円】 | 820円 【880円】 | 1,310円 【1,370円】 | 1,310円 【1,370円】 | 2,260円 |

* 市町村民税世帯非課税者において、その保険者である市町村が定める、利用者負担減免措置の要件を全て満たし収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であると、その保険者の長が認めた方は自己負担の減免を受けることができます。

《その他の利用料金》

| | |
|----------|---|
| 日用品費 | <p>*身の回り品について施設での提供をご本人様・ご家族様が希望する場合 1日につき280円 内訳（手洗い用石鹸、ペーパータオル、洗身タオル、シャンプー、リンス、ボディークリーム、茶碗、コップ） 嗜好品として（コーヒー、紅茶、ココア オレンジジュース等）</p> |
| 電気使用料 | <p>利用者が個人的に持ち込まれて使用される場合の電気使用料金として、 1点につき1日当たり70円をご負担いただきます。</p> |
| トロミ剤 | <p>1回20円（お茶ゼリーの場合10円）</p> |
| 理美容料金 | <p>利用者の希望により、出張による理美容サービスを受けることができます。但し実費自己負担となります。</p> |
| 健康管理費 | <p>施設が必要とする予防接種などの費用</p> |
| 医療機関への受診 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への受診（医療費）については、医療保険適用のため実費自己負担となります。 ・病院送迎交通費相当実費負担 |
| その他の費用 | <p>サービス提供される便宜の中で、日常生活において通常必要となる費用で、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費用は、実費自己負担となります。 また、オムツやパット等に関しては基本にご持参いただく形となりますが、別途必要となった場合は下記にてご提供させていただきます。 ・オムツ、紙パンツ（1枚）150円 ・パッド（1枚）80円</p> |

9 利用料金のお支払い方法

- (1) 事業者は、利用者又は利用者代理人に対し、毎月20日までに前月の利用料等の請求書を送付します。請求書には、請求する金額を介護保険給付対象と対象外に分けた明細書を添付します。
- (2) 利用者又は利用者代理人は事業者に対し、前項の利用料等を当月28日までにお手持ちの金融機関口座からの引き落としにより支払います。
- (3) 事業者は、利用者又は利用者代理人から利用料等の支払いを受けた時は、利用者代理人に対し、領収書を発行します。

10 サービス内容等に関する苦情等相談

[相談窓口]

| 当 事 業 所 お 客 様 相 談 員 | | |
|---------------------|------------|--|
| 受付担当責任者 | 受付ご利用時間 | ご利用方法 |
| 生活相談員：竹崎 乃利子 | 8：30～17：30 | 電話番号 (0493-21-2800) Fax (0493-21-2801) 面接 (面接室又は応接室) 意見箱 (受付窓口横に設置) |

[苦情処理体制及び手順]

- ① 苦情処理担当者が相談者本人に直接伺って、苦情内容の詳細把握を行います。
- ② 苦情内容について管理者を含め対応策の検討を行います。
- ③ 苦情処理担当者が相談者に検討結果の説明を行います。
- ④ 上記の苦情等の内容及び経過については、利用者の短期入所生活介護等計画の作成を担当している者にその都度報告し、必要な指示を受けます。
- ⑤ 苦情処理についての内容・対応結果等について台帳管理を行い、苦情の処理後も利用者及び担当介護支援専門員と連携を図り、職員教育等を徹底して、再発防止に努めます。

11 その他

当事業所以外に、市町村の苦情・相談窓口等に苦情を伝えることができます。

- ① 東松山市役所 高齢介護課

0493-23-2221 (受付時間 8：30～17：15)

- ② 埼玉県国民健康保険団体連合会苦情相談用

048-824-2568 (受付時間 8：30～12：00、13：00～17：00)

12 非常災害時の対応

| | |
|------------|--|
| 非常時の対応・対策 | <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の消防計画を基に対処を行います。 ・関係機関への通報体制等を定期的に職員に周知します。 |
| 避難訓練及び防災設備 | <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、年2回昼間及び夜間を想定した避難訓練を、利用者も参加して行います。 (主要防火設備) ・スプリンクラー及び防火扉・シャッター ・避難階段及び誘導灯 ・屋内外消火栓及び消火器 ・自動火災報知機及びガス漏れ警報器 |
| 消防計画等 | (比企広域消防本部消防長への届出日) 平成28年6月1日 (防火管理者) 根本 隆之 |

13 嘱託医師及び協力医療機関

| | | |
|--------|-----|-------------------------------|
| 嘱託医師 | 病院名 | 医療法人 K.N.C 桶川 K.N クリニック |
| | 医師名 | 長井 仁志 |
| | 所在地 | 埼玉県桶川市若宮 1-1-7 桶川駅前メディカルビル 2F |
| | 連絡先 | 048-787-7715 |
| 協力医療機関 | 病院名 | 東松山医師会病院 |
| | 所在地 | 東松山市神明町 1-15-10 |
| | 連絡先 | 0493-22-2822 |
| 協力歯科医院 | 病院名 | うさぎ歯科クリニック |
| | 所在地 | 東松山市沢口町 30-13 |
| | 連絡先 | 0120-099-505 |

14 事業所利用にあたっての留意点

| | |
|---------|---|
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には必ず職員に申し出て頂き、外出・外泊許可願いの提出をお願いします。 |
| 面会 | 面会時間：8：30～19：00 面会者は、面会簿に必要事項の記入をお願いします。 |
| 宗教・政治活動 | 事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 禁煙 | 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。 |
| 迷惑行動等 | 他の利用者に対する迷惑な行為はご遠慮ください。 |
| 所持金品の管理 | 所持金品は、原則として自己の責任で管理してください。 |

15 緊急時の対応

利用者に容体の急変等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずる他、ご家族等（緊急連絡先）及び居宅介護支援事業所へご連絡いたします。

| | | |
|---------|--------|-----|
| 主治医 | 病院名 | |
| | 所在地 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 1 | 氏名（続柄） | （ ） |
| | 住 所 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 2 | 氏名（続柄） | （ ） |
| | 住 所 | |
| | 連絡先 | |

16 事故発生時・事故防止及び再発防止の対応

- (1) この施設は、事故発生時の対応等の指針を整備し、利用者に対して指定介護老人福祉施設サービスの提供を行います。尚、サービス提供時に事故が発生した場合は、速やかに市町村及び利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- (2) この施設は、事故防止の為に委員会、職員への研修を定期的に行うものとします。
- (3) この施設は、事故の再発を防止するため、事故発生時の報告、分析、改善策を職員へ周知徹底し体制を整備するものとします。

17 お客様へのお願い

サービス利用には、介護保険被保険者証及び居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

当事業所は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、介護予防短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をいたしました。

18 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|---------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

令和 年 月 日

| | | |
|-----|----------|---------------------|
| 事業者 | 住所 | 埼玉県八潮市大字八條 294 番地 4 |
| | 事業者（法人）名 | 社会福祉法人 一寿会 |
| 事業所 | 住所 | 埼玉県東松山市柏崎 629-1 |
| | 事業所名 | ショートステイひがしまつやま寿苑 |
| | 事業所番号 | 1173300938 |
| | 事業所代表者名 | 施設長 新井 隆 印 |
| 説明者 | 職名 | 生活相談員・介護支援専門員 |
| | 氏名 | _____ 印 |

私は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、介護予防短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その主旨に同意します。

令和 年 月 日

| | | |
|------------|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |
| 家族代表者又は代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

個人情報使用同意書

私（利用者及びその後見人または家族）の個人情報については、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

利用者の適切な介護サービス提供が実施されるため、または円滑なサービスの提供が施されるために、実施されるサービス担当者会議や、主治医との協議、介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において、情報の共有が判断される場合。

2. 使用する期間

令和 年 月 日 ～ 前項の必要性がなくなるまで

3. 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

ショートステイひがしまつやま寿苑
施設長 新井 隆 様

利用者 住所

氏名 印

家族代表者又は代理人 住所

氏名 印

ショートステイひがしまつやま寿苑利用時確認書

介護保険法が施行され、介護や援助を必要とする高齢の方々の日常生活を、社会全体で支えていく為に、介護事業が運営されています。

当苑におきましても、少しでも在宅介護をされているご家族の皆様のお手伝いできればと考え、精一杯の心を込めて介護に当たらせて頂いております。

短期入所利用の皆様も年を重ねるごとに重度化されてきます。まれではありますが、利用期間中に急変が起こり、病状、その他に変化が起きることや転倒等のやむを得ない事故が発生する事態も考えられます。

もちろん、当苑では急変時の対応、事故防止等に最善の努力をさせていただきますが、介護・看護職員も限られた人数の中で対応しておりますので、そのような事態が起こり得ることも完全には否定できないということを、皆様にご理解、ご了承頂きたいと存じます。

当施設は、以上のことを説明しました。

令和 年 月 日

ショートステイひがしまつやま寿苑

説明者 _____ 印

以上のことの説明を受け、了承いたしました。

令和 年 月 日

確認者氏名 _____ 印 (利用者との関係 _____)