

## 重 要 事 項 説 明 書

短期入所生活介護サービスを提供するにあたり、厚生省令第37号に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。(平成28年4月1日現在)

### 1. 事業者

|            |                |
|------------|----------------|
| 事業者の名称     | 社会福祉法人 幸洋福祉会   |
| 主たる事務所の所在地 | 下松市大字来巻944番地の1 |
| 法人種別       | 社会福祉法人         |
| 代表者の氏名     | 理事長 中島洋二       |
| 電話番号       | 0833-47-1220   |

### 2. 事業所

|            |                |
|------------|----------------|
| 事業所の名称     | 特別養護老人ホーム 松寿苑  |
| 事業所の所在地    | 下松市大字来巻944番地の1 |
| 都道府県知事指定番号 | 山口県3570700173号 |
| 管理者の氏名     | 古殿雄二           |
| 電話番号       | 0833-47-1220   |
| FAX番号      | 0833-47-1222   |

### 3. 当事業者が併せて実施する事業

| 事業の種類     | 都道府県知事の指定 |                | 利用定員 |
|-----------|-----------|----------------|------|
|           | 指定年月日     | 指定番号           |      |
| 特別養護老人ホーム | 平成12年4月1日 | 山口県3570700173号 | 70名  |
| 通所介護      | 平成12年4月1日 | 山口県3570700082号 | 35名  |
| 居宅介護支援事業  | 平成12年4月1日 | 山口県3570700033号 |      |

### 4. 当事業所の事業目的と運営方針

|      |   |
|------|---|
| 事業目的 | 要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な短期入所生活介護サービスを提供する。   |
| 運営方針 | <p>1. 利用者1人1人の意志及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、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。</p> <p>2. 市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保健・医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。</p> |

## 5. 当事業所の概要

### 特別養護老人ホーム「松寿苑」

|      |           |                        |
|------|-----------|------------------------|
| 敷地   | 9,310.17㎡ |                        |
| 建物   | 構造        | 鉄筋コンクリート3階建 耐火構造 冷暖房完備 |
|      | 延床面積      | 5,417.09㎡              |
|      | 利用定員      | 70名                    |
| ユニット | ユニット数     | 8ユニット（うちショートステイ1ユニット）  |
|      | 入居定員      | 10名                    |

#### (1) ショートステイ室

| 居室の種類 | 室数 | 面積      | 1人当たり面積 |
|-------|----|---------|---------|
| 1人部屋  | 10 | 331,95㎡ | 33.19㎡  |

#### (2) 主な設備

| 設備の種類 | 数  | 面積      | 備考         |
|-------|----|---------|------------|
| 共同生活室 | 8  | 327.04㎡ |            |
| 機能訓練室 | 1  | 67.13㎡  | 平行棒、滑車訓練器他 |
| 浴室    | 10 | 86.16㎡  | 特殊2室・一般浴8室 |
| 医務室   | 1  | 23.27㎡  |            |

## 6. 職員体制

| 従業者の職種  | 従業者の員数 | 区分 |    |     |    | 常勤換算後の人員 | 指定基準の員数 | 保有資格       |
|---------|--------|----|----|-----|----|----------|---------|------------|
|         |        | 常勤 |    | 非常勤 |    |          |         |            |
|         |        | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |          |         |            |
| 施設長     | 1      | 1  |    |     |    | 1        | 1       | 社会福祉主事     |
| 医師      | 2      |    |    |     | 2  |          | 1       | 医師         |
| 生活相談員   | 6      | 1  | 2  | 3   |    | 3.5      | 1       | 社会福祉士(3)   |
| 介護職員    | 53     | 40 | 1  | 12  |    | 46.5     |         | 介護福祉士(38)  |
| 看護職員    | 5      | 5  |    |     |    | 5.0      | ※1      | 正看(3)准看(2) |
| 栄養士     | 1      | 1  |    |     |    | 1.0      | 1       | 管理栄養士(1)   |
| 機能訓練指導員 | 1      |    | 1  |     |    | 1        | 1       | 准看護師(1)    |
| 介護支援専門員 | 1      | 1  |    |     |    | 1        | 1       | 介護支援専門員(1) |

※日中については、ユニット毎に常時1名以上、夜間については2ユニット毎に1名以上を配置します。

7. 当事業所の職員の勤務体制

| 従業員の職種  | 勤務体制   | 休暇         |
|---------|--|------------|
| 施設長     | 勤務時間帯（ 8：30～17：30）   | 1カ月変形労働時間制 |
| 医師      | 週2日（1日1.5時間）   | 週休5日       |
| 生活相談員   | 勤務時間帯（ 8：00～17：00）<br>勤務時間帯（ 8：30～17：30）   | 1カ月変形労働時間制 |
| 介護職員    | 早出勤務（ 7：30～16：30）<br>日勤勤務（ 8：00～17：00）<br>遅出勤務（10：00～19：00）<br>夜間勤務（18：45～ 8：45）<br>準夜勤務（17：00～24：00）<br>深夜勤務（ 0：00～ 8：45）<br>※看護職員又は介護職員を、日勤帯では各ユニットに1名以上、夜勤帯では2ユニットに1名配置します。 |            |
| 看護職員    | 勤務時間帯（ 8：00～17：00）<br>勤務時間帯（10：00～19：00）<br>※看護職員は夜間の緊急時連絡体制あり。  |            |
| 栄養士     | 勤務時間帯（ 8：00～17：00）   |            |
| 機能訓練指導員 | 勤務時間帯（ 8：00～17：00）<br>勤務時間帯（10：00～19：00）   |            |
| 介護支援専門員 | 勤務時間帯（ 8：00～17：00）   |            |

注：看護職員・介護職員の勤務時間については常勤職員の時間帯を記載しています。

8. 当事業所の職員の順守事項（運営規程第8条抜粋）

|      |  |
|------|--|
| 秘密保持 | <p>1. 本所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らしてはならない。なお、本所は、本所の職員であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させる為に、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。</p> <p>2. 本所の職員は、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合にはその利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を、あらかじめ文書により得るものとする。</p> |
|------|--|

9. 当事業所の短期入所生活介護サービスの利用定員

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 利用定員 | （1日） 10名<br>（介護予防給付サービス定員を含む） |
|------|-------------------------------|

10. 通常の事業の実施地域

|      |                   |
|------|-------------------|
| 実施地域 | 下松市・周南市（大河内、勝間地区） |
|------|-------------------|

11. 当事業所の提供する短期入所生活介護サービスの概要

(1) 介護保険給付によるサービス

| サービスの種別          | 内 容   |
|------------------|---|
| 食 事              | <p>(食事時間)</p> <p>朝 食 8 : 1 5 ~ 9 : 4 5</p> <p>昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 3 0</p> <p>夕 食 1 7 : 4 5 ~ 1 9 : 1 5</p> <p>(食事場所)</p> <p>食事は、出来る限り離床して共同生活室で食べて頂くよう配慮しています。</p> <p>(その他)</p> <p>食べられないものやアレルギーがある方は、事前にご相談下さい。</p> |
| 入 浴              | <p>(入浴日)</p> <p>一般浴 月・火・水・木・金・土・日曜日</p> <p>特 別 月・火・水・木・金・土・日曜日</p> <p>(なお、入浴日は施設の行事その他の理由により変更する場合があります。)</p> <p>(その他)</p> <p>予定の入浴日に入浴できなかった方は、他の入浴日に入浴して頂く、あるいは清拭を行うなどの方法により、身体の清潔に努めます。</p>                          |
| 排 泄              | <p>ご利用者の身体的能力に応じて、トイレ誘導・ポータブルトイレの配置・おむつ使用など適切に排泄介助を行い、排泄の自立を援助します。</p>  |
| 離床、着替え<br>整容、その他 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止の為、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・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。</li> <li>・適切な整容を行い、個人としての尊厳に配慮します。</li> <li>・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は定期的に行います。</li> <li>・衣類の洗濯は、当施設で随時行います。</li> </ul>   |
| 健 康 管 理          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康チェック（血圧、脈拍、体温等）を行います。</li> <li>・当施設の嘱託医師による診察を行い、ご利用者の健康管理に努めます。</li> <li>・緊急必要な場合には、責任をもって協力医療機関等に引き継ぎます。</li> </ul>   |
| 機 能 訓 練          | <p>ご利用者の身体状況、障害の程度に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下防止に努めます。</p>   |
| 送 迎              | <p>専用車両（車椅子・ストレッチャー対応可）による送迎並びにご利用者の身体的能力に応じて昇降・移動介助を行います。</p>  |
| 相 談 及 び 援 助      | <p>ご利用者本人並びにご家族からのご相談に応じ、可能な限り必要な援助を行います。</p>   |

(2) 保険給付外のサービス

|         |   |
|---------|---|
| 教 養 娯 楽 | 生花・書道・音楽・手工芸などのクラブ活動、レクリエーション活動、季節行事などを行い、施設生活が実りあるものとなるよう努めます。 |
|---------|---|

12. 利用料等

(1) 介護保険給付

(1日当たり)

| 要介護区分        | 要介護1                            | 要介護2    | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5    |
|--------------|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| 基本単価         | 6,770円                          | 7,430円  | 8,140円  | 8,800円  | 9,460円  |
| 送迎費          | (往復) 3,680円                     |         |         |         |         |
| サービス提供体制強化加算 | (1日) 180円                       |         |         |         |         |
| 夜勤職員配置加算     | (1日) 180円                       |         |         |         |         |
| 合計額          | 10,930円                         | 11,590円 | 12,300円 | 12,960円 | 13,620円 |
| 合計額の1割       | 1,093円                          | 1,159円  | 1,230円  | 1,296円  | 1,362円  |
| 合計額の2割       | 2,186円                          | 2,318円  | 2,460円  | 2,592円  | 2,724円  |
| 介護職員処遇改善加算   | (1日) 上記の「合計額の1割(または2割)」×5.9%(円) |         |         |         |         |

(注) 1. ご利用者の要介護状態区分に応じた上記の金額の1割(または「介護保険負担割合証」にて2割に認定された方は2割)が、ご利用者の自己負担となります。

・ 送迎費は、当事業所が送迎した場合のみ、お支払い頂きます。

・ ご利用者の要介護状態区分が変更された場合は、ご利用者の自己負担額も変更となります。

2. ご利用者が要介護認定を受けておられない場合又はご利用者の居宅サービス計画が作成されていない場合には、この利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。この場合、要介護認定を受けられた後又は居宅サービス計画を作成された後に、自己負担額を除く金額が介護保険給付費から払い戻されます(償還払い)。なお、償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を当事業所から交付します。

3. 介護保険給付費体系(上記の表の金額)は、変更される場合があります。

(2) 介護保険給付外の費用

次の費用は、その全額がご利用者の負担となります。

| 項目                 | 内 容   | 金 額                         |
|--------------------|---|-----------------------------|
| 食 事 費 用<br>(別紙1参照) | 食事に係る費用(食材費及び調理費)として、次の金額をお支払い頂きます。                             | 1日<br>1,380円<br>~<br>1,600円 |
|                    | 1. 利用者負担第1~3段階の方<br>1日1,380円(おやつ代を含む)<br>(朝食200円、昼食620円、夕食560円) |                             |
|                    | 2. 利用者負担第4段階の方<br>1日1,600円(おやつ代を含む)<br>(朝食240円、昼食720円、夕食640円)   |                             |

|                   |  |                    |
|-------------------|--|--------------------|
| 特別食の提供に要した費用      | 通常の献立とは別に、特別な食事を希望された場合は、その食事提供に要した費用の実費を、お支払い頂きます。  | 実 費                |
| 通常の事業実施区域外からの送迎費用 | 当事業所の通常の事業の実施区域外（下松市・周南市（大河内、勝間地区以外）にお住まいの方が、当事業所をご利用される場合には、送迎費用として、次の金額をお支払い頂きます。<br>(1) 当事業所から片道概ね5km未満 無 料<br>(2) 当事業所から片道5km以上10km未満 200円<br>5km毎に上記の金額に100円を加算します。 | 200円<br>～<br>距離による |
| 滞在費用<br>(別紙1参照)   | 光熱水費相当額を、滞在費としてお支払い頂きます。   | 1日<br>1,970円       |
| 医療費               | 医療保険適用に係る経費は、ご利用者の自己負担となります。   | 自己負担               |
| 日常生活に係る費用         | 衣類の購入その他日常生活に必要な費用で、ご利用者本人に係るものは、自己負担となります。<br>(おむつ代は必要ありません。)   | 自己負担               |

(注) 上記の金額は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由が発生した場合には、相当な額に変更することがあります。

### (3) その他の費用

|                 |  |
|-----------------|--|
| 介護保険支給限度額を超えた利用 | 介護保険給付費の支給限度額を超えて当サービスを利用される場合は、介護保険給付費相当額（10割額）を、ご利用者の自己負担とさせていただきます。   |
| キャンセル料          | 当サービスの利用を中止される場合に、所定の日時までにはその旨を当事業所に連絡されずに利用を中止されたときは、キャンセル料〔上記「(1) 介護保険給付」のご利用者自己負担額（基本単価の1割）×キャンセル日数〕をお支払い頂くことがあります。 |
| 記録の<br>謄写代      | ご利用者に提供したサービスの記録の謄写を求められた場合は、その謄写に要した実費相当額をお支払い頂きます。   |

#### 13. 利用料等の支払い方法

- (1) 当事業所では、当サービスご利用の都度、提供しましたサービスの内容を示す「サービス提供明細書」をお渡しし、翌月「請求書」を送付致します。  
この請求書に記載した金額を、その月（サービスご利用の翌月）20日に、ご指定の通帳より自動引落する方法にてお支払い頂きます。
- (2) 上記のとおり、通帳自動引落の方法を原則としておりますが、ご利用者のご希望に応じ、口座振込又は現金払いの方法も承ります。この場合には、担当職員にお申し付け下さい。

#### 14. 当事業所の苦情等の受付窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記にお申し付け下さい。

|  |       |  |
|--|-------|--|
| 受 付 窓 口                                    | 受付担当者 | 亀山雄樹（主任相談員兼DSC主任）<br>吉村艶子（ショートステイ担当主任）<br>江川留美子（介護主任）<br>田村則子（居宅介護支援室主任） |
|  | 連絡先   | 電話番号 0833-47-1220<br>FAX番号 0833-47-1222                                  |
| ※緊急の場合以外は、月～金曜日の午前8時30分から午後5時30分までにご連絡下さい。 |       |  |

#### 当法人の苦情解決第三者委員

- 三浦紘一郎  
〒744-0031 下松市花岡浴312-4 (0833-43-1758)
- 浅原郁子  
〒744-0028 下松市藤光町1-8-2 (0833-44-8536)
- 山田千鶴子  
〒744-0061 下松市城山町15-8 (0833-41-3384)

#### 当事業所以外の苦情受付機関

- 下松市役所 介護保険係  
〒744-8585 下松市大手町3-3-3 (0833-45-1831)
- 周南市役所 高齢者支援課  
〒745-8655 周南市岐山通1丁目1番地 (0834-22-8467)
- 光市役所 介護保険係  
〒743-0011 光市光井2丁目2番1号 (0833-74-3003)
- 山口県国民健康保険団体連合会  
〒753-8520 山口県朝田1980-7 (083-995-1010)
- 山口県福祉サービス運営適正化委員会（福祉サービス苦情解決委員会）  
〒753-0072 山口市大手町9-6 ゆ〜あいプラザ山口県社会福祉会館2F  
(083-924-2837)

## 15. 苦情処理手順

|               |   |
|---------------|---|
| 苦情の受付         | 苦情受付担当者は、利用者からの苦情は随時受け付け、受付に際し苦情の内容等を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認する。   |
| 苦情の報告・確認      | 苦情受付担当者は、受け付けた苦情は全て苦情解決責任者及び第三者委員に報告する。但し、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除く。  |
| 苦情解決に向けての話し合い | 苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努める。その話し合いにおいて、第三者委員に助言又は立ち会いを求めることができるものとし、苦情解決責任者もまた同様とする。  |
| 苦情解決の記録・報告    | 苦情解決の記録・報告は次により行う。<br>①苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について、書面に記録する。<br>②苦情解決責任者は、一定期間毎に苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受ける。<br>③苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に対して、一定期間経過後報告する。 |
| 解決結果の公表       | 苦情解決責任者は、個人情報に関するものを除き、解決結果を事業報告書等において実績を掲載し、公表する。  |
| 解決困難な苦情の対応    | 解決困難な苦情の解決は、山口県福祉サービス利用援助事業等運営適正化委員会に委ねる。   |

## 16. 緊急時等の対応

短期入所生活介護サービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は当サービスの協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとする。



## 17. 事故発生時の対応・損害賠償

### (1) 事故発生直後の対応

|          |   |
|----------|---|
| 利用者の状態確認 | 事故の発見者は、利用者の状態（意識・呼吸・脈の有無、顔色、怪我の有無及び程度その他）を確認するとともに、周辺の職員及び看護職員を呼び、利用者の生命又は身体の安全を最優先して、必要な臨機の処置を取る。       |
| 医療処置     | 看護職員は、嘱託医師の指示に基づく医療処置を行う。   |
| 責任者への連絡  | 施設長に事故の発生を速やかに報告し、以後職員は施設長の指示に従う。   |
| 家族への連絡   | 施設長は、嘱託医師の確認又は指示のもと、施設長自ら又は事故が発生した部門の責任者又は看護職員を通じて、事故に係る利用者の家族に連絡し、利用者の様態その他その時点で明らかになっている範囲での事故の状況を説明する。 |
| 関係者への報告  | 施設長は、必要に応じて、施設長自ら又は事故が発生した部門の苦情受付担当者等を通じ、次の関係者に報告する。<br>①理事長<br>②利用者の契約居宅介護支援事業者<br>③山口県及び市町村介護保険担当課      |

### (2) 事後処理

|                |  |
|----------------|--|
| 事故報告書の作成       | 事故が発生した部門の責任者及び事故の発見者は、事故の態様・概況・対応・原因分析等を記載した事故報告書を作成し、施設長及びその部門の苦情受付担当者に報告する。         |
| 家族への事故の詳細報告    | 施設長及び苦情受付担当者は、事故報告書に基づいて、利用者の家族に事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細を説明する。                            |
| 理事長への報告        | 施設長は、事故報告書に基づいて、事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細並びに利用者本人及びその家族の申し立てについて理事長に報告の上、以後の処理方針に関する指示を仰ぐ。 |
| 介護事故予防対策委員会の開催 | 施設長は、理事長の指示のもと、介護事故予防対策委員会を招集し事故の原因に応じて今後の再発防止対策並びに今後の事後処理を検討する。                       |

|         |  |
|---------|--|
| 損 害 賠 償 | <p>本所は、本所の短期入所生活介護サービスの提供により、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。</p> <p>加入保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社<br/>         保険代理店 有限会社 ケーアンドケーほけん企画<br/>         TEL 0834-33-3006</p> |
|---------|--|

18. 当事業所の協力医療機関

|         |                |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 成幸会（下松病院） |
| 院長名     | 中島洋二           |
| 所在地     | 下松市新川2丁目1番1号   |
| 電話番号    | 0833-41-2727   |
| 診療科     | 内科、リハビリテーション科  |
| 入院設備    | 有り             |

19. 非常災害時の対応

|                    |   |       |         |      |
|--------------------|---|-------|---------|------|
| 非常時の対応             | 別に定める「社会福祉法人幸洋福祉会消防計画書」に則り、対応します。                 |       |         |      |
| 平常時の訓練<br><br>防災設備 | 別に定める「社会福祉法人幸洋福祉会消防計画書」に則り、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。 |       |         |      |
|                    | 設備名称  | 設置    | 設備名称    | 設置   |
|                    | 屋内散水栓   | 9ヶ所   | 誘導灯     | 46ヶ所 |
|                    | 消火器   | 53ヶ所  | 防火シャッター | 5ヶ所  |
|                    | 自動火災報知機   | 有     | 避難階段    | 3ヶ所  |
|                    | 非常通報装置  | 有     | 避難口     | 13ヶ所 |
|                    | 非常電源  | 有     | 排煙設備    | 有    |
| 防煙パネル              | 3ヶ所   | 防火垂れ壁 | 6ヶ所     |      |
|                    | カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。                      |       |         |      |
| 消防計画等              | （最終届出日） 平成26年6月1日<br>（防火管理者） 村中 伸市                |       |         |      |

20. 当事業所の短期入所生活介護サービスをご利用頂く上での留意事項

|          |  |
|----------|--|
| 来訪・面会    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・来訪者は、面会時間（8:00~20:00）を遵守し、ご面会の際には面会簿にご記入下さい。</li> <li>・来訪者が宿泊される場合は、必ず許可を得て下さい。</li> </ul> |
| 外出       | 外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。  |
| 設備器具等の利用 | 施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用下さい。   |
| 迷惑行為等    | 騒音等他の利用者の迷惑と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下さい。  |
| 貴重品等の管理  | 所持品の管理は当施設で用意しております床頭台等をご活用頂き、貴重品は相談員にお預け下さい。但し、品物によっては、お預かりすることが困難な場合もあります。   |
| 宗教その他の活動 | 施設内で他の利用者に対する宗教活動・政治活動・販売活動等は、ご遠慮下さい。  |
| 動物飼育     | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。  |

- (1) ご利用者の短期入所生活介護計画の作成を担当する職員は、( ) です。サービスに関する変更、追加等のご希望がありましたら、ご連絡下さい。なお、当事業所の提供するサービスについて、苦情等お困りのことがございましたら、当施設の苦情受付窓口又は当施設の管理者（古殿雄二、TEL0833-47-1220）まで、ご遠慮なくご連絡下さい。
- (2) ご利用者により適切なサービスを提供する為、当サービスの開始時及び必要に応じて、主治医等の診断書を提出して頂く場合があります。
- (3) サービスの提供に当たっては、ご利用者に対して健康チェック等を行い、利用不相当と判断した場合には、サービスの提供を中止することがあります。
- (4) ご利用者のご都合により、サービスの利用を中止される場合は、遅くとも「ご利用予定日当日の午前8時30分」までにご連絡下さい。
- (5) ご利用者のご利用申込日が利用定員を超えている等の理由により利用が困難な場合には、他の日にご利用頂くよう協議させて頂くことがあります。
- (6) ご利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けられたときは、当事業所にご連絡下さい。