

重要事項説明書

当事業所はお客様に対して短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護を提供します。契約を締結する前に知りたい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とおり説明します。わかりにくいことがあれば遠慮なくご質問ください。

1 事業者

(1) 事業所名	社会福祉法人玉成会
(2) 事業所所在地	新潟県糸魚川市大字須沢 3250 番地
(3) 電話番号・FAX 番号	電話 025-562-1080 FAX 025-562-1070
(4) 代表者氏名	理事長 上野 文嗣
(5) 設立年月日	昭和 38 年 11 月 20 日

2 事業所の概要と説明

(1) 建物の構造	木造
(2) 主な設備	利用者 1 人当たり最小床面積 11.40 m ² 食堂及び機能訓練室の合計面積 54.75 m ² (2 ユニットの合計)
(3) 事業の種類	短期入所生活介護事業 (単独型 ユニット型個室) 介護予防短期入所生活介護事業 (単独型 ユニット型個室)
(4) 事業の目的	介護保険法令に従い、お客様が有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とし、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護のサービスを提供いたします。
(5) 事業所の名称	ショートステイじょんのび園 (まどか)
(6) 事業所の所在地	新潟県糸魚川市大字須沢 2048-1
(7) 電話番号・FAX 番号	電話 025-556-7805 FAX 025-556-7806
(8) サービス開始年月日	平成 26 年 4 月 1 日
(9) 通常の事業実施区域	糸魚川市
(10) 営業日・営業時間	年中無休
(11) サービス提供時間	終日
(12) 利用定員	20 名

3 職員の配置状況

当事業所では、お客様に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職種	資格	配置人員
1 管理者		1名
2 生活相談員	社会福祉主任用資格	1名
3 介護職員	介護福祉士、ヘルパー2級	9名以上
4 看護職員	准看護師	1名以上
5 機能訓練指導員	准看護師	1名以上 (兼務)
6 栄養士	栄養士	1名

<配置職員の職種>

- 生活相談員 お客様の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
- 介護職員 お客様の日常生活上の介護ならびに健康維持のための相談援助を行います。
- 看護職員 主にお客様の健康管理や療養上の世話と日常生活上の介護等を行います。
- 機能訓練指導員 お客様の機能訓練を担当します。

<主な職種の勤務体制>

1 生活相談員	8:00~17:00
2 介護職員	① 8:00~17:00 ② 9:00~18:00 ③ 13:00~22:00 ④ 22:00~8:00
3 看護職員	8:00~17:00
4 機能訓練指導員	看護職員が兼務します

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては利用料金の通常9割が介護保険から給付されます。

①食事	・当事業所では栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにお客様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
②入浴	・気持ちよく入浴できるよう、お客様の身体状況に配慮した浴槽を使用します。 ・当事業所には、機械浴槽、中間浴槽、家庭浴槽があります。 ・週に2回以上の入浴又は清拭を行います。
③排泄	・お客様の排泄の介助を行います。
④機能訓練	・機能訓練指導員により、お客様の心身の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復またはその減退を防止するための機能訓練を行います。
⑤健康管理	・医師や看護職員が健康管理を行います。
⑥その他	・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。 ・レクレーションなどの活動によりメリハリのある生活を送れるよう配慮いたします。

(2) サービス利用料金

料金表により、お客様の介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。表はすべて1割負担の場合です。

※利用者負担第1段階：生活保護受給者・市町村民税非徴税の老齢福祉年金受給者

		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
1 介護度別サービス料金	個	5,610円	6,810円	7,460円	8,150円	8,910円	9,590円	10,280円
2 うち介護保険から給付される金額	個	5,049円	6,129円	6,714円	7,335円	8,019円	8,631円	9,252円
3 サービス利用にかかる自己負担額	個	561円	681円	746円	815円	891円	959円	1,028円
4 滞在費	個	880円（自費発生時は2,066円）						
5 食費		300円（自費発生時は1,845円）						

※利用者負担第2段階：世帯非課税であって課税年金+合計所得が年間80万円以下の方

		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
1 介護度別サービス料金	個	5,610円	6,810円	7,460円	8,150円	8,910円	9,590円	10,280円
2 うち介護保険から給付される金額	個	5,049円	6,129円	6,714円	7,335円	8,019円	8,631円	9,252円
3 サービス利用にかかる自己負担額	個	561円	681円	746円	815円	891円	959円	1,028円
4 滞在費	個	880円（自費発生時は2,066円）						
5 食費		600円（自費発生時は1,845円）						

※利用者負担第3段階①：世帯非課税であって課税年金+合計所得が年間80万円超120万以下の方など

		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
1 介護度別サービス料金	個	5,610円	6,810円	7,460円	8,150円	8,910円	9,590円	10,280円
2 うち介護保険から給付される金額	個	5,049円	6,129円	6,714円	7,335円	8,019円	8,631円	9,252円
3 サービス利用にかかる自己負担額	個	561円	681円	746円	815円	891円	959円	1,028円
4 滞在費	個	1,370円（自費発生時は2,066円）						
5 食費		1,000円（自費発生時は1,845円）						

※利用者負担第3段階②：世帯非課税であって課税年金+合計所得が年間120万超の方など

		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
1 介護度別サービス料金	個	5,610円	6,810円	7,460円	8,150円	8,910円	9,590円	10,280円
2 うち介護保険から給付される金額	個	5,049円	6,129円	6,714円	7,335円	8,019円	8,631円	9,252円
3 サービス利用にかかる自己負担額	個	561円	681円	746円	815円	891円	959円	1,028円
4 滞在費	個	1,370円（自費発生時は2,066円）						
5 食費		1,300円（自費発生時は1,845円）						

※利用者負担第4段階以上の方

		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
1 介護度別サービス料金	個	5,610円	6,810円	7,460円	8,150円	8,910円	9,590円	10,280円
2 うち介護保険から給付される金額	個	5,049円	6,129円	6,714円	7,335円	8,019円	8,631円	9,252円
3 サービス利用にかかる自己負担額	個	561円	681円	746円	815円	891円	959円	1,028円
4 滞在費	個	2,066円						
5 食費		1,845円						

- ・加算料金について 送迎費 片道184円
別途加算 職員の体制により別途加算をいただく場合があります
- ・介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、お客様の負担額を変更いたします。
- ・お客様が負担限度額認定証をお持ちの場合でも、自費が発生するご利用につきましてはサービス利用料金、その他の加算及び食費、滞在費は負担限度額認定証記載の金額によらず全額を頂戴いたします。

(3)介護保険の給付とならないサービス

①介護保険給付の限度額を超えるサービス 超過している分のサービス利用料金の全額が自己負担となります。
②お客様が使用する室料 全個室 2,066円
③お客様の食事の提供 1日あたり 1,845円（朝食 380円 昼食 885円 夕食 580円）（第4段階以外の方は料金表参照）
④ご本人の希望するおやつ代等 上記食費に含まれるおやつ以外で特にご本人が希望するおやつを購入した場合に実費をご負担いただきます。
⑤日常生活上必要となる諸経費用実費 日用雑費として1日 200円ご負担いただきます
⑥理美容代 実費をご負担いただきます
⑦レクリエーション等行事開催時の実費 レクリエーションなどの行事に参加された場合に要した費用は実費をご負担いただきます。
⑧送迎費 糸魚川市外の方の送迎費用は 15円／km×距離で計算させていただきます。

(4)利用料金のお支払い方法

サービス利用料金については1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月27日までに当事業者指定方法でお支払いいただきます。原則、口座振替でお支払いいただきます。

なお、郵便局の口座は当事業者の口座振替に使用できませんのでご了承下さい。

(5)利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、お客様の都合によりサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合必ず利用予定日の前日までに事業者に申し出てください。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合は、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

ただし、お客様の急な体調不良等、正当な事由がある場合にはこの限りではありません。

利用予定日までに申し出があった場合	無料
利用予定日までに申し出がなかった場合	当日の利用予定の食費、滞在費の全額

サービスの利用の変更・追加の申し出に対して事業所の稼働状況によりご意向にそいかねる場合もございます。そのような場合には、他の利用可能期間又は、日時を契約者に提示して協議します。

(6) サービス利用中の医療の提供について

サービス利用中にお客様の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には速やかに下記の協力医療機関と連絡を取り、救急治療あるいは緊急入院等、必要な措置が受けられるようにします。

協力医療機関名	医療法人社団 安藤医院
住所・電話番号	〒941-0058 糸魚川市寺町1丁目6-15 025-552-8111
主治医	安藤 隆夫
診療科目	内科

この場合、予めお客様の指定する下記緊急連絡先に対し、直ちに連絡します

連絡先（氏名）	
電話番号	
連絡先(氏名)	
電話番号	

5 サービスの利用に関する留意事項

(1) 持込の制限

- ・他の利用者の迷惑になるもの、危険なもの等の持込みを制限します。
- ・現金、貴重品、食品、酒、たばこの持ち込みは固くお断りいたします。職員の知らないところでお持込みになり、体調の変化や紛失がありましても責任は負いません。

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用スペース、設備をその本来の用途に従って使用してください。
- ・故意にまたはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、お客様に自己負担により現状に回復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・当事業所の職員や他のお客様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などをを行うことはできません。

(3) 喫煙

施設内及び敷地内は禁煙ですので喫煙することはできません。

(4) 送迎時刻

お迎えの予定時刻につきましては、事前に当方よりご連絡させていただきますが、その時の交通事情や状況などにより変化することがあります。またその予定時刻につきましても、その日のお客様の人数やルートにより都度変更いたしますので、毎回の明確なお時間指定には対応できかねますことをご了承ください。

(5) 所持品

所持品につきましては入所時に申告され、当施設に管理依頼いただいたものに関してのみ管理品とさせて頂きますが、それ以外のもの又は日常的にご本人様が身に付けられているもの（メガネ、補聴器、貴金属、小銭など。衣類は除きます）は管理外とさせて頂きます。ご本人が所持、使用されておられます時の紛失、損傷などは免責事項とさせていただきます。ただし、そのものについて明らかに職員が破損させたものにつきましては当施設の責任とさせていただきます。

(6) 洗濯

サービスの利用日数により、当施設でお客様の衣服の洗濯をお引き受けすることも可能です。家庭用の洗濯機を使用しますので、クリーニング対応の衣服等は洗濯しかねます。また通常の洗濯により衣類の損傷、劣化等生じた場合の責任は負いかねますのでご了承ください。

6 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、お客様やそのご家族様に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

7 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口（担当者）管理者又は生活相談員 TEL 025-556-7805
- ・受付時間 月曜日～金曜日 9:00～18:00

上記以外の時間も上記電話で対応いたし、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

糸魚川市役所 福祉事務所	所在地	糸魚川市一の宮1丁目2番5号
	電話番号	025-552-1511
新潟県国民健康保険団体連合会	所在地	新潟市中央区新光町4番地1
	電話番号	025-285-3022

契約書、重要事項説明書について説明を受け、記載事項全てについてここに同意し、契約を締結します。

上記契約を証するため、本書2通作成し、お客様、事業者が各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 糸魚川市大字須沢 2048-1

事業所名 ショートステイじょんのび園（まどか）

代表職・氏名 理事長 上野 文嗣 印

説明者 生活相談員 森 奎子 印

(お客様) 住所

氏名 印

(利用者代理人) 住所

氏名 (続柄) 印

(連帯保証人) 住所

氏名 (続柄) 印

(介護支援専門員)

令和 年 月 日

上記契約の内容が、わたしの立案した居宅サービス計画の内容と一致していることを確認します。

事業所名

介護支援専門員氏名 印