

「指定短期入所生活介護」

「指定介護予防短期入所生活介護」

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(千葉県指定 第1271900100号)

当事業所はご契約者に対して指定（介護予防）短期入所生活介護を提供します。
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。

社会福祉法人 九十九里ホーム

1. 事業者について

法 人 名 称	社会福祉法人 九十九里ホーム
法 人 所 在 地	千葉県匝瑳市飯倉 21 番地
電 話 番 号	0479-73-2115
代 表 者 氏 名	理事長 井上 峰夫
創 立 年 月 日	昭和 27 年 5 月 25 日

2. 事業所の概要

事 業 所 名 称	ショートステイサービス松丘園
事 業 所 の 種 類	指定短期入所生活介護 平成 12 年 2 月 1 日指定 指定介護予防短期入所生活介護 平成 12 年 2 月 1 日指定
施 設 の 所 在 地	千葉県匝瑳市飯倉 17 番地 1
連 絡 先	☎ 0479-73-2115 fax 0479-73-3198
管 理 者	井上 峰夫
通常事業の実施地域	匝瑳市・香取郡多古町・山武郡横芝光町
利 用 定 員	10 名
運 営 方 針	創立の精神である「神を信じ、人を愛する」ことを理念として運営していきます。
施 設 の 概 要	鉄筋コンクリート造 地上 5 階建 (2~4 階部分) 建物の延べ床面積 2~4 階 4511.64 m ²
居 室 等 の 概 要	多床室 : 30 室 (1 室 11.04 m ²) 従来型個室 : 12 室 (1 室 15.27 m ²) 静養室 1 室 (3 名) 医務室 1 室 面会室 1 室 家族宿泊室 1 室 食堂 6 室 機能訓練室 1 室 浴室 : 個浴・座位浴槽・特殊浴槽

上記は厚生労働省が定める基準により指定介護福祉施設は必置が義務付けられている施設設備です。

3. 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	年中無休
受 付 時 間	月~土 8:00~17:00

4. 職員の配置状況

従業員の種類	配置数	指定基準
管理者	1名(兼務)	1名
医師	1名(非常勤)	1名
生活相談員	2名	2名(本体施設兼務)
介護支援専門員	2名	2名(本体施設兼務)
機能訓練指導員	2名	2名(本体施設兼務)
介護・看護職員	44名以上	44名(本体施設兼務)
栄養士	1名以上	1名(本体施設兼務)
調理員	8名以上	8名(本体施設兼務)
事務員	3名以上	3名(本体施設兼務)
その他の	必要数	必要数

職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制
施設長	日勤(8:00~17:00)
医師	月曜日~金曜日 嘱託医及び配置医により2日以上来園
生活相談員	早出(7:30~16:30)
介護支援専門員	日勤(8:00~17:00)
事務員	遅出(9:30~18:30)
介護職員	早出(7:30~16:30) 遅出(10:00~19:00) 大遅(13:00~22:00) 夜勤(16:30~9:30) 深夜(22:00~8:00)
看護職員	早出(7:45~16:45) 日勤(9:00~18:00)
機能訓練指導員	理学療法士(8:00~17:00) 看護師(9:00~12:00)
栄養士	日勤(8:30~17:30)
調理員	早出(6:00~15:30) 日勤(8:00~17:00) 遅出(10:30~19:30)

配置職員の職務内容

職種	職務内容
管理 者	従業員の管理及び利用者申し込みに係る調整・業務の実施状況の把握その他管理を一元的に行います。従業員に法令等の規程を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
医 師	ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
生 活 相 談 員	ご利用者の日常生活上の相談に応じ適宜生活支援をいたします。
介 護 職 員	短期入所介護計画に基づき、ご利用者の心身に応じた日常生活上の世話を適切に行います。
看 護 職 員	サービス提供前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行い、ご利用者の健康管理や静養のための必要な措置を行います。
機能訓練指導員	ご利用者が可能な限り、その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機能訓練を行います。

5. 提供するサービス内容について

サービス区分と種類	サービスの内容	
短期入所生活介護計画の作成	ご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた短期入所生活介護計画を作成します。	
送迎サービス	<p>ご家族の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。通常の事業実施地域外からのご利用の場合にはご家族送迎、または交通費実費のご負担をいただきます。</p> <p>○迎え 9時又は10時に園を出発 ○帰り 14時又は15時に園を出発</p>	
食事	個々のご利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行い、摂食・嚥下機能その他の利用者の身体状況に配慮した適切な食事を提供します。	
日常生活上の支援	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要なご利用者に対して介助を行います。嚥下困難な方のためのソフト菜の提供を行います。
	入浴の提供	入浴の提供及び入浴の介助や洗髪の介助を行います。
	排泄介助	ご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ご利用者の身体機能を最大限活用した適切な援助を行います。

	更衣介助等	介助が必要な方に対して、離床、着替え、整容、その他日常生活の介助を適切に行います。
	服薬介助	介助が必要な方に対して、薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
	機能訓練	ご利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的な知識に基づいた訓練を行います。
	その他	ご利用者の選択に基づき、趣味や趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

6. 提供するサービスの費用について

①提供サービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

併設・空床型介護予防短期入所生活介護費（Ⅱ）				
	基本単位	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	451単位	451円	902円	1,353円
要支援2	561単位	561円	1,122円	1,683円
併設・空床型短期入所生活護費（Ⅱ）				
要介護1	603単位	603円	1,206円	1,809円
要介護2	672単位	672円	1,344円	2,016円
要介護3	745単位	745円	1,490円	2,235円
要介護4	815単位	815円	1,630円	2,445円
要介護5	884単位	884円	1,768円	2,652円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位	18円	36円	54円
夜勤職員配置加算（Ⅰ）	13単位	13円	26円	39円
個別機能訓練加算	56単位	56円	112円	168円
機能訓練体制加算	12単位	12円	24円	36円
看護体制加算（Ⅰ）	4単位	4円	8円	12円
看護体制加算（Ⅱ）	8単位	8円	16円	24円
送迎加算	片道184単位	184円	368円	552円
	往復368単位	368円	736円	1104円
介護職員等待遇改善加算（Ⅰ）	個々のサービスの利用単位によって計算されます。			
（※）療養食加算	8単位	8円	16円	24円
（※）若年性認知症利用者受入加算	120単位	120円	240円	360円
（※）緊急時短期入所受入加算	90単位	90円	180円	270円
（※）医療連携強化加算	58単位	58円	116円	174円

☆負担限度額割合証に定める額に応じて、ご利用者の負担額を変更します。

実費	従来型多床室料	食費（3食）
第一段階（生活保護受給者）	0円	300円
第二段階（年収80万円以下）	430円	600円
第三段階①（年収80万円超120万円以下）	430円	1000円
第三段階②（年収120万円超）	430円	1300円
第四段階（補足給付の対象でない方）	915円	1500円

☆1段階から3段階対象には介護保険限度額認定証の提示が必要となります。

☆ご利用者が、まだ要介護・要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金をいったんお支払いただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）

又、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

②その他の費用について

☆利用料金の全額がご利用者の負担となります。

①理容・美容代	理容の出張サービス（調髪・顔そり）をご利用いただけます。
②レクリエーション	ご利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。材料費代等の実費を戴く場合があります。
③複写物の交付	ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。希望があれば、複写物の交付を受けることができます。材料費代等の実費を戴く場合があります。
④日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。おむつ代は介護保険給付対象となっていませんので、ご負担の必要はありません。

7. 利用料のお支払方法について

前記①・②の料金・費用は、サービス利用終了月にご利用期間分の合計額をお支払下さい。

☆利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、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。この場合にはサービスの実施日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、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、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。但し、ご利用者の 体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日利用料金の10%

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

○ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

8. サービス利用に関する留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

①持ち込みの制限

入所にあたり、以下の物以外は原則として持ち込むことはできません。

○日常生活必需品（身の回り品）

②面会について

○面会時間は 8：00～18：30 となります。

③食事について

○食事が不要な場合は、前日までにお申し込み下さい。前日までに申し出があった場合には、食事にかかる費用は減免されます。

④施設・設備使用上の注意

○居室及び共有施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又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ご利用者に自己負担により現状に復していただくか又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合は、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。

○当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

⑤喫煙

○施設内は禁煙です。

⑥サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的診療、入院治療を保証するものではありません。又、主治医による診療が原則基本となります）

○協力医療機関

医療機関の名称	九十九里ホーム病院
所在地	匝瑳市飯倉21番地
診療科	内科・整形外科・形成外科・呼吸器科・泌尿器科・皮膚科

○協力歯科医療機関

医療機関の名称	小西歯科医院
所在地	匝瑳市飯塚920番地

9. 緊急時の対応について

サービス利用中に、利用者に健康状態が急変した場合は、速やかに主治医又は関係機関への連絡を行なう等の必要な措置を講じるとともに、ご家族の方に速やかに連絡します。

10. 非常災害対策について

○事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常対策に関する取り組みを行います。
○非常災害に関する具体的な計画を立てて、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
○非常災害時に通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

11. 事故発生時の対応について

○当施設において、事故が発生した場合はご利用者の家族、ご利用者に係る居宅介護支援事業所者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 苦情の受付について

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口	事務所	担当者	生活相談員	林 宏美
		電 話	0479-73-2115	

○受付時間 月曜日～土曜日 8:00～17:00

又、苦情受付ボックスを玄関ホールに設置しています。

行政機関その他苦情受付機関

匝瑳市高齢者支援課	所在地	匝瑳市八日市場八の793番地2
	電話番号	0479-73-0033
	受付時間	8:30～17:15
香取郡多古町保険福祉課	所在地	香取郡多古町多古2848
	電話番号	0479-76-3185
	受付時間	8:00～17:00
横芝光町福祉課	所在地	横芝光町宮川11902
	電話番号	0479-84-1211
	受付時間	8:30～17:15
千葉県国民健康保険団体連合会	所在地	千葉市稲毛区天台6-4-3
	電話番号	043-254-7174
	受付時間	9:00～17:00
千葉県社会福祉協議会 (千葉県運営適正化委員会)	所在地	千葉市中央区千葉港4-5
	電話番号	043-246-0294
	受付時間	10:00～12:00 13:00～16:00

〈重要事項説明書付属文書〉

サービス提供における事業者の義務

当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供するに当たって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調・健康状況から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の要請に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって取り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務) ただし、ご利用者に緊

急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身の情報を提供します。又ご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、予め文書にてご利用者の同意を得ます。

損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様といえます。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するにいたった場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合、又は、指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

（1）ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。
ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、

又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑦他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（2）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者による、サービス利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

（3）契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し必要な援助を行うよう努めます。

令和 年 月 日

指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定（介護予防）短期入所生活介護 ショートステイサービス松丘園
説明者 職名 生活相談員
氏名 印

私は本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供に同意しました。

利用者 住所

氏名 印

本人が記入できない場合の代筆者 氏名 印
続柄（ ）