特別養護老人ホーム　川柳の里三清荘

「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
（岡山県指定第 3373800600 号）

当事業所はご契約者に対して介護短期生活介護サービスを提供します。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。

◇◆目次◆◇

１．事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
２．事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
３．職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
４．当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・４
５．利用の中止、変更、追加・・・・・・・・・・・・・・・７
６．事業所からの申し出により退所していただく場合・・７
７．苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・８
８．事故発生時の対応について・・・・・・・・・・・・・９

１．　事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　経山会
（２）法人所在地　　岡山県総社市久米 48-1
（３）電話番号　　0866-92-6981
（４）代表者名　　理事長　長野　直樹
（５）設立年月日　　平成５年８月

２．　事業所の概要

（１）事業所の種類　　（介護予防）短期入所生活介護　平成 26 年 4 月 1 日
岡山県指定第 3373800600 号

（２）事業所の目的　　老人福祉事業

（３）事業所の名称　　特別養護老人ホーム短期入所生活介護事業所

（４）事業所の所在地　　岡山県久米郡久米南町羽出木 753-11

（５）電　話　番　号　　086-728-3700

（６）事　業　所　長　　山本　洋子

（７）当事業所の運営方針

・自分らしく生きる場所としての居心地の良い生活環境を提供します

・地域に根づき、開放的で親しまれる施設となるよう活動します

（８）開設年月日　　平成 26 年 4 月 1 日

（９）営業日及び営業時間

営 業 日　　年中無休

受付時間　　７：００～１９：００

（１０）利用定員　　１０名

（１１）居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は全室個室になっています。

居室・設備の種類	室数	備　　考
個室	１０室	ユニット（１０名／１ユニット）１部屋　12.6 ㎡ 電動ベッド（寝具付）・洗面台・床頭台・チェスト カーテン・ナースコールを標準設備しています
リビングルーム	１室	食事、談話室など
浴室	２室	家庭浴室・特殊浴室
医務室	１室	
地域交流スペース	１室	行事

＊上記は、厚生労働省が定める基準により、介護短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設、設備です。この施設、設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

＊居室の変更・ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設での可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

３．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して介護予防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。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

＜主な職員の配置状況＞

特別養護老人ホームの職員とあわせた人数を記載しています。

職　　種	職員数
１．施設長	１名
２．介護職員	２０名以上
３．生活相談員	１名以上
４．看護職員（兼務）	２名以上
５．機能訓練指導員（兼務）	１名以上
６．介護支援専門員	１名以上
７．医師「嘱託医」	１名以上
８．管理栄養士	１名

（２）主な職員の勤務体制（特別養護老人ホーム職員を含む）

１．施設長・事務職員	８：４５～１７：４５
２．介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中　７：００～２０：００　５名以上 （各ユニット１名以上） 夜間　２２：００～７：００　３名
３．看護職員	８：００～１７：００ ＊　夜間でも連絡体制を確保しています
４．生活相談員 介護支援専門員 管理栄養士	８：４５～１７：４５

＊土日は上記と異なります。

４．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについては

（１）利用料金が介護保険から給付される場合
（２）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第４条参照）

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。

＜サービスの概要＞

①食事

・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

[食事時間]　朝食　８時 00 分　　昼食　12 時 00 分　　夕食　18 時 00 分

②入浴

・入浴または清拭を週２回行います。

・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止する為の訓練を実施します。

⑤その他自立への支援

・寝たきり防止のため、できるかぎ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。

・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。

＜サービス利用料金（１日当たり）＞（契約書第７条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要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）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

単位（円）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金	7,040	7,720	8,470	9,180	9,870
2.うち､介護保険から給付される金額	6,336	6,948	7,623	8,262	8,883
3.サービス利用に係る自己負担額（1-2）	704	772	847	918	987
4.機能訓練体制加算	12　機能訓練指導員を１名以上配置している場合				
5.夜勤職員配置加算	18　夜勤職員の数が最低基準を１名以上上回っている場合				
6.生産性向上推進体制加算	10　テクノロジーを導入し、介護職の業務負担の軽減、職場環境の改善に向けた施策の取り組み／月				
合計（3＋4＋5）	734	802	877	948	1,017

○その他必要に応じて頂く加算

加　算　項　目	内　　容	金　　額
療養食加算	病状に応じて医師の指示により療養食が提供された場合	３円／食
送迎加算	ご自宅まで送り迎えをした場合	184 円／片道
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数に 17.2%を乗じた単位数	
看取り連携体制加算	看取り期に看護職員との連携によりサービス提供を行った場合に算定（7 日を限度）／日	64 円／日

※現行、ご負担の増える加算は未定ですが、今後体制が整い次第負担となる場合があります。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条、７条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

居室と食事にかかる費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

①食費

ご契約者に提供する食事の材料費および調理費にかかる費用です。

料金　１日あたり 1,545 円　（朝食 425 円　昼食・夕食 560 円）

行事等で特別な食事を提供した場合には、実費を徴収させていただきます。

また、喫茶や移動販売のパンを購入したされた場合も別途徴収させていただきます。

②滞在に要する費用（室料および光熱水費）

施設および設備を利用し、滞在される費用を負担していただきます。

１日あたり　　2,066 円

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約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。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

１枚につき　１０円

⑤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契約者の日常生活に要する費用でご契約者に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すのでご負担の必要はありません。

＊経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２ヶ月前までにご説明します。

⑥利用料支払に伴う手数料

引落しの場合：利用料引落手数料 10 円をご負担いただきます。

振込の場合　：振込手数料をご負担いただきます。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第７条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用のお支払いは、引き落とし日にご指定の預金口座より引き落としさせていただきます。

ただし、口座引落申し込みが期日に間に合わない場合や特別な事情がある場合は、窓口でのお支払いまたは振込みにてお支払いいただくこともあります。

５．利用の中止、変更、追加（契約書第８条参照）

・利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止または変更、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。

・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

・ご契約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。この場合、既に実施されたサービスにかかる利用料金はお支払いいただきます。

６．事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第１９条参照）

以下の事項に該当する場合には当施設から退所していただく場合があります。

・ご契約者またはご家族が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用などを傷つける行為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

・ご契約者またはご家族が、サービス従事者又は他の利用者等に対して、暴言を吐いたり大声で怒鳴る等のハラスメント行為を行った場合

・ご契約者またはご家族が、その他著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

７．苦情の受付について（契約書第２１条参照）

（１）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　　責任者　　山本　洋子

　　担当者　　右近　大我

受付時間　　毎週月曜日～日曜日　　９：００～１７：４５

（２）苦情処理を行うための体制・手順

・相談、苦情の申し出があった場合、サービス向上委員会（苦情処理）を開催します。

問題の詳細を確認するために関係職員、利用者などから必要に応じて状況の徴収を実施し事実関係を確認します。

・把握した状況に基づき、関係者への連絡調整、注意指導をおこなうとともに、苦情申出人には必ず対処法を含めた結果報告を行います。

・行政機関その他苦情受付機関

久米南町役場　保健福祉課	所 在 地 ： 久米南町下弓削 502-1 電話番号：086-728-4411 受付時間：8：30～17：15
国民健康保険団体連合会	所 在 地 ： 岡山市北区桑田町 17-5 電話番号：086-223-9101　FAX：086-223-9105 受付時間：9：00～17：00

（３）第三者委員について

第三者委員会とは、サービス利用者と施設の間に入って、問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は、第三者委員会を交えてお話合いもできます。

当施設の第三者委員は、次のとおりです。

名前	電話番号
深見　昌宏	0866－92－0063
永田　真一	0866－92－0416

８．事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。

①職員は、施設長（上長）に報告をし、指示をうけて対処します。

②ご利用者のご家族に連絡をし、事故状況を報告します。

③保険者に連絡をし、事故報告を提出します。

附則

この規程は、平成２６年　６月　１日から施行する。

この規程は、平成２７年　１月　１日から施行する。

この規程は、平成２７年　４月　１日から施行する。

この規程は、平成２９年　３月　１日から施行する。

この規程は、平成２９年　４月　１日から施行する。

この規程は、平成３０年　４月　１日から施行する。

この規程は、平成３１年　４月　１日から施行する。

この規程は、令和　１年　７月　１日から施行する。

この規程は、令和　１年１０月　１日から施行する。

この規程は、令和　３年　４月　１日から施行する。

この規程は、令和　３年　８月　１日から施行する。

この規程は、令和　４年１０月　１日から施行する。

この規定は、令和　４年１１月２１日から施行する。

この規定は、令和　５年　４月　１日から施行する。

この規定は、令和　６年　１月　１日から施行する。

この規定は、令和　６年　４月　１日から施行する。

この規定は、令和　６年　８月　１日から施行する。

この規定は、令和　７年　５月２１日から施行する。

この規定は、令和　８年　８月　１日から施行する。

指定短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。
社会福祉法人　経山会
特別養護老人ホーム川柳の里三清荘　指定短期入所生活介護

説明者　　生活相談員　右近　大我　　印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供の開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契　約　者　　住所

氏名

（家族：　　）　住所

氏名