

短期入所生活介護重要事項説明書
介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

短期入所生活介護重要事項説明書
介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

(令和 年 月 日現在)

1. 事業所の名称及び所在地など

事業者番号	3577600434
事業所名	なぎの木在宅ケアセンター・ショートステイ
所在地	〒754-0002 山口県山口市小郡下郷 751-4
連絡先	083-972-8252
管理者	田邊 亮

2. 事業の目的及び運営方針

(1) 目的

この施設は、要支援、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）が短期間入所することで、生活の質の向上及び利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 運営の方針

利用者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、一人一人の利用者について、個性、心身の状況、利用に至るまでの生活習慣を把握し、コミュニケーションを十分図りながら適切に援助することに努めます。また、利用者が相互に社会的関係を築き、自立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に努めます。

3. 職員体制

- 一. 管理者 1名（常勤兼務）
事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
- 二. 医師 1名（非常勤兼務）
利用者の健康管理および指導を行います。
- 三. 生活相談員 1名以上（うち1名以上が常勤）
ショートステイにおける相談援助業務を行います。
- 四. 看護職員 1名以上（機能訓練指導員と兼務1名）
医師の補佐をし、利用者の健康管理を行います。
- 五. 介護職員 3名以上（うち1名以上が常勤）
利用者の毎日の生活において、自立に必要な支援を行います。
- 六. 機能訓練指導員 1名以上（看護職員と兼務1名）
日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する訓練を行います。
- 七. 調理員その他の従業者 実情に応じた適当数

4. 設備の概要

居室定員 1 名、個室の面積 13.3～14.1m²

1 ユニットの定員 10 名

洗面設備

共同生活室

浴室

洗濯場

診察室（併設 林病院内）

5. サービスの内容

- (1) 生活指導（相談援助等）
- (2) 機能訓練（日常動作訓練）
- (3) 健康状態の確認
- (4) 介護サービス
- (5) 送迎
- (6) 給食サービス
- (7) 入浴サービス
- (8) その他利用者に対する便宜の提供

6. 利用料金

(1) 介護保険適用部分

併設型ユニット型 介護予防短期入所生活介護費 (I)

	1日あたりの利用料金 (介護報酬額)	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要支援1	5,290円	529円
要支援2	6,560円	656円
サービス提供体制強化加算 I	220円	22円
送迎加算	片道1,840円	片道184円
(新) 介護職員等処遇改善加算(I)	(サービス費+加算) × 140/1000 円(1か月分)	

併設型ユニット型 短期入所生活介護費 (I)

	1日あたりの利用料金 (介護報酬額)	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護度1	7,040円	704円
要介護度2	7,720円	772円
要介護度3	8,470円	847円
要介護度4	9,180円	918円
要介護度5	9,870円	987円
サービス提供体制強化加算 I	220円	22円
送迎加算	片道1,840円	片道184円
(新) 介護職員等処遇改善加算(I)	(サービス費+加算) × 140/1000 円(1か月分)	

※平成30年8月以降、一定以上の所得があり法定代理受領サービスである時、自己負担額の2倍(2割負担)又は3倍(3割負担)の額となります。

※ 送 迎・・・事前にご相談ください。

(2) 介護保険適用外費用

① 食 費

朝食 380円 昼食 550円 夕食 515円

② 滞在費

1日あたり 2,066円

③ 理美容費 実費

④ 通常の送迎区域以外の送迎費

事業所から片道概ね 20km未満 400円

事業所から片道概ね 20km以上 600円

⑤ その他

上記の他、趣味活動の費用、買い物サービスの費用等は自己負担となります。

(3) キャンセル料

- ①入所日の前日午後5時までにご連絡を頂いた場合 無料
- ②入所日の前日午後5時までにご連絡を頂かなかった場合 1日の利用料の20%

(4) 支払い方法

短期入所生活介護及び予防介護短期入所生活介護の利用料金は、一ヶ月毎に計算し翌月の10日以降に請求書をお渡しいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払方法は、併設の林病院受付での窓口支払いか、金融機関口座からの自動引落となります。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

- ・介護支援専門員とご相談の上、電話等でお申し込みください。
- ・ご利用期間決定の後、契約を結びます。なお、ご利用の予約は3ヶ月前からできます。

(2) サービス利用契約の終了

①利用者の都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護及び予防介護短期入所生活介護を利用中でなければ、文書でのお申し出によりいつでも解約できます。

※以下の場合には、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が途中退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

②自動終了

以下の場合には、双方の通知がなくても自動的に契約を終了し予約は無効となります。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・利用者が亡くなられた時または被保険者資格を喪失した時
- ・要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

③その他

利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、利用者が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、10日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。なお、この場合、予約は無効となります。

8. 通常の送迎実施地域

通常の実施地域は、山口市（小郡・山口・秋穂）宇部市（小野地区）、美東町、防府市とします。

9. 施設ご利用にあたっての留意点

- ・面会時間 午前 9 : 00～午後 7 : 00
- ・金銭、貴重品の管理 各自で十分管理いただきますので、必要以上の金銭、貴重品は持ち込まないようお願いします。
- ・外出 職員に届出（外出許可）が必要です。
- ・飲酒、喫煙 原則禁止いたします。
- ・所持品の持ち込み 最小限にお願いします。
- ・施設外での受診 職員に届出（外出許可）が必要です。
- ・宗教活動 他の方への勧誘はお断り致します。
- ・ペット 持ち込みや飼育はお断り致します。
- ・その他 安全指導の指示に従ってください。
施設の秩序を乱す行為や他の居室に入るなどの迷惑行為はお断りいたします。

10. 緊急時などにおける対応方法

従業者は、短期入所生活介護及び予防介護短期入所生活介護を提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合は、救急処置に万全を尽くすと共に管理者に報告、速やかに家族へ連絡します。

11. 協力医療機関は林病院とします。（Tel 083-972-0411）

内科・外科・整形外科

12. 事故発生時の対応

事故発生時の場合は、家族及び医療機関への対応、市町・居宅支援事業所への連絡等必要な措置を講じると共に、当該事故の状況や処置について記録し、損害賠償の対象である場合には速やかに行うものとします。

13. 非常災害対策

- ・防災時の対応 職員の指示に従ってください。
- ・防災設備 誘導灯、屋内消火設備、自動火災報知設備 等設置
- ・防災訓練 消防計画に従い、年 2 回行います。
- ・防災管理者 堺谷 英生

14. その他

サービス提供にあたり、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合、利用者の家族の了解を得た場合を除き、身体的拘束を行いません。

15. サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設ご利用者相談・苦情担当

担当：生活相談員 嘉戸 美奈子

住所：山口市小郡下郷 751 番地 4

電話：083-972-8252

② その他の相談・苦情窓口

山口市役所 介護保険課

住所：山口市亀山町 2 番 1 号

電話：083-934-2795

(小郡総合支所) 介護保険課

住所：山口市小郡下郷 609 番地 1

電話：083-973-8154

(秋穂総合支所) 総合サービス課

住所：山口市秋穂東 6570 番地

電話 083-984-8023

山口県国保連合会 苦情相談窓口

住所：山口市朝田 1980 番地 7

電話 083-995-1010

(阿知須総合支所) 総合サービス課

住所：山口市阿知須 2743 番地

電話 0836-65-4114

短期入所生活介護及び予防介護短期入所生活介護の提供開始にあたり、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明者

〔氏名〕 _____

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護及び予防介護短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け同意致しましたので、これを受領します。

また、居宅支援事業所等に対して、入所中の情報提供をされることについても同意します。

サービス利用者 〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____

(署名代行人) 〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____

※家族以外の場合は、代理人権限を有することを確認させていただきます。

※同意について、利用者の利便性向上や、政府の方針も踏まえ、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の契約書及び重要事項説明書、計画書等に押印は求めない事とします。