

ショートステイスバル台 重要事項説明書
「指定（介護予防）併設型短期入所生活介護事業」

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(三重県指定 第 2471000089 号)

当事業所はご利用者に対して(介護予防)併設型短期入所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、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

※当事業所への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」又は「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 事業所を退所していただく場合（契約の終了について）	8
7. 残置物について	9
8. サービス利用に当たっての留意事項	9
9. 非常災害対策	9
10. 緊急時の対応	9
11. 事故発生時の対応	9
12. 個人情報及び守秘義務	10
13. 身体拘束の制限	10
14. 虐待防止	10
15. 苦情の受付について	10

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 長茂会
- (2) 法人所在地 三重県尾鷲市大字南浦 4587 番地の 4
- (3) 電話番号 0597-22-8100
- (4) 代表者氏名 理事長 世古 祐臣
- (5) 設立年月 昭和 52 年 6 月 1 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 (介護予防) 併設型短期入所生活介護事業
平成 12 年 4 月 1 日指定 三重県第 2471000089 号
当事業所は特別養護老人ホームスバル台に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従いご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に(介護予防)併設型短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 ショートステイ スバル台
- (4) 事業所の所在地 三重県尾鷲市大字南浦 4587 番地の 4
- (5) 電話番号 0597-22-8100
- (6) 管理者 氏名 内山 豊基
- (7) 運営方針 本事業所において提供するサービスは、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・福祉・医療サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月 昭和 63 年 4 月 1 日
- (9) 入所定員 9 名 (介護予防) 併設型短期入所生活介護+(介護老人福祉施設の空床)

3. 居室の概要

(1) 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。利用される居室は原則として個室となります。

居室・設備の種類	室数	備考
個室 (1 人部屋)	9 室	
食堂	3 室	
機能訓練室	1 室	[主な設置機器] 歩行器・手すり付き階段
浴室	1 室	[主な設置機器] 一般浴槽・特殊浴槽
医務室	1 室	

☆居室の変更：ご利用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その可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際にはご利用者や身元保証人と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項 (※トイレの場所 (居室内、居室外 3 か所) 等)

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して（介護予防）併設型短期入所生活介護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。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

特別養護老人ホームとの合算

職種	常勤（非常勤含む）
1. 施設長	1名
2. 医師（嘱託医）	1名
3. 生活相談員	1名
4. 介護職員	30名
5. 看護職員	3名
6. 栄養士	2名
7. 調理員	6名
8. 機能訓練指導員（看護職員と兼務）	1名
9. 事務職員	3名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制	
1. 施設長	日勤C	8：30～17：30
2. 医師	土曜日	13：30～14：00
3. 生活相談員	日勤C	8：30～17：30
4. 介護職員	早番C	7：00～16：00
	日勤A	7：30～16：30
	日勤C	8：30～17：30
	日勤F	10：00～19：00
	遅番A	10：30～19：30
	夜勤	16：00～9：00
5. 看護職員	日勤C	8：30～17：30
6. 栄養士	日勤A	7：30～16：30
	日勤C	8：30～17：30
7. 調理員	早番A	6：00～15：00
	日勤C	8：30～17：30
	遅番B	11：00～20：00
8. 機能訓練指導員	日勤C	8：30～17：30
9. 事務職員	日勤C	8：30～17：30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用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、

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (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利用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

以下のサービスについては、利用料金の大部分（介護保険負担割合に応じて）が介護保険から給付されます

<サービスの概要>

①入浴

- ・週に2回以上の入浴ができます。ただし、身体の状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

④その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限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）>

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度等に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事の提供に要する費用と滞在に要する費用の合計金額をお支払いください。（上記費用は、ご利用者の要介護度及び負担割合、負担限度額に応じて異なります）

①基本料金

要介護状態区分等ごとのサービス利用料金	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
	4,510円	5,610円	6,030円	6,720円	7,450円	8,150円	8,840円
サービス利用に係る自己負担額（1割負担の場合）	451円	561円	603円	672円	745円	815円	884円
サービス利用に係る自己負担額（2割負担の場合）	902円	1,122円	1,206円	1,344円	1,490円	1,630円	1,768円
サービス利用に係る自己負担額（3割負担の場合）	1,353円	1,683円	1,809円	2,016円	2,235円	2,445円	2,652円

②その他の加算

	サービス利用料金	サービス利用に係る自己負担額（1割の場合）	サービス利用に係る自己負担額（2割の場合）	サービス利用に係る自己負担額（3割の場合）
1. サービス提供体制強化加算Ⅲ	60円	6円	12円	18円
2. 送迎加算（片道）	1,840円	184円	368円	552円

3. 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	上記①及び②の加算により算定した単位数（自己負担分）の1000分の136に相当する金額（区分支給限度基準額の算定対象外）
-----------------	--

☆「2. 送迎加算」の尾鷲市外への送迎の場合は、送迎片道10km未満300円、以降10kmごとに300円が自己負担となります。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護（要支援）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）。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。

☆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、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金（1日当たり）>

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、ご利用者の身体の状況及び嗜好並びに栄養バランスを考慮した食事を提供します。
- ・ご利用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。ただし、食事時間及び食事場所（居室及び食堂ホール）は、ご利用者のご意向に沿うことができます。

（食事時間）

朝食：7:30～ 昼食：12:00～ 夕食：18:00～

（食事料金）

食事の提供に要する費用	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
日 額	1,580 円	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円
朝 食	300 円				
昼 食	650 円				
夕 食	630 円				

②滞在に要する費用

当事業所及び設備を利用し、滞在されるに当たり、光熱水費相当額及び室料（建設設備等の減価償却費等）をご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費（1日当たり）のご負担となります。

滞在に要する費用	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
従来型個室	1日 1,231円	1日 380円	1日 480円	1日 880円	1日 880円

③特別な食事

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

④理髪・美容

月に4回程度、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪、毛染めなど）をご利用いただけます。 利用料金：要した費用の実費

⑤レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーション等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

主なレクリエーション行事予定

	行事とその内容（例）
1月	1日ーお正月（おせち料理・カルタ取り・福笑い・すごろく等…）
2月	3日ー節分（豆まき・恵方巻）
3月	3日ーひなまつり（おひなさま飾り・飾り付け）
4月	上旬ーお花見（桜・藤鑑賞等…）

⑥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、ご利用者に負担いただくことが適当であるものに係る費用を負担していただきます。

⑦その他

ショートステイの連続利用や、区分支給限度額を超えてご利用される場合は介護保険の給付対象とはなりませんので、全額自己負担となります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)

ア. 窓口での現金支払い
イ. 下記指定口座への振り込み
百五銀行 尾鷲支店 普通預金 148618
社会福祉法人長茂会 特別養護老人ホームスバル台 理事長 世古 祐臣

(4) 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、若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、利用予定日の前日

までに事業者申し出て下さい。

6. 事業所を退所していただく場合（契約の終了について）

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスをご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至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

- 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事業所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ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑦事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当事業所の退所を申し出ることができます。

ただし、以下の場合には即時に契約を解約・解除し、事業所を退所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事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ご利用者が入院された場合
- ④事業者若しくは職員が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤事業者若しくは職員が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者若しくは職員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、若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) 事業者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当事業所から退所していただくことがあります。

- ①ご利用者及び身元保証人が、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ご利用者及び身元保証人による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、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ご利用者及び身元保証人等が、故意又は重大な過失により事業者又は職員若しくは他の利用者等の生命・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
- ④ご利用者が他の介護保険施設に入所した場合

7. 残置物について

契約が終了した際は、居室、その他事業所内のご利用者の所有物等について、ご利用者

又は身元保証人に引き取っていただきます。また、引き取りにかかる費用については、ご利用者又は身元保証人にご負担していただきます。

8. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) ご利用者の体調に変化があった際には、事業所の職員にご一報ください。
- (2) 事業所内の機械及び器具をご利用される際は、必ず職員に声をかけてください。
- (3) 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (4) 職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

9. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上ご利用者及び職員等の訓練を行います。

10. 緊急時の対応

サービス提供中にご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

①協力医療機関

医療機関の名称	尾鷲総合病院
所在地	三重県尾鷲市上野町 5-25
診療科	内科、外科、整形外科その他

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	ひがし歯科医院
所在地	三重県尾鷲市中央町 9-63

11. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、身元保証人、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 個人情報及び守秘義務

- (1) 事業者及び職員又は職員であった者は、サービスを提供するうえで知り得たご利用者又は身元保証人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。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

- (3) 前2項にかかわらず、ご利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど
正当な理由がある場合には、ご利用者又は身元保証人等の個人情報を用いることができ
るものとします。

13. 身体拘束の制限

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合にはご利用者及び身元保証
人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際のご利用者の心身
の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 虐待防止

事業者は、ご利用者の人権の擁護及び虐待の防止のため、責任者の設置その他必要な体
制の整備を行うとともに、職員に対する研修の実施その他必要な措置を講じます。

15. 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用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）生活相談員

（氏名） 南部 淳

○受付時間 9：00～17：00（緊急の場合はこの限りではない）

電話 0597-22-8100

FAX 0597-22-2022

また、苦情受付ボックスを玄関及び3階ホールに設置しています。

(2) その他介護サービス苦情相談窓口

○苦情受付窓口 三重県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

電話 059-222-4165

○苦情受付窓口 尾鷲市役所 福祉保健課 高齢者・児童係

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

電話 0597-23-8201

○苦情受付窓口 紀北町役場 福祉保健課 高齢者・障害者福祉係

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

電話 0597-46-3122

令和 年 月 日

指定（介護予防）併設型短期入所生活介護事業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。

ショートステイスバル台

説明者職名 _____

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）併設型短期
入所生活介護事業サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

身元保証人住所 _____

氏 名 _____ 印

ご利用者との続柄 _____