短期入所生活介護サービス重要事項説明書

～　ショートステイ　きくみ　～

当事業者は介護保険の指定を受けています。
短期入所生活介護（徳島県指令長第13082号）

当事業所はご契約者に対して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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」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サービスの利用は可能です。

◇◆　目　　次　◆◇

１．事業者 1
２．事業所の概要 1
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．情報提示への同意 5
６．事故発生時の対応について 6
７．苦情の受付について 6

１．事業者

(1) 法　人　名　　社会福祉法人　白鳳会
(2) 法人所在地　　徳島県吉野川市鴨島町上下島字大北４４３番地２
(3) 電 話 番 号　　０８８３－２４－６１３７
(4) 代表者氏名　　理事長　美馬　精一
(5) 設立年月日　　昭和５３年１０月１１日

２．事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定短期入所生活介護事業所
平成２７年　４月　１日指定徳島県指令長第１３０８２号

(2) 事業所の目的

介護保険法令に従い、ご契約者（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　きくみ

(4) 事業所の所在地

徳島県吉野川市鴨島町上下島字松元４３１番地１７

(5) 電話番号

０８８３－３６－１００３

(6) 事業管理者　氏名

管理者　　仁木貴美代

(7) 当事業所の運営方針

1. ご利用者の人権の尊重

ご利用者が住み慣れた地域で、いつまでも安心して生活ができるよう、ご利用者の人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったきめ細やかなサービスの提供に努めます。

2. 地域福祉の拠点として

ボランティアをはじめ、地域住民とのふれあいを深めるとともに、地域福祉の拠点としての役割を高め、地域に求められるサービスの提供にも取り組みます。

3. サービスの充実

ユニットケアの特性を活かした、少人数で家庭的な雰囲気の中でのサービスを提供することで、ご利用者一人ひとりの個性や生活リズムに応じた個別ケアの推進に努めます。

4.人材育成

暖かさと、優しさを持ち、専門性の高い職員として、ご利用者の方々に、信頼され、安心していただけるよう努めます。

(8) 開設（サービス開始）年月日

平成２７年　４月　１日

(9) 通常の事業の実施地域

【吉野川市】

(10) 営業日及び営業時間

営　　業　　日	年中無休	
受　付　時　間	月～日曜日	9:00～18:00
サービス提供時間帯	月～日曜日	0:00～24:00

(11) 利用定員

【　２０人　】

(12) 居室等の概要

短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室　　数	備　　考
個人部屋	２０室	ユニット型個室（トイレ、洗面付）
合　　計	２０室	
食　　堂	２室	
浴　　室	２室	個別浴槽（一般浴、機械浴）
医 務 室	１室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定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。利用に当たって別料金をご負担いただく居住費は、別紙【 料金表 】のとおりです。

☆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、ご利用者に対して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。

○短期入所生活介護　　（単位：名）

職　　種	短期入所生活介護	
	常勤換算	指定基準
1．管　理　者	0．1	0．1
2．介護職員	6．6	6．6
3．生活相談員	0．9	0．9
4．看護職員	0．5	0．5
5．機能訓練指導員		必要数
6．医　　師	必要数(嘱託)	必要数
7．栄　養　士	0．1	必要数
8．事　務　員	0．1	必要数

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

＜主な職種の勤務体制＞

職　種	短期入所生活介護
1．介護職員	標準的な時間帯における 最低配置人員 早番　7:00～16:00　2名 日中　9:00～18:00　2名 遅番 13:00～22:00　2名 夜間 22:00～ 7:00　1名
2．生活相談員	標準的な時間帯における配置人員 日中　9:00～18:00　1名
3．看護職員	標準的な時間帯における配置人員 日中　9:00～16:00　1名
4．医　　師	毎週月曜日 9:00～12:00　1名

☆日曜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

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

(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）

居住費、食費を除いたご利用料金の通常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、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用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。

（食事時間）

朝　食　　８：００～

昼　食　１２：００～

夕　食　１８：００～

②入　浴

・入浴又は清拭を行います（週２回）。個別浴槽を使用して入浴することができます。

③排　泄

・ご利用者の排せつの介助を行います。

④機能訓練

・機能訓練指導員により、ご利用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ため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回当たり）＞　　（契約書第８条参照）

料金表によって、ご利用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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（利用料金は、ご利用者の要介護度等に応じて異なります。）

※送迎費として片道 184 円が別途必要　　【 別紙 料金表 を参照 】

(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、第８条照）

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。

①介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスをご利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。

②複写物の交付　（１枚につき　１０円）

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。

③居住費、食費

別紙１のとおりとします。

④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。

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かかる費用をご負担いただきます。

⑥理　　髪

理容師の出張による理髪サービスを利用いただけます。

利用料金：１回当たり２，０００円

⑦通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、追加料金をいただきます。　吉野川市以外：片道３００円

(3) 利用料金のお支払い方法　　（契約書第８条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、次の通りお払い下さい。

１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月の指定日までに下記の方法でお支払い下さい。（１ヶ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。）

金融機関口座からの自動引き落としにご協力ください。

(4) 利用の中止、変更、追加　　（契約書第９条参照）

○利用予定日の前に、介護支援事業所と協議の上、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。この場合利用予定日の前日までに当事業所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	当日の利用料金の１０％ と食材料費

○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ご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時をご契約者に提示して協議します。

５．情報提示への同意

介護サービス計画の作成時や、利用者への援助が行われる場合等において必要がある時は、要介護認定にかかる内容、主治医意見書等利用者に関する情報を、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設等の関係人に提示させていただきます。その場合、必ずあらかじめ文書にて利用者・ご家族の同意を得るようにいたします。

６．緊急時の対応について

サービスの提供中に、利用者の容態に急変、または事故が発生した場合は、速やかに主治医及び利用者の家族に連絡を取る等必要な措置を講ずるとともに、市町村・居宅介護支援事業者等関係機関にも連絡します。

７．苦情の受付について　　（契約書第 24 条参照）

(1) ショートステイきくみ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）】

〔生活相談員〕　　中川　治代

【受付時間】

毎週月曜日～金曜日　　９：００～１８：００

電 話 番 号　　０８８３－３６－１００３

(2)　行政機関その他苦情受付機関

吉野川市　長寿いきがい課	所 在 地　吉野川市鴨島町鴨島115-1 電話番号　０８８３－２２－２２６４ 受付時間　８：３０～１７：１５
国民健康保険団体連合会	所 在 地　徳島市川内町平石若松78-1 電話番号　０８８－６６６－７２０５ 受付時間　８：３０～１７：００
徳島県運営適正化委員会 （徳島県社会福祉協議会内）	所 在 地　徳島市中昭和町1-21 県立総合福祉センター3階電 話番号　０８８－６１１－９９８８ 受付時間　９：００～１７：００ Eﾒｰﾙ・FAXは24時間随時受付 FAX番号　０８８－６１１－９９９５ ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ(Eﾒｰﾙ) http//www.tokuut.jp/soudan.html

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いたしました。

令和　　年　　月　　日

短期入所生活介護サービス事業所
ショートステイ　きくみ
説明者 職・氏　名　管理者・生活相談員　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

(2)　行政機関その他苦情受付機関

石井町 長寿いきがい課	所 在 地 名西郡石井町高川原字高川原 電話番号　088-674-1111 受付時間　８：３０～１７：１５
国民健康保険団体連合会	所 在 地　徳島市川内町平石若松78-1 電話番号　０８８－６６６－７２０５ 受付時間　８：３０～１７：００
徳島県運営適正化委員会 （徳島県社会福祉協議会内）	所 在 地　徳島市中昭和町1-21 県立総合福祉センター3階 電話番号　０８８－６１１－９９８８ 受付時間　９：００～１７：００ Eメール・FAXは24時間随時受付 FAX番号　０８８－６１１－９９９５ ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ(Eﾒｰﾙ) http//www.tokuut.jp/soudan.html

短期入所生活サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重　要事項の説明をいたしました。

令和　　年　　月　　日

ショートステイ　きくみ
説明者 職・氏名　　管理者・生活相談員　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

(2)　行政機関その他苦情受付機関

阿波市　介護保険課	所 在 地 阿波市市場町市場字上野段385-1 電話番号　０８８３-３６－６８１４ 受付時間　８：３０～１７：１５
国民健康保険団体連合会	所 在 地　徳島市川内町平石若松78-1 電話番号　０８８－６６５－７２０５ 受付時間　８：３０～１７：００
徳島県運営適正化委員会 （徳島県社会福祉協議会内）	所 在 地　徳島市中昭和町1-21 県立総合福祉センター3階電 話番号　０８８－６１１－９９８８ 受付時間　９：００～１７：００ Eﾒｰﾙ・FAXは24時間随時受付 FAX番号　０８８－６１１－９９９５ ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ(Eﾒｰﾙ) http//www.tokuut.jp/soudan.html

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いたしました。

令和　　年　　月　　日

短期入所生活介護サービス事業所
ショートステイ　きくみ
説明者 職・氏　名　管理者・生活相談員　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印