

(短期入所生活介護)

(契約書別紙③ 兼 重要事項説明書)

◎ わたしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

事業所名	大浦の里二号館		法 人 名	社会福祉法人大佐渡福祉会			
所 在 地	新潟県佐渡市相川大浦1285番地3		電話番号	0259(74)2303			
県指定年月日	平成26年4月1日		利用定員	9人			
本体施設種別	特別養護老人ホーム						
従業員の概要	医師（非常勤）（兼務） 1人						
	生活相談員 1人						
	看護職員 1人以上						
	介護職員 5人以上						
	栄養士（管理栄養士）（兼務） 1人						
	機能訓練指導員（兼務） 1人以上（看護職員兼務）						
	送迎車両 1台	送迎従事職員 1人					
	夜勤職員 2人（本体施設と一体で勤務します。）						
施設の概要	居室 9室（全室個室）						
	居室面積（1人あたり） 11.37m ²						
	共同生活室 46.28m ²						

◎わたしたち（事業者）があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、短期入所生活介護です。

「短期入所生活介護」とは、あなたに施設に短期間入所して頂き、その間、日常生活のお世話や機能訓練を行うものです。

【業務取扱い方針】

- (1) あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」と、わたしたちの作成する「短期入所生活介護計画」に従い、自立した日常生活をおくことができるよう、短期入所生活介護サービスを提供します。
- (2) わたしたちは、短期入所生活介護計画書を必ず作成します。

2 担当の職員

あなたを担当する管理責任者は次の者です。

- 管理責任者 氏名 井野端 司 連絡先 0259(74)2303
(園長) (兼務)
- 生活相談員 氏名 菊地さやか 連絡先 0259(74)2303
- 担当介護職員氏名 連絡先 0259()

ご相談や苦情、連絡したいことがある場合は、管理責任者か生活相談員、又は担当介護職員まで遠慮なくお申し出ください。

3 提供するサービスの概要

わたしたちがあなたに提供するサービスの概要は、おおむね次のとおりです。

①食 事（食材費及び調理費相当分は、保険給付の対象外となります。）

- ・管理栄養士のたてる献立表により、栄養並びにあなたの身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・あなたの自立支援のために離床して食事をとっていただくことを原則とします。
- ・食べることができないものやアレルギーがある場合は、できる限り対応しますので、遠慮なくお申し出ください。

（食事時間）

朝食 8：00～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～

②入 浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・身体の状況に合わせて、浴槽（特殊浴槽・個浴）を選択して入浴していただきます。

③排 泌

- ・身体の状態に合わせて適切に排泄のお世話をします。
- ・排泄の自立についても適切に援助します。

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。

4 利用者負担金

(1) このサービスを利用するにあたって、あなたにご負担して頂く料金は、次のとおりです。なお、この料金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。ただし、法定利用料の改定が行われた場合は、改定後の金額に基づきます。負担限度額の減免制度などの対象者である場合はその認定の内容に基づいた負担額となります。

① 基本料金

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
5,290 円	6,560 円	7,040 円	7,720 円	8,470 円	9,180 円	9,870 円

② 加算料金

(送迎加算)

あなたやご家族の状況から、送迎を行う必要があると認められる場合に、あなたのご自宅と事業所との間の送迎を行った場合は片道あたり 1,840 円の加算料金を頂きます。

※送迎の実施区域は佐渡市内です。

- これらにかかる料金の合計額の 1 割をあなたからご負担頂きます。
- ※負担割合が 2 割 3 割の方もおられます、詳しくは介護保険負担割合証をご確認ください。
- ※ 介護職員処遇改善加算 I
(ひと月の合計単位数 × 14 %) が加算されます。

(2) これ以外に実費を要した場合には、別途ご負担頂く場合があります。

- ・滞在費（光熱水費相当額） 2,066 円（1 日あたり）
- ・食費（食材料費及び調理費相当額） 1,550 円（1 日あたり）
(ただし、朝食 450 円・昼食 550 円・夕食 550 円)
- ・理美容代 2,700 円（1 回あたり）

- 実費については、全額あなたのご負担になります。
- ただし、滞在費と食費については、負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載されている負担額となります。

(3) あなたの支払う負担金は、翌月25日に指定の金融機関の口座から引き落とします。（口座引き落としを基本としますが、口座振込み、現金払いの方法も可能です。）

5 キャンセル料

(1) あなたが、このサービスの利用をやめたい場合は、お手数ですが事前に次の連絡先までご連絡ください。

(連絡先) 電話番号0259(74)2303

(2) あなたの都合でこのサービスの利用を中止する場合、次のキャンセル料が必要ですので、できる限り早めにご連絡ください。ただし、あなたの体調の急変など、緊急やむを得ない理由により利用を中止する場合はキャンセル料は頂きません。

① サービスの開始日前のキャンセル

連絡の時期	キャンセル料	備 考
サービス利用開始日の前々日まで	頂きません。	
サービス利用開始日の前日まで	利用者負担金の50%の額 ×1日分	容体急変の場合などは頂きません。
サービス利用開始日の当日	利用者負担金の100%の額 ×1日分	

② サービスの利用開始日以降のキャンセル

キャンセル料	備 考
利用者負担金の50%の額×利用予定残日数	容体急変の場合などには頂きません。

6 サービスの利用にあたってあなたに注意していただきたいこと。

- (1) 複数の方が同時にサービスを利用するので、他の入所者のご迷惑にならないように注意してください。
- (2) 作成された短期入所生活介護計画や、実施するレクリエーションの内容

などについてご不満があれば、遠慮なく担当の生活相談員又は介護職員にお申し出ください。できる限り、対応します。

また、それ以外にもご相談があれば、サービスの提供についての関係の有無にかかわらず、遠慮なくお申し出ください。誠実に対応致します。

(3) 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業者（電話番号)

または当事業所の担当者（菊地さやか：電話番号 0259-74-2303）までご連絡ください。

7 非常災害対策

施設では、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防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上ご入所者及び従業員等の訓練を行います。

8 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

9 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、ご家族、市町村及び関係諸機関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速やかに行います。

10 虐待防止のための措置

事業者は利用者等の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、指針を整備し、委員会を定期的に開催しております。

サービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町に通報します。

1 1 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において利用者に対する短期入所生活介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、必要な措置を講じます。

1 2 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 苦情解決責任者 施設長 井野端 司

苦情窓口担当者 生活相談員 菊地 さやか

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時15分

ご利用方法 電話 0259-74-0108 FAX番号：0259-74-0128

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

佐渡市役所高齢福祉課

新潟県佐渡市千種232番地

電話番号：0259-63-3790 FAX番号：0259-63-5121

新潟県福祉サービス運営適正化委員会

新潟市中央区上所2丁目2番2号

電話番号：025-281-5609 FAX番号：025-285-0303

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

新潟県国民健康保険団体連合会介護サービス相談室

新潟市中央区新光町4番地1

電話番号：025-285-3022 FAX番号：025-285-3350

受付時間 8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員

氏名 打木 辰巳 住所 新潟県佐渡市浜河内431番地

電話番号：0259-67-2322

氏名 渡辺 政巳 住所 新潟県佐渡市相川南沢町129

電話番号：0259-74-2429

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	(2) なし		

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 新潟県佐渡市相川大浦 1 2 8 5 番地 3

事業者名 社会福祉法人大佐渡福祉会

代表者職・氏名 理事長 寺野 俊夫 印

(説明者職・氏名 生活相談員 菊地 さやか 印)

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

上記契約を説明するために、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印のうえ、それぞれ1通ずつを保管します。

(利用者) ご住所 _____

お名前 _____ 印

(代理人) ご住所 _____

お名前 _____ 印

(立会人) ご住所 _____

お名前 _____ 印

(身元引受人) ご住所 _____

お名前 _____ 印

【利用者負担金の算定例】

あなたの、契約期間の利用者負担金は、次のとおりです。

あなたの要介護度	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
1日につき	5,290 円	6,560 円	7,040 円	7,720 円	8,470 円	9,180 円	9,870 円
送迎加算	1,840 円	1,840 円	1,840 円				
サービス提供体制強化加算（I）	220 円	220 円	220 円				
看護体制加算（I）	—	—	40 円	40 円	40 円	40 円	40 円
生産性向上推進体制加算（II）	100 円	100 円	100 円				
合計料金	7,450 円	8,720 円	9,240 円	9,920 円	10,670 円	11,380 円	12,070 円
うち（9割）	6,705 円	7,848 円	8,316 円	8,928 円	9,603 円	10,242 円	10,863 円
利用者負担	745 円	872 円	924 円	992 円	1,067 円	1,138 円	1,207 円
実費負担	3,616 円	3,616 円	3,616 円				

あなたにお支払い頂く見込みの金額_____円