

重要事項説明書
及び入居契約書

短期入所生活介護事業所
光明園ショートステイ支援ホーム

短期入所生活介護重要事項説明書

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話	097-574-0634(午前9時～午後5時)
担 当	生活相談員 安藤 政美

2. ご利用施設の概要

(1) 名称等

事業所の名称	光明園ショートステイ支援ホーム(特養ホーム併設・空床利用型)
施設の所在地	大分県大分市大字志生木字西岡145番地の9
電話・FAX番号	電話: 097-574-0634 ・ FAX: 097-574-0210
管理者の氏名	原 清
事業者指定番号	4472400078号

3. 職員体制

職 種	職 務 内 容	常 勤 換 算	指定基準
施設長	施設運営全般	常 勤 1名	1名
生活相談員	相談・援助	常 勤 1名	1名
介護職員	日常生活介護	常 勤 6名	6名
看護師	保健・衛生・健康管理	常 勤 1名	1名
機能訓練員	機能訓練	非常勤 1名	1名
管理栄養士	献立作成・栄養管理	常 勤 1名	1名
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	常 勤 1名	1名
医師	健康管理	非常勤 1名	
調理師	調理業務	常 勤 6名／臨時 1名	
事務職員	庶務・経理	常 勤 3名	

(3) 施設の概要

定 員	18名		静養室	1室 2床
居 室	2人部屋	9室(1室 30.825 m ²)	医務室	1室
浴 室	一 般	1室	機能訓練室	1室
	特 殊	1室・1台	食事・和室コーナー	

3. サービス内容(介護保険給付サービス)

種類	内容
食事サービス	(食事時間)朝食 8時00分から、昼食 12時00分から、夕食 17時00分から (食材費は別に必要となります。)
入浴サービス	・入浴は週2回以上行います。 ・ただし、状態に応じて特別浴または清拭となる場合があります。
介護	・食事、排泄、離床、着替え、整容・・・等の介護を行います。
機能訓練サービス	・看護・介護職員がご契約者の心身の状況に応じて、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。
健康管理サービス	1. 毎週水、土曜日の13:30から15:30まで医師による健康診断を行います。 3. 個人の希望する健康管理(インフルエンザ予防接種・胸部レントゲン・脳ドック等)は実費となります。
生活相談	生活相談員による介護や日常生活についての相談を行います。
レクリエーション等	(1)行事:主な行事は次の通りです。 毎月 ①誕生会 ②法要 ③レクリエーション
	(2)サークル活動:下記のクラブがあります。 ①習字 ②生花 ③手芸 ④カラオケ ⑤輪投げ ⑥風船バレー ⑦ドライブ

4. 利用料金

平成21年4月1日より

	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
利用料金	4,990	6,140	6,820	7,510	8,220	8,910	9,590
①保険給付(9割)	4,491	5,526	6,138	6,759	7,398	8,019	8,631
②自己負担(1割)	499	614	682	751	822	891	959

利用者負担区分		食費(月額)	居住費(月額)
第1段階	(生活保護世帯等)	300円	0円
第2段階	市民税非課税世帯 課税年金収入80万以下	390円	320円
第3段階	市民税非課税世帯 80万～266万以下	650円	320円
第4段階	(市民税非課税世帯)	1,380円	320円

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス料金の全額をいったんお支払い頂く場合があります。(特別な事情がある場合はご相談下さい。)要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます。

※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いたします。

※ご利用者によって加算がある場合があります。各種加算を届出た場合、利用者負担(1割)もご利用者個々に上乗せされます。

各種加算は次の通りです。(1日当たり)

	利用料金	保険給付(9割)	保険給付(1割)
送迎加算(片道)	1,840	1,656	184
サービス体制加算(Ⅱ)	60	54	6
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数(基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数)×2.5%		

(2)その他の費用

下記の費用はご利用者の負担となります。

理容・美容	実費
日用品費	実費(おむつ代は介護保険給付の中に入っています。)

(3)利用料金のお支払い方法

毎月、10日迄に前月分の請求をしますので、翌月末までにお支払い下さい。

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、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中からご契約の際に選べます。

金融機関からの自動引き落としご利用できる金融機関:大分銀行佐賀関支店・佐賀関郵便局
神崎郵便局・一尺屋郵便局・JA(農協)

これによりがたい場合は、下記口座にお振込みいただくか、窓口で現金でお支払い下さい。

なお、手数料は自己負担といたします。

大分銀行佐賀関支店:光明園ショートステイ支援ホーム 管理者 原 清

口座番号:(5033760)介護保険1割及び食費

5. 施設利用に当たっての留意事項

面 会	・面会時間 原則 : 9時~21時 ※上記の時間以外でも面会できますが、必ず職員に届出てください。
喫 煙	・施設内は禁煙となっています。
外 出	・外出される場合は事前に届け出て下さい。
施設・設備の 使用上の注意	・居室及び共用施設、敷地を本来の用途に従って利用して下さい。 ・故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合は、ご契約者の自己負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
金品・貴重品の管理	・原則としてお預かりしませんが、ご相談ください。
宗教、政治活動	・原則として諸活動を行うことはできません。
ペ ッ ト	・原則として持ち込むことはできません。

6. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、医師、救急隊、ご家族等に連絡し、必要な措置を講じます。

指定医療機関	医 師	栗谷 圭二
	連 絡 先	くわたに内科 電話576-0016
搬送先病院	大分医療センター 大分東部病院 岡病院	

7. 事故発生時における対処方法

介護サービス提供中(利用期間)に、身体等にかかわる事故が発生した時は、必要に応じて応急手当を行うとともに、速やかに救急隊(消防署)、医療機関(救急告示病院)及びご家族等に連絡し、適切な処置を行います。

尚、ご利用者自らの過失で事故を起こした場合は、原則として治療費等の負担は自己負担とさせていただきます。

8. 非常災害対策

非常時の対応	別に定める、消防計画書にのっとり対応を行います。
防災計画	防火管理者が消防署との連携により計画を行います。
防災設備	スプリンクラー、消防用散水栓、消火器を整備しています。
防災訓練	毎月1回、避難・通報・救助訓練等の訓練を行います。
防火管理者	上田 耕平

9. サービス内容に関する相談・苦情担当

(1) 施設の相談・苦情担当

担当:生活相談員 安藤 政美	電話:097-574-0634
----------------	-----------------

(2) その他

当施設以外にお住まいの市町村及び大分県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等苦情を伝えることができます。

大分市役所介護保険担当課	電話:097-534-6111
大分県国民健康保険団体連合会	電話:097-534-8470

※本重要事項に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者は本人及び家族等と誠意を以って協議をするものとします。

重要事項説明時からサービス提供までの流れ

(1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方法については入居後に作成する「短期入所介護サービス計画(ケアプラン)」に定めます。

「短期入所介護サービス計画(ケアプラン)」の作成及び変更は下記の通りです。

1. 事業所の介護支援専門員(ケアマネージャー)に短期入所サービス計画の原案作成やその為に必要な調査等の業務を担当させます。
2. その担当者は短期入所介護サービス計画の原案について、ご利用者及びそのご家族に対し説明し、同意を得た上で決定します。
3. 短期入所介護サービス計画は、居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合、もしくはご利用者及びご家族の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご利用者及びそのご家族と協議して、短期入所介護サービス計画を変更します。
4. 短期入所介護サービス計画が変更された場合には、ご利用者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2)ご利用者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合のサービスの提供の流れは次の通りです。

1. 要介護認定を受けている場合

- ①居宅介護支援事業者の紹介など必要な支援を行います。
- ②短期入所介護サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- ③介護保険給付サービスについては、介護保険の給付額を除いた料金(自己負担額)をお支払いいただきます。

2. 要介護認定を受けていない場合

- ①要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- ②短期入所介護サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- ③介護保険給付サービスについては、暫定介護度にて利用料金をいったん全額お支払いいただきます。(償還払い)

<自立と認定された場合>

- ・ご利用は終了します。
- ・既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

サービス提供における事業者の義務

当事業所は、ご利用者に対するサービスの提供にあたって、下記のことを遵守します。

1. ご利用者の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。
2. ご利用者の体調や健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上でご利用者から聴取、確認の上でサービスを提供します。
3. ご利用者へ提供したサービスについての記録を作成し、2年間保管するとともにご利用者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
4. ご利用者に対する身体拘束やその他行動を制限する行為は行いません。ただし、ご利用者または他のご利用者の生命・身体を保護する為に緊急止むを得ない場合には記録を記載するなどの適切な手続きにより、身体を拘束する場合があります。
5. 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に心身等の情報を提供します。

又、ご利用者及びご利用者の家族の個人情報について、サービス担当者会議等でサービス提供上必要とする場合並びに居宅介護支援事業者等が介護認定の変更・更新等に当たって必要とする場合などに提供することがあります。

サービスをやめる場合(ご利用の終了について)

利用の有効期間は、利用締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、利用期間満了の2日前までにご利用者からご利用終了の申し入れがない場合には、ご利用は同じ条件で自動的に更新され、以後も同様となります。

利用期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項が該当するに至った場合には当事業所のご利用は終了します。

- 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、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者からの退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- 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下さい。）

(1)ご利用者からの利用終了の申し出

ご利用の有効期間であっても、ご利用者からご利用を終了することができます。その場合には、利用終了を希望する日の前日までに利用終了届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には即時ご利用を終了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ご契約者が入院された場合
- ③ご利用者に係る居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合

(2)事業所から退所の申し出

以下の事項に該当する場合は、利用を終了させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、ご利用締結時に、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、その結果利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定め催告にも関わらずこれを支払わない場合

利 用 契 約 書

光明園短期入所生活介護事業所 所長 原 清「以下甲という。」と甲のサービス提供を受ける利用者「以下乙という。」との間に下記のとおり利用契約を締結する。

記

尚、利用契約締結にあたって利用計画内容は重要事項説明事項とし、甲は誠実にその責務を果たすものとする。

又、乙の受けるサービスについて、甲の重要事項説明を受け、納得の上で甲のサービス提供に同意することを約し、ここに利用契約を締結する。

契約事項を確実にするため重要事項説明書及び付属書類と入居契約書を双方保管するものとする。

(甲) 光明園短期入所生活介護事業所

名称 光明園短期入所生活介護事業所 ショートステイ支援ホーム

所在地 大分県大分市大字志生木字西岡145番地の9

所 長 原 清 印

説明者 印

説明日 平成 年 月 日

(乙)

氏 名		生年月日	M T S
住 所 (TEL)	〒 Tel		印

上記(乙)の者にかかわる利用料の支払等、一切の事について、当方が責任を持って身元を引き受けることを了承します。

(乙)の身元引受人

氏 名		続 柄	
住 所 (TEL)	〒 Tel		印

縁 故 者 (保証人)

氏 名	続柄	住 所	電話番号