「介護予防短期入所生活介護 / 短期入所生活介護」
重要事項説明書

愛知県指定介護保険指定番号

第　２３７７６０１０３０　号

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。事業者の概要や提供されるサービスの内容、契約上注意いただきたいことを次のとおり説明します。

ショートステイ　Ver.2608

１．　事業者

（１）法人名　　社会福祉法人嘉祥福祉会
（２）法人所在地　　愛知県津島市唐臼町半池７２－６
（３）電話番号　　０５６７-３２-２６３１
（４）代表者名　　河西　あつ子
（５）設立年月　　平成２年４月１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：平成２８年１月１日
指定介護予防短期入所生活介護事業：平成２８年１月１日
介護保険事業者番号：２３７７６０１０３０
当事業所は、特別養護老人ホーム第Ⅱあま恵寿荘に併設されています。

（２）事業所の目的　　指定短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護事業は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て可能な限り自立した日常生活を営む事ができるように支援することを目的として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　　ショートステイ第Ⅱあま恵寿荘
（４）事業所の所在地　　愛知県あま市坂牧向江２４番地
（５）電話番号　　０５２－４６２－０１２４
（６）管理者氏名　　施設長　加藤　美由紀
（７）事業所の運営方針　　要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその在宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立の解消及び心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
（８）開設年月日　　平成２８年１月１日
（９）通常の事業の実地地域
あま市・大治町・清州市一部(清州、下河原、上条、新清洲、須ヶ口、須ケ口駅前、西須ヶ口、土田、桃栄、土器野、西堀江)・名古屋市中村区一部(菊水町、宿跡町、諏訪町、豊幡町、東宿町、日比津町、藤江町)

（１０）　営業日及び営業時間

営業日	毎　　日
受付時間	午前８時３０分～午後５時３０分
サービス提供時間	２４時間
送迎提供時間	迎え:午前８時３０分～　　送り:午後３時３０分～ 日・祝、その他施設が指定する日は送迎を行いません

（１１）　利用定員　　２０名（２ユニット／１ユニット定員１０名）

３．職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の定員を配置しています。

（主な職員の配置状況）

従業員の職種	従事するサービス種類、業務	員数
施設長	業務の一元的な管理	1名
医師（内科）	健康管理及び療養上の指導	1名
生活相談員	生活相談及び指導等	2名以上
介護職員	介護業務	48名以上
看護職員	心身の健康管理、保健衛生等	6名以上
管理栄養士・栄養士	献立の作成	2名以上
事務	事務業務	2名以上

４．当事業所が提供するサービスと利用料

当事業所では、利用者に対して、以下の短期入所生活介護サービスを提供します。

(1)介護保険の給付となるサービス

①食事（ただし、食材料費は別途いただきます。）

・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

・利用者の自立援助のため離床し、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。

②入浴

・入浴又は清拭を行います。寝たきりの状態であっても器械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

・利用者様の排泄の介助を行います。

④機能訓練

・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な身体機能の維持、又は低下を予防するための訓練を実施します。

(２)利用料金

下記①、②の料金の合計に利用日数をかけた額となります。

① 介護保険負担分

下記料金表の必要な単位数を足したものに１０．３３(円)をかけた料金の内、介護保険負担割合証に記載されている割合（１～３割）が自己負担分となります。

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
利用料金（個室）	529	656	704	772	847	918	987
看護体制加算（Ⅰ）	算定せず		1 日につき 4 単位				
看護体制加算（Ⅱ）	算定せず		1 日につき 8 単位				
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 日につき 22 単位						
夜勤職員配置加算	算定せず		1 日につき 18 単位				
送迎費用	通常区域内		片道につき 184 単位				
	通常区域外		片道につき実費相当額(※４)				
療養食加算（※２）	1 食につき 8 単位（毎利用時に医師からの食事箋が必要です）						
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数の 17.6%						

②実費負担分

滞 在 費	個室　2,066 円（1 日）
食　　費	1 日につき 1,545 円（朝食 345 円、昼食 600 円、夕食 600 円）
その他	喫茶料金や日常生活用品の購入など、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であるものの費用

※令和 8 年 6 月 1 日より変更

※１　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一旦お支払いいただきます。要支援、又は要介護の認定を受けた後、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) また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。また、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利用者の負担額を変更します。

※２　介護保険負担限度額認定証が発行されている場合、滞在費、食費については証書に記載の金額となります。

※３　療養食とは、医師の発行する食事箋に基づき提供される適切な栄養量及び内容を有する肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食のことを指します。

※４　通常の事業実施区域以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、お住まいと事業所との間の送迎費用として、下記の料金をいただきます。

・事業所から片道１０ｋｍ未満３００円

・事業所から片道１０ｋｍ以上は１ｋｍ増すごとに３０円加算

（3）　利用料金のお支払方法　（　契約書第１６条　）

利用料は１ヶ月ごとに計算し、翌月２６日に指定された本人名義の金融機関口座より引き落としさせていただきます。１ヶ月に満たない期間のサービスに関する料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。口座からの振替手数料は事業所負担とします。銀行振込の場合は、手数料は入居者負担とします。残高不足等で自動振替ができない場合は、指定の期日までに銀行振込をお願いいたします。

（4）　利用の中止、変更、追加　（　契約書第１０条　）

・利用予定日の前に、利用者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加する事ができます。この場合には、サービス実施の前日までに事業者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なされた場合、取り消し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、利用者の体調不良時等正当な事由がある場合、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	当日の利用料金の自己負担額 （介護保険負担額）

・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができなくなった場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

５．苦情の受付について（契約書第２５条）

（１）当事業所における苦情の受付

・苦情受付け窓口　（担当者） 代　　表　施　設　長　　加 藤　美 由 紀 窓口担当者　生活相談員　　早 川　裕 美 生活相談員　　片 岡　智 帆 生活相談員　　田 島　弘 堅 ・苦情受付時間　毎日　午前９時から午後５時３０分 電　　話　０５２－４６２－０１２４ また、苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。		
第三者委員	安井　宏　〔　評議員　〕	
	電　話：０５２－４４４－２２２３	
	東　照代　〔　評議員　〕	
	電　話：０５６７－３１－２８０３	

（２）行政機関その他苦情受付機関

愛知県国民健康保険団体連合会	住所	名古屋市東区泉１丁目６－５
	電話	０５２－９７１－４１６５
	受付時間	午前９時～午後５時
あま市福祉部高齢福祉課介護保険係	住所	あま市七宝町沖之島深坪１番地
	電話	０５２－４４４－３１４１
	受付時間	午前８時３０分～午後５時１５分
大治町福祉部長寿支援課	住所	海部郡大治町大字馬島字大門西１番地の１
	電話	０５２－４４４－２７１１
	受付時間	午前８時３０分～午後５時１５分
	住所	
	電話	
	受付時間	

６．第三者評価の実施状況

第三者評価実施の有無	無

7．当施設ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間(8:30～19:00)を厳守し、必ずその都度職員に申し出てください（面会簿に所定事項の記入をお願いします)。
外出	外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください（外出届の記入をお願いします)。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や整備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご使用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫　煙	喫煙は、定められた場所以外ではお断りします。
事故発生時の対応	① 利用者に対する指定短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じます。 ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。 ③ 利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。 ④事故発生時の苦情に関しては速やかに対応、処理し記録します。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 政治活動	施設内で許可なく他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物の飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
ハラスメント対策	当施設ではご利用者様に安心して介護サービスをご利用していただくとともに職員が安全で働きやすい環境を確保するためハラスメント対策に取り組んでいます。カスタマーハラスメントとなる行為については、カスタマーハラスメントに対する指針を参照ください。

指定短期入所生活介護サービス(指定介護予防短期入所介護サービス)の提供の開始に際し、本書面に基づき重要説明事項の説明を行いました。

説明職員　　：　ショートステイ第Ⅱあま恵寿荘
生活相談員　　早川　裕美
片岡　智帆
田島　弘堅

私は、本書面に基づいて事業所から重要説明事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービス(指定介護予防短期入所生活介護サービス)の提供開始に同意します。

年　　月　　日

利用者　　住　所　〒

氏　名　　印

代筆者　　住　所　〒

氏　名　　印

続　柄

ご家族代表
（身元引受人）　住　所　〒

氏　名　　印

続　柄