

# 【(介護予防)短期入所生活介護】

契約書別紙② 兼 重要事項説明書

あなた(利用者)に対する(介護予防)短期入所生活介護の提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業所の概要

名称	社会福祉法人 御幸会	県指定年月日	平成 13 年 5 月 10日 (番号 1570600401)
	特別養護老人ホーム しばた		
	(介護予防)短期入所生活介護		
所在地	〒 959-2503 新潟県新発田市下中山246番1		
電話番号	0254-31-2100	管理者	星野 秀幸
通常の送迎の実施地域	新発田市・胎内市・その他運営規程に定める地域		

## 2. 設備の概要

利用定員	58人	(空床利用)
------	-----	--------

設備の種類	室数または箇所数	備 考
居室	個室	24 室
	多床室	9 室
	計	33 室
食堂	1 室	60.98㎡
その他	・特養本体の空床利用を行う場合あり・必要設備は本体と一体でご利用可能	

## 3. 職員の勤務体制 (本体施設と一体で勤務しています) 当施設は下記の基準員数以上の職員を配置

職 種	員 数			職 種	員 数		
	常勤	非常勤	計		常勤	非常勤	計
医 師	0人以上	1人以上	1人以上	(管理)栄養士	1人以上	0人以上	1人以上
看 護 職 員	3人以上	0人以上	3人以上	機能訓練指導員	0人以上	1人以上	1人以上
介 護 職 員	15人以上	0人以上	20人以上	調 理 員	業務委託		
生 活 相 談 員	1人以上	0人以上	1人以上	夜勤職員(常勤)	3人以上	0人以上	3人以上
介 護 支 援 専 門 員	1人以上	0人以上	1人以上	宿直職員(常勤)	0人以上	1人以上	1人以上

\*厨房調理員等は業務委託



## 7. 利用料金

### ① 利用者負担金

サービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、厚生労働大臣が定めた告示(基準省令)の基準額の1割(または2割、3割)及び居住費、食費の額です。

### ア 施設サービス費

#### 1割負担額(1日あたり)

単位:円

従来型個室ご利用の場合							
要介護度	要支援1	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
利用料(1日)	451	561	603	672	745	815	884

#### 2割負担額(1日あたり)

単位:円

従来型個室ご利用の場合							
要介護度	要支援1	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
利用料(1日)	902	1122	1206	1344	1490	1630	1768

#### 3割負担額(1日あたり)

単位:円

従来型個室ご利用の場合							
要介護度	要支援1	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
利用料(1日)	1353	1683	1809	2016	2235	2445	2652

\* 上記の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改訂された場合は、上記の利用料も自動的に改訂されます。その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

### イ 居住費

従来型個室	1,265円
-------	--------

\*食費及び居住費については「介護保険負担限度額認定証」の申請により費用が減額されます。詳しくは担当係員にお尋ね下さい。

### ウ 食費

食費	1,840円	内訳:朝食	456	昼食	642	夕食	642	おやつ	100
----	--------	-------	-----	----	-----	----	-----	-----	-----

### エ 加算

加算の種類	送迎加算(片道)	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	看護体制加算(Ⅰ)(1日あたり)
加算額	184	所定総単位数の13.6%を算定	4(常勤の看護師を1名配置)

### オ その他の費用

理美容代	調髪(顔剃り込)	2,000円
	丸刈り・顔剃り各	2,000円
経管栄養	濃厚流動食L-2(200ml)	205円

\* その他日常生活に係る費用の徴収が必要となった場合は、その都度入所者又はその家族に対して説明し、同意を得たものに限り徴収することがあります。

② 利用料金は1ヵ月ごとにまとめて請求いたしますので、基本的に(1)の方法によりお支払い願います。ただし事情により(2)の方法の場合はご相談ください。

<input type="checkbox"/>	(1)口座引落	サービス利用月の翌月17日に、ご利用者指定の口座より引落とし(第四銀行、郵便局、JA北越後)
<input type="checkbox"/>	(2)銀行振込	サービス利用月の翌月17日までに、事業者指定の口座にお振り込み

## 8. サービスの中止

- ① あなたの都合によりサービスの利用を中止(キャンセル)する場合は、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話番号) : 生活相談員 田邊 泰幸 0254-31-2100

- ② 利用開始予定日の直前に利用をキャンセルする場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用開始予定日の前々日まで	無 料
利用開始予定日の前日	利用開始予定日の利用者負担金の50%の額
利用開始予定日当日	利用開始予定日の利用者負担金の100%の額

## 9. 協力医療機関及び緊急時の対応

- ① 当事業所の協力医療機関及び協力歯科医療機関は次のとおりです。

名 称	所 在 地	連 絡 先
新潟県立新発田病院	新潟県新発田市本町1-2-8	0254-22-3121
医療法人 竹内病院	新潟県新発田市中心街4-6-6	0254-22-2612
医療法人 佐藤歯科医院	新潟県新発田市大手町2-5-2	0254-22-2134

- ② あなたがサービスを利用している時に病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかにあなたの主治医又は、協力医療機関へ連絡を行う等必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	TEL:
ご家族	氏名	
	連絡先	TEL:

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故等が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11. 非常災害対策

消防計画	届出日	平成 13 年 8 月 8 日 (平成22年6月21日改定)		
	防火管理者	田邊 泰幸	職種	生活相談員
防火訓練	消防訓練の実施	年 2 回実施		
	協力体制	新発田地域広域消防本部との支援協力		
防災設備	スプリンクラー	486ヶ所	非常通報装置	有
	消火器	22器	非常警報装置	有
	誘導灯	26ヶ所	自動火災通報装置	有
	非常階段	2ヶ所	屋内消火栓	有
	防火扉	16ヶ所	防火用水	有
	避難器具(すべり台)	1ヶ所	非常電源設備	有

## 12. 苦情相談窓口

① 事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	特別養護老人ホーム しばた		
担当者	苦情解決責任者	施設長・管理者	星野 秀幸
	苦情受付担当者	事務員	太田 広美
	主たる対応者	生活相談員	田邊 泰幸
連絡先	特別養護老人ホーム しばた 0254-31-2100		

参考:窓口以外での受付方法もありますので、掲示案内をご覧ください。

②事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることが出来ます。

苦情受付機関	連絡先(電話番号)	
新発田市高齢福祉課	0254-22-3030	
新潟県社会福祉協議会	025-281-5584	
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022	
第三者委員	吉田友子	0254-26-5628
	肥田野和子	0254-23-8735

参考:お住まいの市町村役所の担当部署でも受け付ける場合があります。

胎内市(市民生活課0254-43-6111) 聖籠町(保険福祉課0254-27-6511)  
村上市(介護高齢課0254-53-2111) 新潟市の場合はお問い合わせください

## 13. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで、①緊急性②非代替性③一時性に留意して、必要最低限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

## 14. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの利用にあたって注意していただきたいことは、次のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなった時は、職員に直ちにお申し出ください。
- (2) 複数の方が同時にサービスを利用するので、周りに迷惑にならないように注意して下さい。又、職員の指示には必ず従ってください。
- (3) 作成された(介護予防)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士にお申し出ください。出来る限り対応致します。それ以外にもご相談がありましたら、遠慮なくお申し出ください。
- (4) 体調の変化等でサービスを利用できなくなったときは、出来る限り早めに担当の居宅支援事業者又は当施設の担当者までご連絡下さい。

あなたの担当の居宅支援事業者		担当者名	介護支援専門員
	TEL :		
あなたが利用する施設名	特別養護老人ホーム しばた	担当者名	生活相談員 田邊 泰幸
	TEL : 0254-31-2100		

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。  
上記契約を証明するために、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通ずつ保管します。

事業者	所在地	新潟県新発田市下中山246番地1
	事業者名	社会福祉法人 御幸会
	代表者職・氏名	理事長 竹内幸美
	説明者職・氏名	生活相談員 田邊泰幸

事業者より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。

利用者	ご住所
	お名前
代理人	ご住所
	お名前
立会人	ご住所
	お名前