

**短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
(ユニット型短期入所生活介護)
(空床利用型)**

契約書別紙 (兼 重要事項説明書)

あなた（利用者）に対する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。

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 南魚沼福祉会
主たる事務所の所在地	〒949-6428 南魚沼市五朗丸5番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 阿部 聡
設立年月日	昭和62年7月15日
電話番号	025-775-7525

1. 事業者（法人）の概要

2. 事業所の概要

事業所の名称	特別養護老人ホームゆのさと園（ユニット）	
サービスの種類	短期入所 介護予防短期入所	
所在地	新潟県南魚沼郡湯沢町大字神立 1647-275	
電話番号	025-784-3785	
県指定年月日・事業所番号	平成26年4月1日	1575800691
利用定員	定員30名（空床1名）	
通常の送迎の実施地域	南魚沼市、湯沢町	

3.事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

- ① 「短期入所生活介護」は、事業者が設置する施設（事業所）に短期間入所していただき、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並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サービスです。
- ② 具体的なサービスの内容は、次のとおりです。

食 事 の 提 供	栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を、適切な時間に、十分な時間を確保して提供します。また、利用者の食事の自立に配慮するとともに、可能な限り離床して、食堂で召し上がることを支援します。
入 浴 の 介 助	利用者が身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、（1週間に2回以上、）適切な方法により、入浴の介助を行います。また、利用者の状態から入浴することが困難な場合は、清しきを行うなど利用者の清潔確保に努めます。
排 せ つ の 介 助	利用者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排せつ介助等を適切に行います。なお、おむつを使用する利用者については、その心身および活動の状況に適したおむつを提供するとともに、排せつ状況を踏まえて適切に取り替えます。
日 常 生 活 上 の 世 話	利用者1日の生活の流れに沿って、離床、着替え、整容など利用者の心身の状況に応じた日常生活上の世話を適切に行います。
相 談 及 び 援 助	常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
機 能 訓 練	利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善または維持のための機能訓練を行います。
健 康 管 理	医師および看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。
レ ク リ エ ー シ ョ ン	入所中の生活に潤いを持たせるため、各種レクリエーションを提供いたします。

5. 従業員の勤務体制

職 種	員 数			職 種	員 数		
	常 勤	非 常 勤	計		常 勤	非 常 勤	計
医 師	非常勤嘱託医			栄 養 士	1 人	人	1 人
生 活 相 談 員	1 人	人	1 人	機能訓練指導員	1 人	人	1 人
介 護 職 員	1 5 人	4 人	1 9 人	調 理 員	業務委託		
看 護 師	3 人	人	3 人				

* 介護職員・機能訓練指導員以外の 従業員は、従来型56床・短期入所生活介護20床と兼任です

* 非常勤とは1日8時間の勤務を要しない短時間従業員です

6. 担当の職員

あなたを担当する職員（生活相談員等）及びその管理責任者は次の者です。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 笛木 真理恵 （資格：社会福祉士）
管理責任者の氏名	管 理 者 西澤 良二

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく「基本利用料」は次のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は基本利用料のうち、介護保険負担割合証に記載された利用者負担割合（1割～3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）短期入所生活介護の利用料

【 基本部分：併設短期入所生活介護 】

利用者の要介護度	基本利用料 (1日につき)	利用者負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	7,040 円	(704 円)	(1,408 円)	(2,112 円)
要介護2	7,720 円	(772 円)	(1,544 円)	(2,316 円)
要介護3	8,470 円	(847 円)	(1,694 円)	(2,541 円)
要介護4	9,180 円	(918 円)	(1,836 円)	(2,754 円)
要介護5	9,870 円	(987 円)	(1,974 円)	(2,961 円)

※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、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい利用料を書面でお伝えします。

【 加算 】 要件を満たす場合、あなたの状態が要件に該当する場合は、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
送迎加算	送迎を行った場合 (片道につき)	1,840 円	(184 円)	(368 円)	(552 円)
機能訓練体制加算	専ら機能訓練を指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合 (1 日につき)	120 円	(12 円)	(24 円)	(36 円)
サービス提供体制加算 (Ⅰ)	介護職員のうち、介護福祉士の割合が基準を満たしている場合、又は 10 年以上勤務している介護福祉士の割合が基準を満たしている場合 (1 日につき)	220 円	(22 円)	(44 円)	(66 円)
夜勤職員配置加算 (Ⅲ)	夜勤配置基準職員数に加え、1 名以上の夜勤職員を確保し、且つ喀痰吸引を実施できる夜勤職員を 1 名以上確保している場合 (1 日につき)	150 円	(15 円)	(30 円)	(45 円)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断した利用者へサービス提供した場合 (1 日につき)	2,000 円	(200 円)	(400 円)	(600 円)
若年性認知症加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合 (1 日につき)	1,200 円	(120 円)	(240 円)	(360 円)
緊急短期入所受入加算	要件を満たした上で緊急の受け入れを行った場合 (1 日につき)	900 円	(90 円)	(180 円)	(270 円)
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	当該加算の算定要件を満たす場合 (1 月につき) ※この加算は区分支給限度額の算定対象外です	1 ヶ月の利用料金 (基本+加減算) の 13.6%		左記金額の 1 割～3 割	

【減算】要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減額されます

減算の種類	減算の要件	減算額	利用者減算額		
			1割負担	2割負担	3割負担
長期利用者に対する減算	連続して 30 日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している利用者にサービスを提供し	300 円	(30 円)	(60 円)	(90 円)

	た場合				
--	-----	--	--	--	--

(2) 介護予防短期入所生活介護の利用料

【基本部分：併設短期入所生活介護】

利用者の要介護度	基本利用料 (1日につき)	利用者負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	5,290円	(529円)	(1,058円)	(1,587円)
要支援2	6,560円	(656円)	(1,312円)	(1,968円)

【加算】要件を満たす場合、あなたの状態が要件に該当する場合は、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。 ※利用者負担金は1割負担の場合の金額です。

加算の種類	加算の要件	加算額	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
送迎加算	送迎を行った場合（片道につき）	1,840円	(184円)	(368円)	(552円)
機能訓練体制加算	専ら機能訓練を指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合（1日につき）	120円	(12円)	(24円)	(36円)
サービス提供体制加算（Ⅰ）	介護職員のうち、介護福祉士の割合が基準を満たしている場合、又は10年以上勤務している介護福祉士の割合が基準を満たしている場合（1日につき）	220円	(22円)	(44円)	(66円)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断した利用者へサービス提供した場合（1日につき）	2,000円	(200円)	(400円)	(600円)
若年性認知症加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合（1日につき）	1,200円	(120円)	(240円)	(360円)
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	当該加算の算定要件を満たす場合（1月につき） ※この加算は区分支給限度額の算定対象外です	1ヶ月の利用料金 (基本+加減算) 13.6%		左記金額の 1割～3割	

(3) その他の費用

食費	食事を提供した場合、下記の料金をご負担いただきます。 食事金額 朝食 410 円 昼食 635 円 夕食 605 円
居住費	居住費として、1 日につき次の金額をご負担いただきます。 ユニット型個室 1 日 2,066 円
テレビの貸し出し	1 日につき 50 円
理美容代	理容サービスを提供した場合、1 回につき次の金額をご負担いただきます 理容サービス : 3,200 円
キャンセル料	原則として頂きません。

※食費、居住費の介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、記載されている金額になります。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので次のいずれかの方法により支払い願います。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金のお支払いを受けた後、後日郵送にて差し上げます。

☐ 口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日に、利用者の指定する金融機関の口座から引落としとします。27日が金融機関休業日の場合は、翌営業日のお引き落としとさせていただきます。 引落としに要する料金については、事業者の負担とさせていただきます。
☐ 現金支払い	サービスを利用月の翌月27日までに、現金にてお支払いを願います。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族 (緊急連絡先)	氏名	
	連絡先	

なお、当事業所の協力医療機関は次の通りです。

名 称	所 在 地	主 な 診 療 科 名
湯沢町保健医療センター	新潟県南魚沼郡湯沢町大字湯沢 2877-1	内科

9. 事故発生時等の対応

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利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 虐待の防止について

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に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	種村 和彦
-------------	-------

- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所授業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による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、これを市町村に通知します。

1 1. 苦情相談窓口

① 当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。

事業所相談窓口	特別養護老人ホームゆのさと園 事務室
	担当者 笛木 真理恵
	連絡先 025-784-3785

② 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
湯沢町 福祉介護課	025-784-4560
南魚沼市 介護高齢課	025-773-6675
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

1 2. サービスの利用に当たっての留意事項

サービスの利用に当たってあなたに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ときは、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、周りの方のご迷惑にならないように注意してください。
- (3) 体調や容体の急変等により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介護支援専門員（又は地域包括支援センター）または当事業所の担当者（電話番号784-3785）までご連絡ください。

1 3. 非常災害対策

当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害対応マニュアルを策定しております。

【防災設備の概要】

消 防 計 画	届 出 日	平成28年4月1日				
	防火管理者	西澤 良二		職 種	施設長	
防 災 訓 練	訓 練 の 種 類	避 難 訓 練	通 報 訓 練	消 火 訓 練		
		2 回	2 回	2 回		
防 災 設 備	避 難 階 段	5 か 所	漏 電 火 災 警 報 器		あり	
	避 難 口	6 か 所	非 常 警 報 装 置		あり	
	防 火 戸、シャッター	5 か 所	避難器具(滑り台、救助袋)		なし	
	屋 内 消 火 栓	10 か 所	誘 導 灯 及 び 誘 導 標 式		52 か 所	
	屋 外 消 火 栓	あり	防 火 用 水		なし	
	ス プ リ ン ク ラ ー	あり	非 常 電 源 設 備		あり	
	自 動 火 災 通 報 装 置	あり	非 常 通 報 装 置		あり	

	静養室、地下、階段等の内装材	適
	カーテン、布製ブラインド等の防火性能	適

※万一、災害等が発生した場合は、職員の指示に従って落ち着いて行動してください。

1 4. 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	あり なし
	2 なし		

1 5. 個人情報の使用の同意に係る事項【 契約書 第 1 2 条第 3 項に係る具体的な使用の例 】

(1) 使用する目的

- ① 利用者に係るサービス担当者会議等での情報提供
- ② 医療機関との連携等において必要な場合
- ③ 介護保険に関する事務に必要な場合
 - ・審査支払機関へのレセプト（請求書）の提出
 - ・審査支払機関保険者等から照会に対して回答する場合
- ④ 管理運営業務のうち、次に上げるもので必要となった場合
 - ・介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - ・当事業所等において行われる学生等の実習における資料
 - ・当事業所において行われる事例研究等の資料
 - ・外部監査機関等への情報提供
- ⑤ 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等に関することで必要となった場合
- ⑥ 所在不明時等、心身に危険が及ぶ可能性がある場合の情報提供（搜索のための関係機関への情報提供）

(2) 使用する期間

本契約書の有効期間と同じ

(3) 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係するもの以外にもれることのないよう、細心の注意を払うこと
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて、経過を記録しておくこと

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。

事業所所在地	新潟県南魚沼郡湯沢町大字神立 1647-275		
事業者名	南魚沼福祉会特別養護老人ホームゆのさと園		
代表者職・氏名	管理者	西澤良二	印
説明者職・氏名	生活相談員	笛木 真理恵	印

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。

上記契約の証として、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ1部ずつを保有します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

（署名代行者）

氏名 _____ 印

立会人 住所 _____

氏名 _____ 印