

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

( 短期入所生活介護 )

( 契約書別紙⑦ 兼 重要事項説明書 )

◎ わたくしたち(事業者)の概要は次のとおりです。

|        |                          |           |                        |
|--------|--------------------------|-----------|------------------------|
| 事業所名   | 第二胎内やすらぎの家               | 法人名       | 社会福祉法人 愛光会             |
| 所在地    | 胎内市熱田坂字長崎野881-86         | 電話番号      | 0254-48-3134           |
| 県指定年月日 | 平成12年3月31日(番号1572500021) | 利用定員      | (併設) 6人                |
| 本体施設種別 | 介護老人福祉施設                 |           |                        |
| 従業員の概要 | 医師                       | 1人        |                        |
|        | 看護職員                     | 3人        |                        |
|        | 介護職員                     | 21人       |                        |
|        | 生活相談員                    | 1人        |                        |
|        | 管理栄養士                    | 1人        |                        |
|        | 機能訓練指導員                  | 1人        |                        |
|        | 介護支援専門員                  | 1人        |                        |
|        | 障害者生活支援員                 | 1人        |                        |
|        | 送迎車輛                     | 1台        |                        |
|        | 夜勤職員                     | 2人        | 宿直職員                   |
| 施設の概要  | 居室の定員                    | 4人部屋1室 4人 | 居室面積(1人あたり) 4人部屋 8.25㎡ |
|        |                          | 2人部屋1室 2人 | 2人部屋 16.5㎡             |
|        | 食堂・機能回復訓練室の面積            |           | 182.20 ㎡               |

◎ わたくしたち(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、あなたにこの施設に短期入所して頂き、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、わたくしたちの作成する「短期入所生活介護計画」に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、短期入所生活介護を提供します。
- 2 わたくしたちは、短期入所生活介護計画を必ず作成します。

## 2. 担当の職員

あなたを担当する管理責任者は次のとおりです。

- 管理責任者 氏名 篠田浩一 連絡先 48-3134  
○ 生活相談員 氏名 佐藤貴之 連絡先 48-3134

ご相談や苦情、連絡したいことがある場合は、生活相談員まで遠慮なくお申し出ください。

## 3. サービススケジュール

わたくしたちがあなたに提供するサービスのスケジュールは、別紙のとおりです。

なお、定期的な安否確認の方法として下記のシステムを併用して見守りを行います。

眠りSCAN(パラマウントベッド製非接触型センサー)は、利用者のベッド上での①睡眠②覚醒③起き上がり④離床⑤呼吸数の状態を把握することができるシステムです。眠りSCANは介護職員が携帯しているスマートフォン、タブレット端末、介護センターに設置しているパソコンと連動しており、所定画面で随時利用者の状態を確認することが可能です。

また、利用者の状態に応じて設定した条件に合致した状態(覚醒・起き上がり・離床・呼吸数の異常)が発生すると、スマートフォン、タブレット端末、パソコンへ通知されます。必要に応じて介護職員が居室を訪問し、状態の確認及び必要なケアを提供します。

利用者がベッドから離床し、居室・共有部で過ごされている時は、目視で安否の確認を行います。

利用者の体調の変化が見られている際は、眠りSCANだけでなく、必要に応じて訪室し、状態の確認及び必要なケアを提供します。

## 4. 利用負担金

- 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、おおむね次のとおりです。  
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。

ショートステイ(多床室)

(単位:円)

| 料金              | 介護度                               |       |       |       |       |
|-----------------|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
|                 | 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 |
| 基本料金            | 603                               | 672   | 745   | 815   | 884   |
| 機能訓練体制加算        | 12                                |       |       |       |       |
| サービス提供体制強化加算(I) | 22                                |       |       |       |       |
| 夜勤職員配置加算        | 15                                |       |       |       |       |
|                 |                                   |       |       |       |       |
| (小計)            | 652                               | 721   | 794   | 864   | 933   |
| 居住費             | 915                               |       |       |       |       |
| 食費              | 1,445<br>(朝食335円, 昼食649円, 夕食461円) |       |       |       |       |
| 合計              | 3,012                             | 3,081 | 3,154 | 3,224 | 3,293 |

(送迎を希望される場合、片道184円の負担)



① サービスの利用開始日前のキャンセル

| 連絡先の時期          | 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  | 容態急変の場合など<br>には頂きません。 |
| 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 | 容態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が注意すべきこと

- 1 複数の方が同時にサービスを利用するので、他の利用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。誠実に対応いたします。
- 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、または事業所の担当(氏名 佐藤貴之:電話番号 48-3134)までご連絡ください。

7. 入院時の対応

- 1 当施設は、利用者が傷病等により入院の必要が生じた場合は、ご家族等へ連絡いたしますので、速やかに入院手続きをお願いいたします。
- 2 入院中は、介護サービスの提供はできませんので、介護サービス料もいただきません。

8. 通院時の対応

緊急時を除き、原則として通院はご家族等をお願いいたします。

9. 事故発生時の対応

1 緊急対応

- ①けが、病気など救急医療措置が必要な場合、直ちに近隣の病院へ緊急搬送し、治療を受けられるよう手配します。
- ②お届けいただいている緊急連絡先へご連絡し、ご家族等へお知らせします。

2 原因究明と再発防止

- ①事故の発生状況を調査し、原因を究明します。この調査報告書をご家族並びに担当居宅介護支援事業所へご報告いたします。
- ②調査に基づき、施設の原因については、再発防止策を講じます。内容によっては、一時的防止策に引続き、根本的改善策を検討します。

### 3 損害賠償

事故により利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、事業者は本契約第9条によりこれを賠償します。

## 10. 非常災害時の対応

- ① 事業所は該当する建築基準関係法令及び消防関係法令に適合しています。また、関係諸法令に従い、火災等非常災害時に備えて避難経路の確保、消防用設備機器の設置など必要な処置を行っています。
- ② 事業所は地域消防署等関係機関と協議し、非常災害に関する具体的な計画(防災対応マニュアル)を作成しています。
- ③ 管理者または防災担当者は、非常災害その他緊急時に備え、防火教育を含む総合訓練を地域消防署の協力を得た上で、年2回以上実施するなど、利用者の安全に対し万全を期しています。

## 11. 緊急時おける対応方法

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時は、速やかに利用者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。

## 12. 苦情の受付

### 1 施設の受付窓口

当施設への苦情やご意見、ご要望などございましたら、次の窓口でうけたまわります。

受付担当者 主任生活相談員 佐藤 貴之

苦情解決責任者 施設長 篠田 浩一

TEL 0254-48-3134

### 2 苦情解決第三者委員

施設に対する苦情等について、公平な立場から相談にのり、解決に向けて助言いたします。

鈴木 統嗣 TEL 0254-48-3620

池田 弘子 TEL 025-268-7726

### 3 行政機関、その他の苦情受付窓口

#### ① お住まいの市町村介護保険担当課

胎内市福祉介護課介護保険係 TEL 0254-43-6111

#### ② 新潟県国民健康保険団体連合会 〒950-8560 新潟市中央区新光町4-1 新潟自治会館内

TEL 025-285-3022

#### ③ 新潟県福祉サービス運営適正化委員会 〒950-8575 新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ

TEL 025-281-5609

13. 第三者評価の実施状況

|                   |      |        |              |
|-------------------|------|--------|--------------|
| 第三者による<br>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  |        |              |

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意いたします。

令和    年    月    日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人氏名 \_\_\_\_\_ 印