

短期入所生活介護かがやき苑（ショートステイ） 契約書別紙兼重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、新潟県条例の規定に基づき、当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. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人かがやき福祉会
主たる事務所の所在地	〒959-2205 新潟県阿賀野市寺社甲3848番地212
代表者（職名・氏名）	理事長 小野里 浩
設立年月日	平成26年7月23日
電話番号	0250-68-7770

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	短期入所生活介護施設かがやき苑（ショートステイ）		
サービスの種類	（併設・空床）短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護		
事業所の所在地	〒959-2205 新潟県阿賀野市寺社甲3848番地212		
電話番号	0250-68-7770		
指定年月日・事業所番号	平成28年10月 1日指定	1572100939	
利用定員	定員 20人		
通常の送迎の実施地域	阿賀野市全域、新潟市、五泉市、阿賀町、新発田市		

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、可能な限り居宅に於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

（併設・空床）短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び昨日訓練を行なうことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数			
管理者	常勤	1人	非常勤	0人
生活相談員	常勤	0人	非常勤	2人
看護職員	常勤	0人	非常勤	1人
介護職員	常勤	7人	非常勤	1人
機能訓練担当職員	常勤	0人	非常勤	1人
嘱託医	常勤	0人	非常勤	1人

6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は、下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員	三上 友貴乃
管理責任者の氏名	管理者	近藤 浩介

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は、以下のとおりであり、あなたからお支払いただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額です。ただし、介護保険給付の支払限度額をこ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

利用者の 要介護度	(併設・空床) ユニット型短期入所生活介護 (1日あたり)	
	基本利用料 ※(注1) 参照	利用者負担金 (=基本利用料の1割) ※(注2) 参照
要介護1	7,040 円	704 円
要介護2	7,720 円	772 円
要介護3	8,470 円	847 円
要介護4	9,180 円	918 円
要介護5	9,870 円	987 円

(注1) 上記の基本利用料は、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定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、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は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、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 額
若年性認知症利用者受入加算	120 円
送迎加算	184 円
緊急短期入所受入加算	90 円
個別機能訓練加算	56 円
口腔連携強化加算	50 円
生産性向上体制推進加算 (Ⅱ)	10 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	17.6 %

(2) 介護予防短期入所生活介護の利用料

利用者の 要介護度	(併設・空床) ユニット型介護予防短期入所生活介護 (1日あたり)	
	基本利用料 ※(注1) 参照	利用者負担金 (=基本利用料の1割) ※(注2) 参照
要支援1	5,290 円	529 円
要支援2	6,560 円	656 円

(注1) 上記の基本利用料は、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定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、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は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、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	利用者自己負担額
若年性認知症利用者受入加算	120 円
送迎加算	184 円
個別機能訓練加算	56 円
口腔連携強化加算	50 円
生産性向上体制推進加算 (Ⅱ)	10 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	17.6 %

(3) 居住費 ((併設・空床) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護共通)

利用者負担段階区分	1日あたりの滞在費負担額
第1段階 (要介護1～5、要支援1～2)	880 円
第2段階 (要介護1～5、要支援1～2)	880 円
第3段階① (要介護1～5、要支援1～2)	1,370 円
第3段階② (要介護1～5、要支援1～2)	1,370 円
第4段階 (要介護1～5、要支援1～2)	2,066 円

(4) その他の費用

食 費	1日につき 1,613円（ただし、朝食470円、昼食570円、夕食520円、おやつ53円とし、1食単位で費用の支払いを受けるものとします。） また、利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。
理美容代	理容（1回につき） 2,500円～2,900円
その他	日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（５）支払い方法

上記（１）から（４）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１か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お支払い下さい。

支払い方法	支 払 い 要 件 等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の２５日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落としします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直後の平日）までに、当苑事務所にて現金でお支払ください。

８．協力医療機関

協力医療機関	医療機関の名称 所在地 電話番号	安田診療所 阿賀野市保田1756番地1 0250-68-2148
--------	------------------------	--

９．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、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）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１０．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	事業所名	（併設・空床）短期入所生活介護かがやき苑（ショートステイ）
	連絡先	TEL：0250-68-7770 FAX：0250-68-7771
	苦情担当者	生活相談員 三上 友貴乃
	苦情責任者	管 理 者 近藤 浩介

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	福祉支援課	電話番号 0250-62-2510
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

１１．身体拘束及び虐待防止に関する取り組み

当苑における身体拘束及び虐待防止に関する取り組みは、以下のとおりです。

- １． 定期的な委員会（身体拘束適正化委員会、身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会）の実施
- ２． 定期的な研修の実施（外部、内部）
- ３． 各指針を定め、新入職時及び定期的な研修時に確認、必要に応じて変更を行う
- ４． 各部署で委員を定め、委員を中心に防止・予防に取り組む

１２．第三者評価の実施

・第三者評価の実施 なし

１３．非常災害対策について

- ①当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取組みを行います。
- ②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に従事者に周知します。
- ③定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む）を行います。

避 難 訓 練 回 数 ： 年 ２ 回

非常災害対策に関する担当者：管理者 近藤 浩介

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所 在 地	新潟県阿賀野市寺社甲 3 8 4 8 番地 2 1 2		
事業者（法人）名	社会福祉法人 かがやき福祉会		
代表者・氏名	理 事 長	小 野 里 浩	印

私は、事業者より上記の重要事項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	住 所	五泉市	
	氏 名		印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄 ()

氏 名	印
-----	---

立 会 人 住 所

氏 名	印
-----	---