

# 契約書別紙

# 重要事項説明書

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。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上の留意事項等を次の通り説明します。

## 1. チブサン荘短期入所生活介護事業所の概要

施設名称	チブサン荘短期入所生活介護事業所
所在地	熊本県山鹿市鍋田 1888 番地の 1
介護保険指定番号	熊本県 4370800437 号
施設長（管理者）氏名	星子 久美子
入所定員	併設型・・・7名 空床型・・・入所定員の範囲内
電話番号	(TEL)0968-43-6711 (FAX)0968-43-6712
通常の実施地域	山鹿市全域 その他相談に応じる

## 職員体制(令和 3 年 4 月現在)

	常 勤	非常勤	業務内容
管理者	1 名		業 務 管 理
医師		1 名	健 康 管 理
生活相談員	1 名		相 談 ・ 事 務 代 行
管理栄養士	2 名		栄 養 管 理
機能訓練指導員	1 名		リ ハ ビ リ
介護支援専門員	1 名		ケ ア プ ラ ン 作 成
事務員	5 名		事 務
介護・ 看護職員	看護職員	3 名以上名	健 康 管 理
	介護職員	2 7 名以上	介 護
調理員	5 名以上		調 理
宿直員	3 名以上		

## 2. 運営方針

利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・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、利用者の心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

### 3. サービスの内容

- ◎居室 個室、多床室 ご希望、心身の状況に応じます。  
空床の場合、入所利用者様の空きベッドを使用となります。
- ◎食事 利用者の嗜好や心身状況に応じた食事を適時適温にて提供してまいります。  
朝食 8:00~8:30 昼食 12:00~12:30 夕食 17:00~18:00
- ◎入浴 1週間に2回以上、一般、特殊浴槽にて入浴していただき、身体状況によっては、清拭などで対応します
- ◎介護 利用者の心身の状況に応じた、懇切丁寧な介護の提供をしてまいります。
- ◎機能訓練 利用者の心身状況等を踏まえて、必要に応じ、日常生活機能の改善、維持のための訓練を行います。
- ◎生活相談 利用者からの相談等に適切に応じ、必要な助言、その他の援助をしてまいります。
- ◎健康管理 常に利用者の健康状態の把握に努め、適切な対処ができるよう看護してまいります。
- ◎レクリエーション 心身の状況に応じたレクリエーションの提供を行います。

### 4. 利用料金

#### (1) 基本料金

#### 介護サービス費

(単位・円/日)

区分・要介護度		基本単位	利用料	利用者負担額			
				1割負担	2割負担	3割負担	
併設型	従来型個室・多床室	要支援1	451	4,510 円	451 円	902 円	1,353 円
		要支援2	561	5,610 円	561 円	1,122 円	1,683 円
		要介護1	603	6,030 円	603 円	1,206 円	1,809 円
		要介護2	672	6,720 円	672 円	1,344 円	2,016 円
		要介護3	745	7,450 円	745 円	1,490 円	2,235 円
		要介護4	815	8,150 円	815 円	1,630 円	2,445 円
		要介護5	884	8,840 円	884 円	1,768 円	2,652 円

- ・機能訓練加算 12 単位/日
- ・送迎加算 (希望者のみ) 184 単位/片道
- ・夜勤職員配置加算(Ⅲ) (要介護者のみ) 15 単位/日
- ・看護体制加算 (Ⅰ) 4 単位/日 (空床利用者のみ)
- ・看護体制加算 (Ⅱ) 8 単位/日 (空床利用者のみ)
- ・サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) 18 単位/日
- ・介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ) (1 月あたりの総単位数×0.14)

※「サービス提供体制強化加算Ⅱ」「介護職員処遇改善加算Ⅰ」は支給限度額管理の対象外の算定項目

(2) 基本料金外

①食費 1,445 円/日 (朝食401円 昼食532円 夕食512円)

②滞在費 従来型個室1,231円/日 多床室915円/日

※市町村から「介護保険減額認定証」の交付を受けた方は、段階に応じた負担となります。

		基準額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食	費	1,445 円	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
滞在費	多床室	915 円	0 円	430 円	430 円	430 円	915 円
	従来型個室	1,231 円	380 円	480 円	880 円	880 円	1,231 円

(3) その他の日用品費

電気代・・・電気製品1台につき、1日50円

5. 利用中の中止

以下の場合利用途中でサービスを中止する場合があります。

- ・ 利用者が中途退所を希望した場合
- ・ 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ 利用中に体調が悪くなった場合
- ・ 利用中に亡くなった場合
- ・ 他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

6. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 面会 午前8:00～午後9:00までの間は自由にできます。
- ・ 飲酒 喫煙 所定の時間、場所をお願いします。
- ・ 設備 器具の利用 使用方法に従い、使用できます。
- ・ 金銭 貴重品の管理 利用時は必要最小限程度をお願いします。また、管理依頼は必要に応じ、お受けします。
- ・ 宗教活動 一切、御遠慮願います。
- ・ ペット 持ち込みはできません。

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容態変化があった場合など、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

◎緊急連絡先

1	氏名		続柄	
	住所		電話	
	携帯		勤め先	
2	氏名		続柄	
	住所		電話	
	携帯		勤め先	
3	氏名		続柄	
	住所		電話	
	携帯		勤め先	

◎主治医 かかりつけの医師

病院または診療所	
医 師 名	
住 所	
電 話 番 号	

8. サービス内容に関する相談・苦情の窓口

当施設のサービスに関する相談、苦情等は、下記窓口まで申し出下さい。

① 当施設相談・苦情担当窓口

苦情解決責任者：星子 久美子

苦情受付担当者：ショート担当 金光 則倫 香月 久忠

電話番号 0968-43-6711 (受付時間 月～金曜日 8:30～17:30)

※苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

第三者委員： 寺崎泰和 0968-44-4689

山口敦子 0968-43-8458

② 市町村(介護保険担当課)の相談・苦情窓口

③ 国民健康保険団体連合会

所在地 熊本市健軍2丁目4番10号(熊本県町村自治会館内)

電話番号 096-214-1101 F A X 096-214-1105

受付時間 9:00～17:00

苦情解決の手順

(1) 苦情受付

苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。また、苦情受付ボックスに投函されても結構です。

(2) 苦情受付の報告、確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合は除く）に報告します。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア. 第三者委員による苦情内容の確認

イ. 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ. 話し合いの結果や改善事項などの確認

(4) 運営適正化委員会

本施設で解決できない苦情等、また不服がある場合は、熊本県社会福祉協議会に設置されていた運営適正化委員会に申し立てることができます。

連絡先 〒860-0842 熊本市南千反畑町3番7号

熊本県総合福祉センター5階

熊本社会福祉協議会

TEL 096-324-5471

(5) 苦情解決後

上記の方法により苦情の解決を図った後も、利用者及び担当介護支援専門委員とは常時連携を図り、同じような苦情が再発しないよう十分に注意してサービス提供を行います。

9. 介護事故発生時の対応

施設は、利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

施設は、利用者に対する施設サービス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。

10. 第三者評価の実施状況

実施の有無	あり・なし
実施した直近の年月日	平成19年1月
実施した評価機関の名称	あすなろ福祉サービス評価機構
評価結果の開示状況	あり・なし

令和 年 月 日

短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 熊本県山鹿市鍋田 1888-1  
名称 チブサン荘短期入所生活介護事業所  
理事長 橋本 尚子 印

説明者 所属 チブサン荘短期入所生活介護事業所  
氏名 金光 則倫 印

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所  
氏名 印

代理人 住所  
氏名 印

(続柄 )