

ショートステイ サンシニア河津
重要事項説明書

当事業者が提供する短期入所生活介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	ショートステイ サンシニア河津
主たる事務所の所在地	賀茂郡河津町田中字山田 520-1
電話番号	0558-32-3201
法人の種別及び名称	社会福祉法人 南寿会
代表者職	理事長
代表者氏名	真下 和人

事業所の名称	ショートステイ サンシニア河津
事業所の所在地	賀茂郡河津町田中字山田 520-1
介護保険事業所番号	2270100338
指定年月日	平成16年 5月 1日
交通の便	伊豆急電鉄 河津駅徒歩 15分
通常の送迎の実施地	河津町・東伊豆町・下田市・南伊豆町・旧天城湯ヶ島町

2 事業者の職員の概要

職種	資格	員数	勤務の体制		
管理者	社会福祉主事	1人	常勤	1人	
医師		1人	常勤	人	非常勤 1人
生活相談員		2人	常勤	2人	非常勤 人
介護職員		4人	常勤	5人	非常勤 人
看護職員		3人	常勤	5人	非常勤 人
栄養士		1人	常勤	1人	非常勤 人
機能訓練指導員		1人	常勤	1人	非常勤 人
介護支援専門員		1人	常勤	1人	非常勤 人

3 短期入所生活介護施設の概要

定員	○	10人
居室	4人部屋 個室	0室 (1室 m ²) 10室 (1室 14.50 m ²)

浴室	<input type="radio"/> 一般浴槽 <input type="radio"/> 特殊浴槽
食堂及びリビング	79.33 m ²
その他の設備	<input type="radio"/> 静養室 10.12 m ² <input type="radio"/> 医務室 13.5 m ² <input type="radio"/> 面接室 5.75 m ² <input type="radio"/> その他

4 福祉サービス第三者評価事業 受審 (有)・無

(認証 NO : H-16-001 号 H18. 11/22)

5 短期入所生活介護の運営の方針

居宅サービス計画に基づき、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、当事業所において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものとする。
事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6 利用料金

- (1) 当事業者の短期入所生活介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金（1日分）

	併設型
要介護度 1	704 単位
要介護度 2	772 単位
要介護度 3	847 単位
要介護度 4	918 単位
要介護度 5	987 単位

- 基本料金は、所定の単位に10円を乗じて得た額です。
- この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成21年厚生労働省告示第68号）に規定される機能訓練に要する費用（12円／1日）、夜勤職員の配置に関する費用（20円／日）、サービス提供体制強化に関する費用（22円／1日）、介護職員処遇改善加算=所定単位×14／100（所定単位とは基本サービス費に各種加算減算を加えた1月の合計単位）、送迎を受けた場合（184単位／片道）、を負担していただきます。

(2) その他の費用

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する実費、居住費負担額（下記）、食材料費及び調理費相当額（下記）、理美容代（実費）、その他の日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

利用者負担段階	居住費負担額（1日）	第1段階から第3段階の方につきましては、2,650円を基準とした金額から、差額が補足給付として給付されます。
第1段階	880円	
第2段階	880円	
第3段階 ①	1,370円	
第3段階 ②	1,370円	
第4段階以上	2,650円	

- ・ 日額 2,650円：利用者負担が第4段階の方。利用者負担の第1段階から第3段階の方につきましては、差額が補足給付と言う形で、介護保険より給付されます。
(居住費負担額 別表)

利用者負担段階	食費負担額（1日）	第1段階から第3段階の方につきましては、1,880円を基準とした金額から、差額が補足給付として給付されます。
第1段階	300円	
第2段階	600円	
第3段階 ①	1,000円	
第3段階 ②	1,330円	
第4段階以上	1,880円	

- ・ 日額 1,880円：利用者負担が第4段階の方。利用者負担の第1段階～第3段階の方は差額が補足給付で介護保険より給付されます。（食費負担額 別表）

(3) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月15日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、27日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込（振込み手数料はお客様負担）、口座自動引落し（別途引落とし手数料110円ご負担願います）、いずれかでお支払ください。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により短期入所生活介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ア 入所前のキャンセルの場合

入所日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
入所日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合	1日の基本料金の50%

イ 入所中のキャンセルの場合

あなたが中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、お住いの市町の窓口に提出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の短期入所生活介護の内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の管理者が短期入所生活介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。（入所期間が短い場合は作成しない場合があります。）
- あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

ア あなたの都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書で申出ください。

イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の7日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合
- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがた

いほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用に当たっての留意事項

- 面会：特別な事情がない限り、面会はできません。
- 外出、外泊：外泊はできません。外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
- 飲酒：飲酒できます。
- 設備、器具の利用：施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
- 金銭の管理：現金や貴重品は施設でお預かりし、保管することができます。
- 所持品の持込：個室対応になっておりますので、基本的にご自由にお持込下さい。
- 宗教活動：施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ペット：施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
- 迷惑行為：騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
- その他：

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用期間：_____～_____

内 容：食事（食材料費及び調理費相当額を除く）
排せつ
入浴
機能訓練（12単位／日）
健康管理
夜勤職員配置（20単位／日）
サービス提供体制強化（20単位／日）
理美容（かかる費用の実費）
その他（送迎：184単位・片道 等）

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

10 担当の職員

あなたを担当する短期入所生活介護従業者は以下のとおりです。

生活相談員	真 下 聰 子
看護職員	三 澤 洋 子
介護職員	稻 葉 亮 栗 田 ひ ろ み
機能訓練指導員	田 村 知 子

11 緊急時の対応方法

短期入所生活介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医、当事業者の協力医療機関等に連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
協力医療機関	氏名	伊豆今井浜病院
	連絡先	0558-34-1123
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

12 非常災害対策

非常時の対応	別途に定める「特別養護老人ホーム サンシニア河津 消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	河津町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。
平常時の防災訓練等	別途に定める「特別養護老人ホーム サンシニア河津 消防計画」にのっとり毎月1回（年2回は夜間）を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。
防災設備	・スプリンクラー 　・避難階段 　・自動火災報知器 　・誘導灯 ・ガス漏れ報知器 　・防火扉 　・屋内消火栓 　・非常通報装置 ・漏電火災報知器 　・非常用電源
消防計画	消防署への届出：平成18年 8月 1日 防火管理者：平野 渉

13 苦情処理

あなたは、当事業者の短期入所生活介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情等申立先

当施設ご利用 相談室	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者：真下 和人 ・苦情受付担当者：梅野 誠 ・ご利用時間 每日午前9:00～午後5:30 ・ご利用方法 電話 0558-32-3201 苦情箱（1F入り口に設置）
---------------	---

国民健康保険団体 連合会	電話 054-253-5590 受付時間 月～金曜日 午前9:00～午後5:00
河津町役場	福祉介護課 介護係 0558-36-3232 受付時間 月～金曜日 午前9:00～午後5:00
下田市役所	市民保健課 0558-22-2077 受付時間 月～金曜日 午前9:00～午後5:00
東伊豆町役場	健康づくり課 0557-95-1124 受付時間 月～金曜日 午前9:00～午後5:00
南伊豆町役場	健康福祉課 福祉介護保険係 0558-62-6233 受付時間 月～金曜日 午前9:00～午後5:00
伊豆市役場 (旧湯ヶ島町)	保険福祉課 0558-72-1111 受付時間 月～金曜日 午前9:00～午後5:00

私は本書面に基づいて、職名 相談員 氏名 真下聰子 から、上記重要事項に関する説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____

利用者の家族等 住所

氏名 _____

続柄 _____

※ 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。