

短期入所生活介護（予防短期入所生活介護） 重要事項説明書・サービス説明書

1 サービスの内容

- (1)「短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービス」は、事業者が管理運営する施設に短期間入所していただき、居室の提供、入浴、排せつ、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サービスです。サービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止及び介護予防に資するよう、利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切に行います。
- (2)事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3)サービス提供にあたっては、「短期入所生活介護計画書」に沿って計画的に提供します（原則として入所期間が4日以上となる場合に限りませう）。

ご利用施設	所在地	神奈川県大和市西鶴間8丁目1番2号
	名 称	社会福祉法人 大和清風会 居宅介護支援センター サンホーム鶴間
	電話番号	046(277)0033

契約期間	年 月 日 () ~ 利用者の要介護認定の有効期間満了日
------	-------------------------------

2 サービス提供責任者等

サービス提供の担当者は、次のとおりです。

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名： 左近 隼

連絡先（電話）：046-277-0033

1 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人大和清風会 居宅介護支援センターサンホーム鶴間
所在地・電話	神奈川県大和市西鶴間8丁目1番2号 046-277-0033
介護保険事業所番号	神奈川県 1473000063号
代表者氏名	理事長 天野 宏一
管理者氏名	天野 宏一
事業所の種類	短期入所生活介護 平成12年2月1日指定 平成14年7月1日増床 介護予防短期入所生活介護 平成18年4月1日

2 事業所の職員体制等

職 種	常勤換算	指定基準
管理者	1名以上	1名
介護職員	28名以上	28名
生活相談員	1名以上	1名
看護職員	3名以上	3名
機能訓練指導員	1名以上	1名
介護支援専門員（兼務）	1名以上	1名
管理栄養士	1名以上	1名
医師（内科）	0、3名以上	必要数
調理員	7名以上	〃
事務担当職員	5名以上	〃

※高齢者介護福祉施設サンホーム鶴間の職員との兼務になります。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

3 設備の概要（建物の延べ面積 4,187.46㎡）

区 分	概 要	
短期入所定員	12名	
居室	個 室	（従来型個室）2室
	2人部屋	（多床室）3室
	4人部屋	（ 〃 ）1室
食堂	2室	
機能訓練室	1室	
浴室	4室	
トイレ	10ヶ所	
洗面所	10ヶ所	
医務室	1室	
静養室	1室	
面接室	2室	
談話室	2室	

4 サービス提供地域（通常の送迎の実施地域）

大和市、座間市ひばりが丘

5 営業日及び営業時間

営業日 年中無休

営業時間 月～土 8時45分～17時30分

※日曜・12月31日・1月1日・1月2日・1月3日の入退所はできません。

6 サービス内容

①居室の提供 個室、2人部屋、4人部屋を用意しています。

②食事 栄養士（管理栄養士）の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体状況および

嗜好を考慮した食事を提供します。

利用者自立支援のため離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則とし

ています。＜食事時間＞ 朝食 8:00～、昼食 12:00～、夕食 18:00～

③介護

入浴、排せつ、食事摂取、衣類の着脱等の介護及び介護予防、日常生活上の援助を行います。

④入浴

週 2 回入浴を行います。入浴できない時には清拭となる場合があります。

⑤機能訓練

個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施します。

⑥健康管理及び療養上の援助

看護職員が健康管理を行います。夜間については、看護職員の連絡・対応体制を整備しています。

7 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、①介護保険の給付の対象となるサービス並びに滞在費及び食費に係る自己負担額、②介護保険の給付の対象とならないサービス（個人サービス費）の 2 種類に分かれます。（なお、②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があればお尋ねください。）

①介護保険の給付の対象となるサービス並びに滞在費及び食費に係る自己負担額（1日あたり）

＜個室＞

1. 利用者の要介護度別 サービス利用料金(10割) (基本単位+機能訓練体制加算+サービス提供体制強化加算Ⅱ+看護体制加算Ⅰ+看護体制加算Ⅱ+夜勤職員配置加算+生産性向上推進体制加算Ⅱ)=A A×0.14(介護職員等処遇改善加算Ⅰ)=B (A+B)×10.55(地域加算:大和市・5級地) ※介護予防には看護体制加算、夜勤職員配置加算は加算されません。	介護予防		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	要支援1	要支援2					
	560単位 5,908円	685単位 7,226円	762単位 8,039円	840単位 8,862円	923単位 9,737円	1,003単位 10,581円	1082単位 11,415円
2. うち、介護保険から給付される金額(9割)	5,317円	6,503円	7,235円	7,975円	8,763円	9,522円	10,273円
2割負担の場合(8割)	4,726円	5,780円	6,431円	7,089円	7,789円	8,464円	9,132円
3割負担の場合(7割)	4,135円	5,058円	5,627円	6,203円	6,815円	7,406円	7,990円
3. サービス利用に係る自己負担額(1割)	591円	723円	804円	887円	974円	1,059円	1,142円
2割負担の場合(2割)	1,182円	1,446円	1,608円	1,773円	1,948円	2,117円	2,283円
3割負担の場合(3割)	1,773円	2,168円	2,412円	2,659円	2,922円	3,175円	3,425円
※介護職員等処遇改善加算Ⅰ	上記×日数分の単位数の1000分の140に相当する単位数						
4. 食費に係る自己負担	(*) 1950円(朝400円・昼800円・夜750円)						
5. 滞在費に係る自己負担	(*) 1171円						
6. 送迎費(片道)	184単位(送迎が必要とケアプラン上で判断された方)						
7. 療養食加算	1食 8単位(※療養食を提供した場合)						

<多床室>

1. 利用者の要介護度別 サービス利用料金(10割) (基本単位+機能訓練体制加算+サービス提供体制強化加算Ⅱ+看護体制加算Ⅰ+看護体制加算Ⅱ+夜勤職員配置加算+生産性向上推進体制加算Ⅱ)=A A×0.14(介護職員等処遇改善加算Ⅰ)=B (A+B)×10.55(地域加算:大和市・5級地) ※介護予防には看護体制加算、夜勤職員配置加算は加算されません。	介護予防		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	要支援1	要支援2					
	560単位 5,908円	685単位 7,226円	762単位 8,039円	840単位 8,862円	823単位 9,737円	1003単位 10,581円	1082単位 11,415円
2. うち、介護保険から給付される金額(9割)	5,317円	6,503円	7,235円	7,975円	8,763円	9,522円	10,273円
2割負担の場合(8割)	4,726円	5,780円	6,431円	7,089円	7,789円	8,464円	9,132円
3割負担の場合(7割)	4,135円	5,058円	5,627円	6,203円	6,815円	7,406円	7,990円
3. サービス利用に係る自己負担額(1割)	591円	723円	804円	887円	974円	1,059円	1,142円
2割負担の場合(2割)	1,182円	1,446円	1,608円	1,773円	1,948円	2,117円	2,283円
3割負担の場合(3割)	1,773円	2,168円	2,412円	2,659円	2,922円	3,175円	3,425円
※介護職員処遇改善加算Ⅰ	上記×日数分の単位数の1000分の140に相当する単位数						
4. 食費に係る自己負担	(*) 1950円(朝400円・昼800円・夜750円)						
5. 滞在費に係る自己負担	(*) 870円						
6. 送迎費(片道)	184単位(送迎が必要とケアプラン上で判断された方)						
7. 療養食加算	1食 8単位(※療養食を提供した場合)						

※算出方法の関係上、利用日数に応じて金額に若干の差異が生じます。詳細につきましては、担当者へお問い合わせください。

※利用者がまだ要介護認定及び要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護及び要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合は、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合等)には、全額自己負担となります。また、介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

※(*)食費と滞在費に係る自己負担額について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている額が自己負担額となります。☆次表参照☆

◇世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の滞在費・食費の負担額

対象者	区分	滞在費		食費
		多床室（相部屋）	従来型個室	
生活保護受給者 世帯全員が市町村民税非課税世帯で預貯金（現金、有価証券なども含む）などの額に応じて分類されます ※配偶者が市区町村民税を課税されている場合には、世帯が分かれていても対象外になります	利用者負担 1段階	0円	320円	3食提供の場合 300円
	利用者負担 2段階	430円	420円	3食提供の場合 600円
	利用者負担 3段階①	430円	820円	3食提供の場合 1000円
	利用者負担 3段階②	430円	820円	3食提供の場合 1300円
上記以外の方（施設との契約により設定されます）	利用者負担 4段階	870円	1171円	1950円 (朝：400円 昼：800円 夜：750円)

◇世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の食費の負担額（3食以外の場合）

第1段階	3食	朝・昼	昼・夕	朝のみ	夕のみ	昼のみ	朝・夕
利用者実負担額	300円	300円	300円	300円	300円	300円	300円

第2段階	3食	朝・昼	昼・夕	朝のみ	夕のみ	昼のみ	朝・夕
利用者実負担額	600円	600円	600円	400円	600円	600円	600円

第3段階①	3食	朝・昼	昼・夕	朝のみ	夕のみ	昼のみ	朝・夕
利用者実負担額	1000円	1000円	1000円	400円	750円	800円	1000円

第3段階②	3食	朝・昼	昼・夕	朝のみ	夕のみ	昼のみ	朝・夕
利用者実負担額	1300円	1200円	1300円	400円	750円	800円	1150円

②介護保険の給付対象とならないサービス（個人サービス費）

	内容および金額
特別な食事 ※通常の食費に上乘せとなります	元旦祭・開所記念行事・敬老会・忘年会 各1,000円 ※利用者の選択により特別献立食の提供をします
理髪サービス	一回 1600円
その他の日常生活費	・教養娯楽費 <ul style="list-style-type: none"> ・生け花 一回 500円 ・工作折り紙 一回 200円 ・書道 一回 300円 ・編み物 一回 200円 ・茶話会 一回 300円
その他の費用	・電池 実費 ・電気代（施設持ち込みの電気器具について） <ul style="list-style-type: none"> ・小型テレビ等（平均5時間使用） 一日 100円 ・アンカ（平均11時間使用） 一日 25円

	・毛布（平均 1 1 時間使用）	一日	2 5 円
	・スポンジブラシ（口腔ケア用品）	一本	2 0 円

- (2) 利用者負担金及び個人サービス費は、ご利用期間分の合計金額を、サービスの利用終了時にお支払い下さい。
- (3) 本契約が解除または終了となった場合において、利用者がすでに実施されたサービスに対する利用者負担金及び個人サービス費等の費用を、事業者に対して負担している時は、契約終了日から一週間以内にお支払い下さい。

8 サービスの中止、変更、追加

- (1) 利用者がサービスの利用の中止（キャンセル）をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

・担当者：左近 隼

◎連絡先(電話) : 046-277-0033

◎連絡時間 : 8:45~17:30

- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合（入所期間の途中で退所する場合を含む）には、できるだけ利用予定日の前日までにご連絡ください。当日の中止については、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。
- (3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料
利用予定日の前日まで	無 料
利用予定日の当日	当日の利用者負担金の50%

- (4) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。
- (5) 利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、すでに実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

9 当施設の法人理念

- (1) 社会福祉法人大和清風会は、地域福祉の発展及び高齢者福祉の向上に努めます。
- (2) 社会福祉法人大和清風会は、地域福祉の拠点として、保健、医療、福祉等関係機関との連携を強化し、高齢者が住み慣れた施設や地域で自分らしい生活を最期まで送れるように支援します。
- (3) 社会福祉法人大和清風会の役職員は、質の高いサービスが提供できるよう、日々、研究・研修に励み専門性の向上に努めます。
- (4) 社会福祉法人大和清風会の役職員は、明るく、楽しく、元気よく、高齢者支援に努めます。

10 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 面会時間 ○9:00~18:45（夏場に限り、9:00~20:00）
○面会簿に所定事項の記入をお願いいたします。
- (2) 所持品の持ち込み ○衣類や身の回りの小物、小型の電化製品、自己スペースにて対応できるもの以外は原則として持ち込むことができません。
○持ち込み品については、記名をお願いします。
- (3) 設備の利用 ○居室及び共用施設・敷地をその本来の用途に従って利用してください
○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、

施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

- (4) 喫煙 施設内の喫煙スペースにて、6：00～21：00の間で喫煙可能です。
- (5) 入退所時付添い 入所・退所時についてはご家族等の付添いが必要となります。ただし、家族がいない等やむを得ない事情の場合にはこの限りではありません。
- (6) 利用申し込み 利用予約は2ヶ月前から受付となります。

1.1 体調不良時・緊急時・事故時等の対応方法

- (1) 事業者は、利用者の体調・健康状態からみて必要な場合には、利用者及び家族からの聴取・確認のうえでサービスを実施するものとします。
- (2) サービス提供時において、利用者に事故、体調の急変等が生じた場合は、家族に連絡し家族の意向に添って速やかに主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。
- (3) 事業所は短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）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、居宅介護支援事業者、市町村へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

1.2 非常災害対策

非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、利用者に対して、定期的に避難、救出その他 必要な訓練を行います。

1.3 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所の苦情・相談窓口	担当者	左近 隼
	電話番号	046-277-0033
	F A X	046-277-0880
	対応時間	月～土曜日 8：45～17：30

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

大和市役所 健康福祉部 介護保険課	所在地	大和市下鶴間一丁目1番1号
	電話番号	046-260-5170
	F A X	046-260-5158
	対応時間	月～金(祝日を除く) / 8:30～17:15
座間市役所 介護保険課 介護保険係	所在地	座間市緑ヶ丘一丁目1番1号
	電話番号	046-252-7719
	F A X	046-252-8238
	対応時間	月～金(祝日を除く) / 8:30～17:15
神奈川県国民健康保険団体連 合会（国保連）	所在地	横浜市西区楠町27-1
	電話番号	045-329-3447

1.4 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 大和清風会
代表者氏名	理事長 天野 宏一
所在地・電話	神奈川県大和市西鶴間8丁目1番2号 046-277-0033
法人が行う事業	<ul style="list-style-type: none"> ●高齢者介護福祉施設サンホーム鶴間 介護老人福祉施設 ●居宅介護支援センター サンホーム鶴間 居宅介護支援事業（介護予防支援） 訪問介護事業（介護予防） 訪問入浴介護事業（介護予防） 通所介護事業（介護予防） 短期入所生活介護事業（介護予防） ●地域包括支援センター サンホーム鶴間

1.5 その他

- (1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (2) 従業員の資質向上のため、研修の機会を提供する。

短期入所生活介護（予防短期入所生活介護）のご利用にあたり、利用者に対して利用契約書及び重要事項説明書・サービス説明書に基づき重要事項・サービスを説明し、本書面に契約を締結します。

(事業者)

所在地 大和市西鶴間8丁目1番2号
 社会福祉法人 大和清風会
 事業者名 居宅介護支援センター サンホーム鶴間
 代表者名 管理者 天野 宏一
 説明者氏名 左近 隼

私は利用契約書及び重要事項説明書・サービス説明書について、事業者から短期入所生活介護（予防短期入所生活介護）について重要事項説明書・サービス説明書の説明を受け、同意し、交付を受け、本書面に契約を締結します。

契約者（利用者）

氏名 _____ (印)

契約者は、署名が出来ない為、契約者本人の意思を確認の上、私が契約者に代わって、その署名を代行します。

署名代行者

氏名 _____ (印) 続柄 _____

契約締結 _____年____月____日