

重要事項説明書・契約書

(指定介護予防・短期入所生活介護事業所)

1, 事業所の目的及び運営方針

要支援者及び要介護状態の方に対し適切な短期入所生活介護事業を提供することにより「要支援者」「要介護者」「総合事業対象者」の健康保持、機能回復改善を目的に目標を設定し計画的にサービスを提供します。

また、宇都宮市及び関係市町村、関係機関と連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

2, 事業所の概要

事業者名 ショートステイ ふくろうの杜
所在地 栃木県宇都宮市逆面町 3 8 5 - 1
電 話 0 2 8 - 6 7 2 - 3 3 6 1

管 理 者	施 設 長 櫻井 立也
営 業 日	年中無休
受 付 時 間	月～金 8：30～17：30
定 員	20名
サービス実施地域	河内・上河内地区、豊郷地区、富屋・篠井地区、細谷・宝木地区・国本・昭和・戸祭地区、今泉・錦・東地区、御幸・御幸ヶ原地区・さくら市草川・上阿久津・押上地区
問い合わせ	短期入所生活介護生活相談員 (028-672-3361)

(1) 設 備

短期入所生活介護		
個室 (1 人部屋)	20 室	ユニット型個室
浴室 (一般・特浴)	3 室	個浴・特殊浴槽
共同生活室	2 室	
医務室	1 室	

(2) 職員構成

短期入所生活介護	
管 理 者	1 名
生活相談員	1 名以上
介護職員	8 名以上
看護職員	1 名以上
機能訓練指導員	1 名（兼務）

3, サービス内容

- ・ 食 事 管理栄養士の献立により身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
朝食・7:30～ 昼食・12:00～ 夕食・17:30～
- ・ 入 浴 ケアプランに応じて一般・特殊浴槽による入浴を提供します。
入浴・清拭を週2回以上行います。
- ・ 機 能 訓 練 機能の維持向上や残存能力の活用を目的とした訓練を行います。
- ・ 生 活 相 談 利用者様及びご家族様からの相談を支援助言します。
- ・ 健 康 管 理 利用者様の健康状態の把握をします。
- ・ 送 迎 施設から自宅間送迎いたします。
(サービス実施地域に限る)
- ・ レクリエーション 機能訓練を兼ねたレクリエーションを行います。

4, 利用料金

要介護度別の利用料自己負担額及び日常生活に要する費用、キャンセル料などで、利用者様に負担していただく事が適当であるものにかかる諸費用実費料は利用料金表別紙に記載された額とします。料金変更の際は前もって説明の上、料金表別紙への署名・差し替えにて、同意を得たものとする。

5, サービス利用方法

- ・ お電話でお問い合わせ下さい。
- ・ 介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談下さい。

6, 利用日変更

ご利用者様の都合により、サービスの利用を追加又キャンセルなど変更することができます。その際は、担当介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談下さい。

7, サービス利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、施設より必要品についてはご連絡いたします。

＊飲食物の持ち込みは、ご利用する際にお知らせください。

(2) 施設使用上の注意

- ・ 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下さい。
- ・ 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにも関わらず、施設設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、又相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ 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。

(3) 喫煙・飲酒

1. 事業所内の喫煙スペースでお願いいたします。
2. 希望される場合は、酒類の持ち込みは可能です。ご利用する際に一声職員にお声がけ下さい。(夕食時のみの提供とさせていただきます。)

8, 介護保険給付対象外サービス

ご契約者との合意の基に介護保険給付の支給限度を超えるサービスを受けた場合の利用料金は全額（10割）負担となります。

9, 利用料金の変更

サービスの利用料金について介護給付費体系に変更があった場合、事業所は当該サービスの利用料金を変更できるものとします。尚、変更に当たり1ヶ月前までに料金表別表により説明した上で利用料金の変更を行うこととします。又、変更に関し同意できない場合は、この契約を解約することができます。

10, キャンセル料金

サービスの利用をキャンセルする場合は、利用日の3日前までに施設に連絡することとする。以降のキャンセルについては、利用料金表別紙に記載された額とする。

11, 利用料金の支払方法

料金及び費用は1ヶ月ごとに清算し、請求させていただきます。翌月25日までに下記のいずれかの方法でお支払下さい。

- ア・郵便局ご本人（ご家族）口座から自動引落とし
- イ・足利銀行ご本人（ご家族）口座から自動引落とし
- ウ・さくら・ふくろうの杜事務局への直接現金支払

1 2, 緊急時の対応方法

サービス提供中に様態の変化などがあった場合は、事前打ち合わせにより、主治医・消防署・ご家族・介護支援専門員等に連絡いたします。

1 3, 非常災害対策

非常災害に関する具体的計画を策定し、防火管理者を配置し、毎年定期的に非常救出訓練、その他必要な訓練を実施することとします。

1 4, 守秘義務

- ・ 事業所及び職員は、当該サービス提供上で知り得たご利用者及びご家族に関する事項を正当な事由なく第三者に漏洩いたしません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。
- ・ 事業所はご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合、ご利用者に関する情報を医療機関に提供できるものとする。
- ・ 各関係機関と連携を図る上で正当な理由により情報を用いることができるものとする。

1 5, 身体拘束対策

施設は、入居者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。ただし、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過監査記録、検討記録等記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行う。

2 施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための方策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を 3 ヶ月に 1 回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図るものとする。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

1 6, 虐待防止対策

施設は、入居者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を 3 か月に 1 回開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実地。
- (4) 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置。

- 2 施設は、サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（入居者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

1 7, 損害賠償責任

事業所はこの契約に基づくサービス提供に伴う、自己の責に帰すべき事由によりご契約者に生じた損害について賠償責任を負います。尚、守秘義務に反した場合も同様とします。但し、ご契約者に故意又は過失が認められる場合は、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる限り損害賠償を減じることができるものとします。

1 8, 損害賠償がなされない場合

事業所はこの契約に基づくサービス提供に伴う、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には事業所の損害賠償責任を免れます。

- ・ ご契約者が契約締結時に、心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- ・ ご契約者がサービスの実施にあたって、必要な事項に関する徴収、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- ・ ご契約者に急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が生じた場合。
- ・ ご契約者が、事業所もしくは、従業者又は職員の指示、依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合。

19、契約解除

・自動終了

1. 要介護認定区分が非該当と認定された場合

2. ご契約者が死亡した場合

・事業所からの解除

1. 本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合（故意に病歴等告知しなかった等）

2. 利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、再三の催告にも関わらず支払われない場合

20、苦情処理

事業所はその提供したサービスに関するご利用者からの苦情に対して、苦情受付を設置して適切に対応するものとします。

（1）事業所における苦情の受付

苦情解決責任者	施設長	櫻井 立也
苦情窓口	短期入所	生活相談員
電話		028-672-3361
受付時間	月～金	9:00～17:00

（2）第三者委員

橋本 保信	0289-62-0144
福田 勇	028-672-5329

また、苦情受付ボックスを事業所受付に設置しています。

（3）行政機関その他苦情受付機関

宇都宮市 保健福祉部 高齢福祉課 介護保険相談	所在地	宇都宮市旭1丁目1-5		
	電話番号	028-632-8989		
	受付時間	月～金	8:15～19:15	祝日・年末年始は除く
国民健康保険連合会	所在地	宇都宮市本町12-11		
	電話番号	028-643-2220		
	受付時間	月～金	9:00～17:00	祝日・年末年始は除く
栃木県 運営適正化委員会	所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ内		
	電話番号	028-622-2941		
	受付時間	月～金	9:00～16:00	祝日・年末年始は除く

第三者による評価の実施状況

ふくろうの杜は第三者による評価を行った場合は詳細を開示するものとする。

（1）実施状況 ① あり ② なし

（2）上記でありだった場合

直近の実施日 _____

評価機関名称 _____

結果の開示 ① あり ② なし

2 1, 協議事項

この説明書（契約書）に定められていない事項については、介護保険法、その他諸法令の定めるところに従い、ご利用者と誠意をもって協議するものとします。

附 則

この規程は、令和 年 月 日から適用とする。

改正

個人情報に関する同意書

社会福祉法人桜寿会ショートステイふくろうの杜の職員が、サービス提供上で知り得た利用者及び家族に関する情報をサービス担当者会議や医療機関への対応等において用いる事に同意します。

社会福祉法人 桜寿会
ショートステイ ふくろうの杜
施設長 櫻井 立也 殿

令和 年 月 日

契約者 住所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 ()

家 族 住所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 ()

家 族 住所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 ()

家 族 住所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 ()

契約の締結及び同意書

短期入所生活介護（予防）の利用にあたり、重要事項説明書を了承し下記の事項に同意し契約いたします。

1. 事業所からサービス内容について重要事項の説明を受けました。
2. 短期入所生活介護（予防）の内容を承諾し契約を結びます。

契約締結日 令和 年 月 日

契 約 者（利用者）

住 所

氏 名

印

代 筆 者 住 所

氏 名

印

契約者との関係（ ）

同 意 者 住 所

氏 名

印

契約者との関係（ ）

事 業 所

住 所 栃 木 県 宇 都 宮 市 逆 面 町 3 8 5 - 1

名 称 社 会 福 祉 法 人 桜 寿 会

ショートステイ ふくろの杜

代表者 施 設 長 櫻 井 立 也 印

説 明 者

所 属

氏 名

印

ご利用料金変更に関する同意書

私は、令和 年 月 日からのご利用料金変更について説明を受け、指定介護予防・短期入所生活介護事業の利用継続に同意します。

社会福祉法人 桜寿会
ショートステイ ふくろうの杜
施設長 櫻井 立也 殿

令和 年 月 日

契約者 住所 _____
(利用者) 氏名 _____ 印

代筆者 住所 _____
氏名 _____ 印
契約者との関係 ()

家族 住所 _____
(代表) 氏名 _____ 印
契約者との関係 ()

同 意 書

送迎時間がほぼ同じ、ルートも変えることなく同一方向である際にかぎり複数乗車の送迎が行われることに対して、

他利用者様と同乗することに同意いたします。

令和 年 月 日

ショートステイ利用者様本人 _____ 印

ショートステイ利用者様家族 _____ 印

社 会 福 祉 法 人 桜 寿 会
特別養護老人ホーム ふくろうの杜
施 設 長 櫻 井 立 也