

# ショートステイウエルケア重信

## 利用契約書

「利用者」\_\_\_\_\_とショートステイウエルケア重信（以下「事業者」という。）は、利用者が当事業所において、事業者から提供される指定短期入所生活介護サービスを受け、それに対する利用料金を支払うことについて、事業者から別紙重要事項説明書、重要事項説明書付属文書に基づいて重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービス（短期入所生活介護・短期入所生活介護予防）の提供開始、及びサービス担当者会議等における個人情報の使用に同意し、契約を締結します。

### （契約期間）

本契約の有効期間は、サービス利用開始年月日から利用者の要介護（支援）認定の有効期間満了日までとします。但し、契約期間満了の 2 日前までに利用者又は家族代表から文書または口頭による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

### （連帯保証人）

連帯保証人は、本契約に基づくご利用者の事業所に対する一切の責務について、ご利用者と連帯して、その履行の責任を負います。なお、連帯保証人の責任は、極度額 100 万円を限度とします。

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者 住 所 愛媛県東温市北野田 533 番 1  
事業者名 ショートステイウエルケア重信  
代表者氏名 社会福祉法人 喜久寿  
理事長 菊池 慶治 印

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_

# ショートステイウェルケア重信

## 重要事項説明書

**当事業所は介護保険の指定を受けています。**  
**(愛媛県指定 第 3873300192 号)**

当事業所は利用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、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ☆短期入所生活介護とは

要介護状態等になった場合においても、可能な限り居宅において、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、一時的に介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などを利用して入浴・排泄・食事等の介護の日常生活の世話や機能訓練を受けます。対象者は心身の状況や、家族の病気・冠婚葬祭・出張等のため、家庭での介護が困難になった場合または家族の身体的・精神的な負担の軽減を図るために一時的にお年寄りをお預りいたします。

○①入浴・食事の提供（これらに伴う介護を含む）、②生活などに関する相談・助言、③健康状態の確認その他必要な日常生活上の世話、④機能訓練を行います。

◇◆目次◆◇	
1. 事業者 .....	3
2. 事業所の概要 .....	3
3. 職員の配置状況 .....	4
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金 .....	4
5. 個人情報の利用目的について .....	7
6. 事故発生・緊急時の対応 .....	8
7. 非常災害対策 .....	8
8. 苦情の受付について .....	8

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 喜久寿
- (2) 法人所在地 愛媛県東温市北野田 533 番 1
- (3) 電話番号 089-955-0310
- (4) 代表者氏名 理事長 菊池 慶治
- (5) 設立認可年月日 平成 2 年 12 月 21 日

## 2. 事業所の概要

- (1) 種類 指定短期入所生活介護事業所・平成 12 年 3 月 17 日指定  
愛媛県 3 8 7 3 3 0 0 1 9 2 号  
※ 当事業所は重信（特別養護老人ホーム）に併設されています。
- (2) 目的 事業所は、要介護状態等になった場合においても、その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上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- (3) 名称 ショートステイウェルケア重信
- (4) 所在地 愛媛県東温市北野田 533 番 1
- (5) 電話番号 089-955-0310
- (6) 施設長（管理者）氏名 上野 潤
- (7) 運営方針
  - ①事業所は、利用者の意志及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者との信頼関係を基礎とした人間関係の確立を図り、利用者の主体性の尊重とその家族との交流を目指すものとする。
  - ②事業所は、地域との結びつきを重視するとともに、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。
- (8) 開設年月日 平成 8 年 4 月 1 日
- (9) 利用定員 20 人
- (10) 通常の送迎の実施地域 東温市

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	配置実人数	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	6名以上	6名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	1名	1名
5. 医師	嘱託医	
6. 栄養士	1名	1名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1.生活相談員	利用者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。 8:30～ 17:30
2.介護職員	利用者の日常生活上の介護並びに健康保持の為の相談・助言等を行います。 早出 日勤 遅出 夜勤の交代制による。
3.看護職員	主に利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。 8:30～ 17:30

### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- |  |
|--|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合 |
|--|

があります。

#### (1) 介護保険の給付となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常7割～9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

#### ①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上は行います。
- ・寝たきりでも特殊浴槽を使用してゆっくり入浴していただけます。

#### ②排泄

- ・排泄の自立を促すように、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ③送迎サービス

- ・利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

#### ④その他の支援

- ・ユニットケアの導入により、個々の生活リズムに応じた生活が送れるよう配慮しています。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

#### <サービス利用料金>

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
基本サービス費	451円	561円	603円	672円	745円	815円	884円	
各種加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）						22円	
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）						18円	
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）						6円	
	夜勤職員配置加算（Ⅰ）						13円	
	夜勤職員配置加算（Ⅲ）						15円	
	看護体制加算（Ⅰ）						4円	
	看護体制加算（Ⅱ）						8円	
	看護体制加算（Ⅲ）イ						12円	
	看護体制加算（Ⅳ）イ						23円	
	在宅中重度者受入加算Ⅲ						413円	
	送迎加算（片道）						184円	
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）						介護保険自己負担分に対して14.0%を乗じた額	

※上記の金額は介護保険1割負担の方の場合です。

※介護保険2割負担及び3割負担の方は、それぞれ自己負担が2倍、3倍になります。

※連続しての利用が30日を超えた場合は、1日につき30円を減額します。

☆利用者がまだ要介護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いったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、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。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

### <サービスの概要と利用料金>

#### ① 滞在費

利用料金：従来型個室 1,231円/日  
多床室 915円/日

#### ② 食事

利用者に提供する食事の費用です。

利用料金：1,445円/日(朝食：425円 昼食：500円 夕食：520円)

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・食事時間も幅を持たせており、ご希望の時間に食べていただける工夫をしています。
- ・利用者の自立支援のため離床して食事をしていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食： 7:30～10:00

昼食： 11:30～14:00

夕食： 17:00～

#### ③理容・美容

出張サービスをご利用いただけます。月2回、前日までの予約が必要です。

#### ④レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

#### ⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

- ・電気代（TV・冷蔵庫等使用） 1日50円
- ・おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありませんが、当施設で使用しているオムツ以外については自己負担となります。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

## (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金は月末に集計し、翌月10日頃にご請求いたします。

毎月20日に預金口座振替でご本人またはご家族の指定する金融機関の口座から自動引き落としされます。

\*契約後最初のご請求など直接お支払いいただくこともあります。

例外として、預金口座振替をされない人や請求ミスの場合は、従来どおり現金での集金となります。

#### (4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定期間の前に、利用者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出て下さい。
- 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。
- 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、既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。

### 5. 個人情報の利用目的について

事業所は、以下の目的以外には、個人情報を利用いたしません。

[利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的]

#### 1. 施設内部での利用目的

- ① 施設が利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの利用に係る施設の管理運営業務のうち次のもの
  - ・入退所等の管理
  - ・会計、経理
  - ・介護事故、緊急時等の報告
  - ・当該利用者の介護サービスの向上

#### 2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

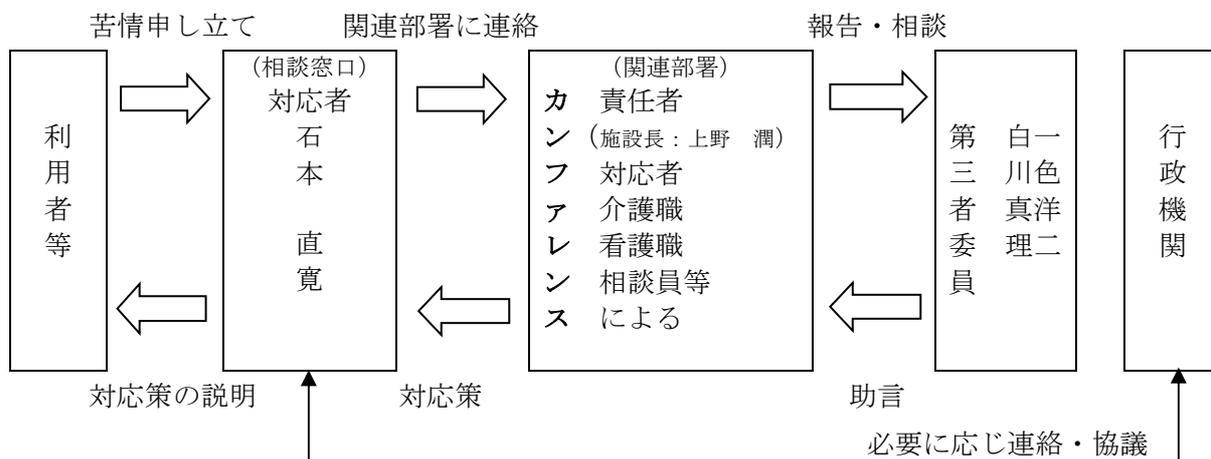
- ① 施設が利用者等に提供する介護サービスのうち次のもの
  - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス）、照会への回答
  - ・その他の業務委託
  - ・利用者の診療に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
  - ・家族等への心身の状況説明
- ② 介護保険事務のうち次のもの
  - ・保険事務の委託（一部委託含む）
  - ・審査支払い機関へのレセプトの提出
  - ・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出



○苦情を受け付けてからの手順

苦情申し立てがあった場合、担当職員が面談等で苦情内容をヒアリングし、所定の用紙に記録する。それをもとに関連部署にてカンファレンスを実施し、対応を検討し、申し出者に説明し、納得を得る。

〈苦情受付相談の流れ〉



(2) 行政機関その他苦情受付機関

東温市役所 市民福祉部 長寿介護課	所在地 東温市見奈良530番地1 電話番号 089-964-4408 受付時間 8時30分～17時
国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 松山市高岡町101番地1 電話番号 089-968-8800 受付時間 8時30分～17時
愛媛県庁 保健福祉部 生きがい推進局 長寿介護課	所在地 松山市一番町4-4-2 電話番号 (代表) 089-941-2111 受付時間 8時30分～17時
被保険者の市町村役場担当課	介護保健証記載の連絡先

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

ショートステイウエルケア重信 施設長 上野 潤

説明者職名 生活相談員 \_\_\_\_\_

氏 名 石本 直寛 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<連帯保証人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。