中郷記念館ショートステイ多床室型重要事項説明書

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0438-97-2720（午前8時30分～午後17時30分まで）

担当 生活相談員 市川 英明

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 中郷記念館ショートステイ多床室型の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称 中郷記念館ショートステイ多床室型

所在地 木更津市井尻951

介護保険事業所番号 短期入所生活介護（1271101550号）

管理者 山田 博樹

(2) 職員体制

管理者 1名（常勤1名・本体施設と兼務）

医師 1名（嘱託1名・本体施設と兼務）

事務職 1名以上（常勤換算1名以上・本体施設と兼務）

生活相談員 1名以上（常勤換算1名以上・本体施設と兼務）

管理栄養士 1名（常勤1名・本体施設と兼務）

機能訓練指導員 1名（常勤1名・本体施設と兼務）

介護員 3名以上（常勤換算3名以上・本体施設と兼務）

看護員 1名以上（常勤換算1名以上・本体施設と兼務）

利用者に対応する介護職員と看護職員の合計常勤換算配置数の比3対1以上

(3) 同施設の設備の概要

定員：特養 個室54名、多床室50名・短期入所 多床室9名

小規模生活単位型は個室 多床室は3人部屋
利用者1人当たりの最小面積：多床室12.11㎡
食堂と機能訓練室の合計面積：多床室72.32㎡
静養室：1室（本体施設と兼備）
医務室：1室（本体施設と兼備）
浴室：特別浴室（座位式及び臥床式）、一般浴室
談話室

3. サービス内容

① 施設サービス計画の立案

4日以上の利用の場合、利用者1人1人のニーズに応じた短期入所生活介護計画書を作成します。

② 食事提供

衛生的かつ安全で季節感のある献立を提供します。また、身体機能や病状に対応し食事形態の提供を行います。

③ 入浴提供

個々の機能に応じた入浴方法を提供します。また、入浴できない利用者には、清拭を行い清潔維持に努めます。

④ 排泄介護

排尿・排泄のサイクルを把握し、可能な限り自己排泄を推進します。

⑤ 機能訓練

日常生活上のリハビリとして、できるところはなるべくご自分でいただきます。

⑥ 生活相談援助

プライバシーへの配慮と利用者の自主性を重んじつつ生活相談にあたります。

⑦ 健康管理

看護師等の職員の健康観察をもって体調変化の早期発見に努めます。

⑧ 所持品保管

紛失を防ぎ、適正に管理を行います。

⑨ レクリエーション

楽しい施設生活をお送りいただくために、様々な行事やレクリエーション活動を行います。

4. 利用料金

(1) 基本料金

① 施設利用料

介護度	自己負担(単位)	6 1 日目以降 (自己負担単位)
要介護 1	6 0 3 単位	5 7 3 単位
要介護 2	6 7 2 単位	6 4 2 単位
要介護 3	7 4 5 単位	7 1 5 単位
要介護 4	8 1 5 単位	7 8 5 単位
要介護 5	8 8 4 単位	8 5 4 単位

利用者負担は、介護保険負担割合証に応じて2割、3割負担の場合もあります。

- ②機能訓練体制加算 1 2 単位
- ③サービス提供体制強化加算Ⅲ 6 単位
- ④看護体制加算Ⅱ 8 単位
- ⑤夜勤職員配置加算Ⅰ 1 3 単位
- ⑥生産性向上推進体制加算Ⅱ (1 月あたり) 1 0 単位

⑦介護職員処遇改善加算Ⅰ 所定単位数の1 4 0 / 1 0 0 0 加算 (総単位数に掛けます)

* 1 単位当たり10.33円

※介護保険負担限度額認定証の提出をお願い致します。

⑧食費 1 日あたり1, 4 4 5 円 (入退所日も1 日単位で頂きます。)

⑨滞在費 9 1 5 円

その他の加算 (必要に応じて加算)

⑩送迎費 片道1 8 4 単位 (通常の実施区域は木更津市及び袖ヶ浦市です)

⑪認知症行動・心理症状緊急対応加算 1 日あたり 2 0 0 単位

⑫若年性認知症利用者受入れ加算 1 日あたり 1 2 0 単位

⑬緊急短期入所受入加算 9 0 単位(7 日間または、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日を限度))

⑭日用品費 実費

⑮その他 特別な食事 (出前等)、行事参加費等は別途料金がかかります。

⑯緊急時自費送迎 (保険対象外：木更津市及び袖ヶ浦市に限る) 片道2, 1 0 0 円

・退院後の入所及び施設間の送迎 (但し、介護者が退院手続きを行い、時間の調整が出来る場合のみ)

・緊急時の病院受診送迎 (介護者が病院で待機している場合)

(2) キャンセル料

キャンセル料金は一切かかりません。

(3) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

※ 以下の場合に、利用途中でも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
- ・ 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

(4) 支払方法

毎月月締めにて、翌月初旬に請求書をお送りいたします。20日に郵便口座より引き落としとなりますので前日までに口座にご入金下さい。引き落とし確認後、領収証を発行します。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、介護支援専門員とご相談ください。ご利用期間決定後、契約を締結いたします。(初回のみ) 尚、ご利用の予約は2ヶ月前の21日からできます。

(2) サービス利用契約の終了

① お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けているお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合

③ その他

- ・ お客様が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合お客様やご家族などが当施設や

当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、30日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6. サービス利用のために

施設利用に当たりご留意いただく事項

(面会) ご家族の御面会は自由です。お時間は原則として8時30分から17時30分迄ですが、時間外になる場合は、予めご連絡くだされば対応いたします。また、風邪などが流行している時期については、御面会を制限させていただくこともありますのでご了承ください。

(外出) 外出については事前に担当までご相談ください。

(飲酒、喫煙) 施設での飲酒・喫煙は可能です。但し、安全面を考慮してお酒やたばこ・ライター等は、職員が管理いたします。

(器具の使用) 施設内の設備及び器具については、自由にご利用になれますが、安全面を考慮して職員が立ち会うこともあります。

(金銭等管理) 金銭については、紛失等の事故を防止するために、お持ちいただかないようお願い致します。必要な時は、施設立替にて退所時精算させていただきます。

(宗教活動) 施設内で宗教活動や政治活動をされることは、ご遠慮いただきます。

(その他) その他、ご不満、ご不明に感じられた点については職員にご相談ください。

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、【契約書別紙】に定めるかかりつけの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。

8. 非常災害対策

・防災時の対応 利用者の安全を第1に職員が避難誘導いたします。

・防災設備及び訓練 スプリンクラー、消火器、屋内消火栓等機器の定期的な維持管理と使用方法の訓練並びに定期的な避難誘導訓練を行います。 ・防火管理者 山田 博樹

9. サービス内容に関する相談・苦情

①当施設は、その提供したサービスに関するご利用者等からの苦情等を受付ける窓口及びその解決責任者を次のとおり設置し、苦情等に適切に対応するものとします。

苦情受付担当者 生活相談員 : 市川 英明 0438-97-2720

苦情解決責任者 施設長 : 山田 博樹 0438-97-2721

また、第三者委員も直接苦情を受ける事ができます。第三者委員の氏名、連絡先は各事業所毎に別途館内掲示しております。

②当施設以外に、次の行政機関等に対しても相談・苦情等を申し立てることができます。

木更津市役所福祉部介護保険課	0 4 3 8 - 2 3 - 7 1 6 2
千葉県運営適正化委員会	0 4 3 - 2 4 6 - 0 2 9 4
千葉県国民健康保険団体連合会	0 4 3 - 2 5 4 - 7 4 2 6

10. 当社の概要

名称	社会福祉法人かずさ萬燈会
代表者	理事長 渡邊 元貴
本部所在地	木更津市井尻951

定款の目的に定めた事業

(1) 第一種社会福祉事業

(イ) 特別養護老人ホームの経営

(ロ) 軽費老人ホーム(ケアハウス)の経営

(ハ) 障害者支援施設の経営

(2) 第二種社会福祉事業

(イ) 老人デイサービスセンターの経営

(ロ) 老人短期入所施設の経営

(ハ) 老人居宅介護等事業の経営

(ニ) 障害福祉サービス事業の経営

(代理人) 住 所

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

なお、以下連帯保証人は上記契約条項に則り、本人及び代理人とともに本契約の債務履行に関して極度額1,280,000円の範囲内で連帯保証する。

(連帯保証人) 住 所

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)