

+

## 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

(令和3年8月1日現在)

### 1 高齢者介護施設「ら・じよわ」の相談窓口

電 話 0573-68-8294 (午前9時～午後6時まで)

担 当 岩井 弥那 (生活相談員)

※ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

### 2 高齢者福祉施設「ら・じよわ」の概要

#### (1) 提供できるサービスの種類

事業者番号	2171500370
事業所名	高齢者介護施設 ら・じよわ
所在地	中津川市茄子川1683-246

#### (2) 職員体制

	資 格	常勤	非常勤	業務内容	計
医師	医師		1名		1名
生活相談員	介護福祉士	1名			1名
機能訓練指導員	柔道整復		1名		1名
看護師・准看護師		1名	1名		2名
介護職員	介護福祉士	3名			3名
	ヘルパー養成講習修了者	4名	1名		5名
	その他	4名	4名		8名
栄養士			1名		1名

### (3) 設備の概要

定員	41名	食堂	1	
居室	3人部屋	7室 (1室 32.10 m <sup>2</sup> )	医務室	1
	2人部屋	8室 (1室 26.92 m <sup>2</sup> )	談話室 (面談室)	1
	個室	4室 (1室 19.32 m <sup>2</sup> )		
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります			

### 3 提供するサービス内容

- ① 食事
- ② 入浴
- ③ 介護
- ④ 機能訓練
- ⑤ 生活相談
- ⑥ 健康管理
- ⑦ 趣味活動 等

### 4 利用料金

#### (1) 基本料金

① 利用料につきましては、別表をご覧ください。

② 食費 (おやつ、飲み物含む)

1日あたり ￥1,950

#### (2) その他の料金

送迎代 (片道) ￥1,840 (自己負担額 ￥184)

その他

※上記の他趣味活動の費用、買物サービスの費用等は自己負担となります。

### 5 利用期間中の中止

利用期間中にサービスの利用を中止して退所する場合、退所日までの日数を基に料金を計算します。

※ 以下の場合には、利用期間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、短期入所生活介護の継続が困難になったとき
- ・ 他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

※体調不良時の受診はご家族にてお願いします。

※事業者は施設で感染症若しくは食中毒が発生したとき、又はそのおそれが疑われる状況が生じたときは、被害を最小限にするために、サービスを中止する場合があります。

## 6 事故発生時の対応について

- ・事業者は、短期入所生活介護のサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の後見人、及び利用者の家族に連絡を行うとともに、利用者に対して応急措置、医療機関への搬送等必要な措置を講じます。
- ・発生した事故は記録に残し内容によっては基準に基づき、保険者、居宅介護支援事業所への報告を行います。
- ・また、賠償すべき事故が発生した場合に備え、損害保険に加入し速やかにその対応を行います。但し、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

## 7 緊急時等における対応方法

- ・サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、契約時に記入いただく「緊急時の連絡先」に記載のある利用者の主治医、緊急時連絡先、介護支援専門員等へ連絡をします。

## 8 損害賠償責任

事業者は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。  
例えば次のような場合です。

- ・利用者が、契約締結時にその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
- ・利用者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・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
- ・利用者の急激な体調の変化等、事業者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発生した場合
- ・利用者が、事業者もしくは介護サービスに反して行った行為に起因して損害が発生した場合
- ・事業者もしくはサービス従事者その他関係者のサービス提供に従わないことに起因して損害が生じた場合
- ・契約書及び管理諸規定に反したことに起因して損害が生じた場合  
(具体的には、事業者もしくはサービス従事者その他関係者が適切な介護サービスを行っていただにもかかわらず、自らの行動に起因して転倒、外傷、その他の損害が発生した場合)

## 9 事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能

事業者は契約の有効期間中、地震・噴火・台風等の天災、天候（雪）、その他、自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負わないものとします。

この場合に、事業者は利用者に対して既に実施したサービスについては所定のサービス利用料金の支払を請求できるものとします。

## 10 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況

なし	あり	実施した年月日		
		当該結果の開示状況	なし	あり

第三者による評価の実施状況

なし	あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	なし	あり

## 1.1 協力義務

事業者が短期入所生活介護サービスを提供するにあたり、利用者は可能な限り事業者に協力するものとします。

## 1.2 支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、末日までに銀行振込・現金・口座自動引き落とし、いずれかの方法でお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

## 1.3 サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 利用当日午前9時30分（送迎車の出発前）までに休みの連絡を頂けなかった場合はキャンセル料として1000円（食事代含む）をご負担いただきます。
- ・ 利用者都合で送迎に再度伺った場合は送迎代として500円をご負担いただきます。

## 1.4 サービスの利用開始

- ・ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。
- ・ ご利用期間決定の後、契約を結びます。
- ・ ご利用の予約は2ヶ月前からです。

## 1.5 当施設のサービスの特長等

### (1) 運営の方針

将来に明るい希望と喜びが抱けるように、人々を励まし、愛情と慈しみをもって高齢者福祉事業に取り組んでいきます。

### (2) サービスの利用のために

事 項	有無	備 考
土曜・日曜・祝日の実施の有無	有	
男性介護職員の有無	有	
従業員への研修の実施	有	年2回（外部研修1回・内部研修1回）
サービスマニュアルの作成の有無	無	
身体的拘束の有無	無	
変更・追加の申し込み方法	有	生活相談員が対応

### (3) 施設ご利用に当たって留意点

面会時間	午前9：00から午後6：00
金銭、貴重品の管理	事務所で預かりします。
外出、外泊	事前に届け出て下さい。
喫煙	全館禁煙です。
設備、器具の利用	施設へご相談下さい。

所持品の持ち込み	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などが生じた場合、賠償していただくことがあります。 持ち物表に記載して下さい。 ※持ち物表に予め記載されていない持ち込みについては施設へお問い合わせ下さい。
施設外での受診 送迎時間	ご家族での対応となります。 当日の利用状況、道路事情により、予定より多少前後する場合があります。送迎サービスを利用する際は、職員がお迎えに伺うまで、ご自宅でお待ち下さい。職員到着以前の外出に起因する事故に関しては、当事業所で責任を負いかねますのでご了承下さい。
宗教活動 その他	施設内ではご遠慮願います。

## 1.6 非常災害対策

防災時の対応	
防災設備	
防災訓練	年2回 実施

## 1.7 サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当施設 お客様相談・苦情担当  
担当 岩井 弥那 電話 0573-68-8294
- (2) その他  
当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

## 1.8 当社の概要

名称・法人種別	Care Bank 株式会社	
代表者役職・氏名	代表取締役 川野 真嗣	
本部所在地・電話番号	中津川市 茄子川 1683-246 (0573) 68-8294	
事業所所在地・電話番号	中津川市 茄子川 1683-246 (0573) 68-8294	
定款の目的に定めた事業	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 介護保険法に基づく居宅サービス事業</li> <li>2 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業</li> <li>3 介護保険法に基づく居宅介護支援事業</li> <li>4 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業</li> <li>5 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業</li> <li>6 介護保険法に基づく介護予防支援事業</li> <li>7 その他これに付随する事業</li> </ol>	
施設・拠点等	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 通所介護・介護予防通所介護</li> <li>2 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護</li> <li>3 居宅介護支援センター</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2カ所</li> <li>1カ所</li> <li>1カ所</li> </ol>

## 1.9 その他

利用者およびその代理人から処遇記録の複写物の交付を求められた場合は、これを交付します。但し、実費1,000円を申し受けます。

令和 年 月 日

本事項説明者

---

印

本事項説明者より重要事項の説明書の交付を受け、以上の重要事項について説明を受けました。

利用者氏名（その家族）

---

印

## 緊急時の連絡先

利用者様 氏名 \_\_\_\_\_ 様

主治医	病院と主治医	
	電話番号	
ご家族	①氏 名 (本人との関係)	
	電話番号	
	②氏 名 (本人との関係)	
	電話番号	

－ お支払方法 － 下記よりお選びください

- ① 口座自動引落      ご指定の口座から、毎月28日に自動引落いたします。
- ② 銀行振込          大垣共立銀行のら・じよわの口座に、お振込ください。
- ③ 現金                請求書到着後、ら・じよわ受付にて現金でお支払ください。

－ 請求書送付先 － 利用者様と別の住所・氏名への送付を希望される方のみ

利用者氏名		
請求書送付先	氏名	
	住所	〒