

「指定居宅サービス」重要事項説明書

～短期入所生活介護＋通所介護＋訪問介護～

当事業者は介護保険の指定を受けています。
短期入所生活介護（兵庫県指定 第2871600173号）
通所介護（兵庫県指定 第2871600249号）
訪問介護（兵庫県指定 第2871600223号）

当事業所はご契約者に対して短期入所生活介護サービス及び通所介護サービス、訪問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、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
- (2) 法人所在地（〒430-0946）静岡県浜松市中区元城町218-26 聖隷ビル
契約書に記名捺印します事業者の住所は、法人の登記上の住所です。
上記法人所在地と異なりますので、ご注意下さい。
- (3) 電話番号 053-413-3300
- (4) FAX番号 053-413-3314
- (5) 代表者氏名 理事長 山本 敏博
- (6) 設立年月日 昭和27年5月17日
- (7) インターネットアドレス番号 <http://www.seirei.or.jp/hq/>

2. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 一部鉄骨 2階建
- (2) 建物の延べ床面積 3,629.10㎡
- (3) 施設の周辺環境 周りを緑の山に囲まれた静かな環境にあります。

事業所の説明

- (1) 施設の種類 指定短期入所生活介護事業所（特別養護老人ホーム淡路栄光園）
平成12年4月1日指定 兵庫県 第2871600173号
指定通所介護事業所（デイサービスセンター淡路）
平成12年4月1日指定 兵庫県 第2871600249号
指定訪問介護事業所（ヘルパーステーション淡路）
平成12年4月1日指定 兵庫県 第2871600223号
※ 当事業所は特別養護老人ホーム淡路栄光園に併設されています。

- (2) 施設の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービス及び通所介護サービス、訪問介護サービスを提供します。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 淡路栄光園

- (4) 施設の所在地 兵庫県淡路市岩屋3373番地
交通機関 岩屋ポートよりタクシー（5キロメートル）

- (5) 電話番号 0799-72-2938
FAX番号 0799-72-2986

- (6) 施設長（管理者） 氏名 電話番号
・短期入所生活介護 施設長 宮崎 弘光 0799-72-2938
・通所介護 施設長 宮崎 弘光 0799-72-4020
・訪問介護 施設長 宮崎 弘光 0799-72-4139

- (7) 当施設の運営方針 当施設は、ご契約者の意思及び人格を尊重し、ご契約者の立場に立って、指定介護福祉施設サービス及び指定居宅サービスの提供に努めます。

当施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを尊重した運営を行い、関係する各団体・事業所との密接な連携に努めます。

- (8) 開設（サービス開始）年月
・短期入所生活介護 平成11年 4月1日
・通所介護 平成11年 4月1日
・訪問介護 平成11年12月1日

- (9) 事業所が行っている他の事業
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
・介護老人福祉施設（淡路栄光園）
・居宅介護支援事業（在宅介護支援センター淡路）

- (10) 通常の事業の実施地域 淡路市

(11) 営業日及び営業時間

	短期入所生活介護	通所介護	訪問介護
営業日	年中無休	月曜日～土曜日 (12/31～1/3を除く)	月曜日～日曜日 (12/29～1/3を除く)
受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00	月曜日～土曜日 8:30～17:00	月曜日～金曜日 8:30～17:00
サービス提供時間帯		月～土(含:祝日) 9:30～15:45	月～日(含:祝日) 7:30～18:30

通所介護・訪問介護については年末年始はお休みを頂いています。

(12) 利用定員

- ・短期入所生活介護 10人
- ・通所介護 30人

※上記利用定員には、介護予防短期入所生活介護・介護予防通所介護の定員を含みます。

(13) 居室等の概要(短期入所生活介護)

短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則として4人または2人部屋となります。ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により変更になる場合もあります。

(居室数には介護老人福祉施設を含みます)

居室・設備の種類	室数	ベッド数	備考
個室(1人部屋)	14室	14	各室トイレ付き、17.38㎡
2人部屋	4室	8	一人当たり面積 13.53㎡
4人部屋	12室	48	一人当たり面積 13.17㎡
合計	30室	70	
食堂	2室	1,2階	各217.3㎡ 一人当たり6.2㎡
機能訓練室	1室	2階	平行棒1台、マット付きプラットフォーム1台
浴室	5室		一般浴室1,2階各2室、機械浴室1階・1室
医務室	1室	1階	
静養室	2室	1階・2室	1室当たり面積 21.85㎡

☆ 居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆ 居室に関する特記事項

全室空気調節設備を設置しています。また、各室すべてがベッド設置可能となっています。各ベッド脇には、専用のチェスト(物入れ)がありますので、利用の際、持ち込みの必要はありません。

個室には居室内にトイレがあります。2人部屋、及び4人部屋のトイレは1部屋に1か所の割合で居室外に用意しています。

トイレはすべて洋式便器です。

入居生活区画にはオゾン脱臭装置を設置し、快適な環境を保つよう工夫しています。

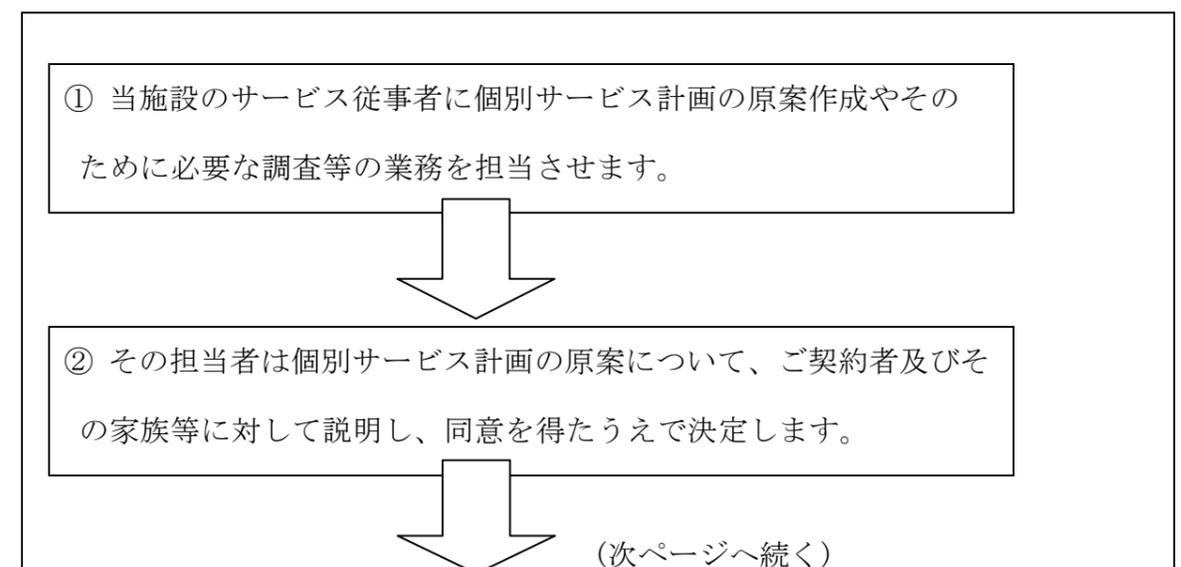
(14) 居室等の概要(通所介護)

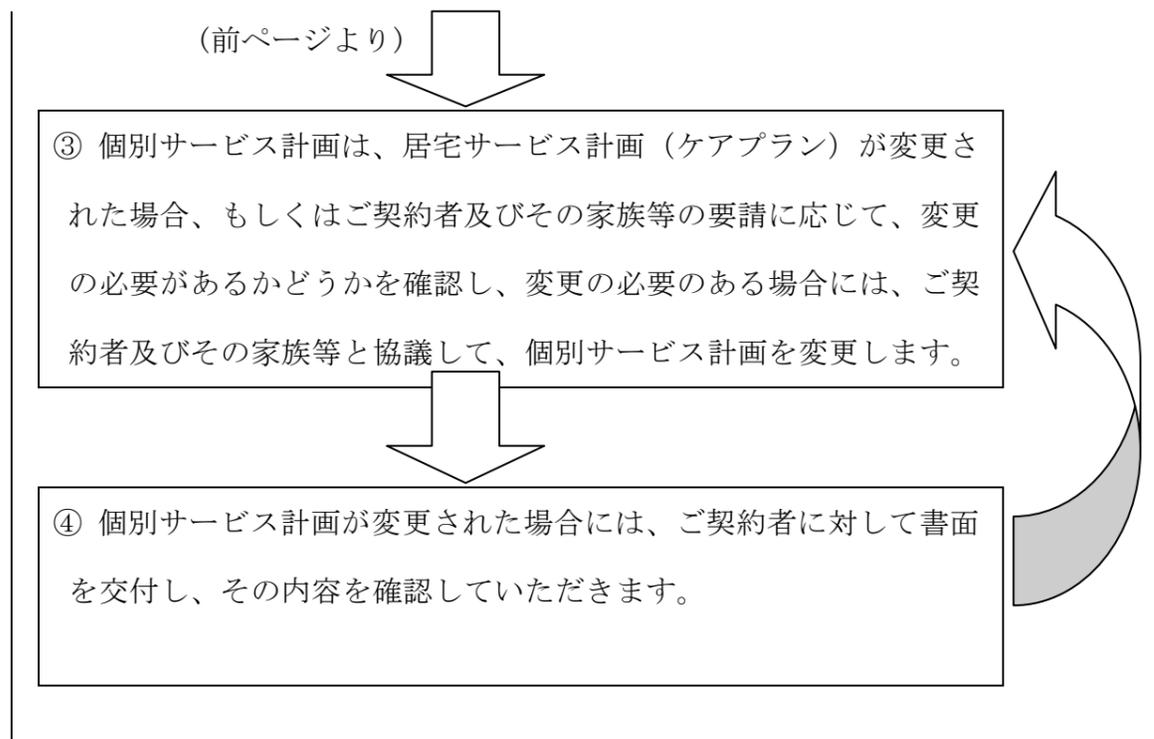
日常動作訓練室	(食堂を含む) 203.64㎡	一人当たり面積: 10.18㎡
浴室 (床暖房設備)	脱衣室: 29.70㎡	一般浴室: 22.79㎡ 機械浴室: 19.80㎡

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画(以下、「個別サービス計画」という。)に定めます。

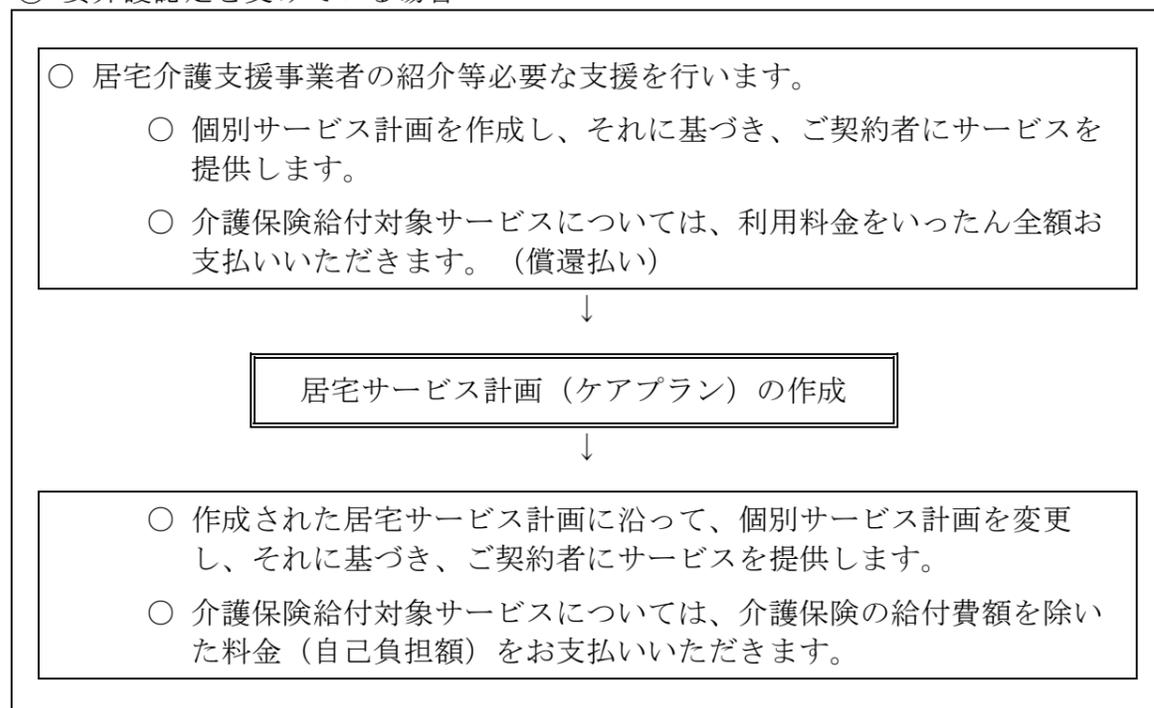
契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。(契約書第3条参照)



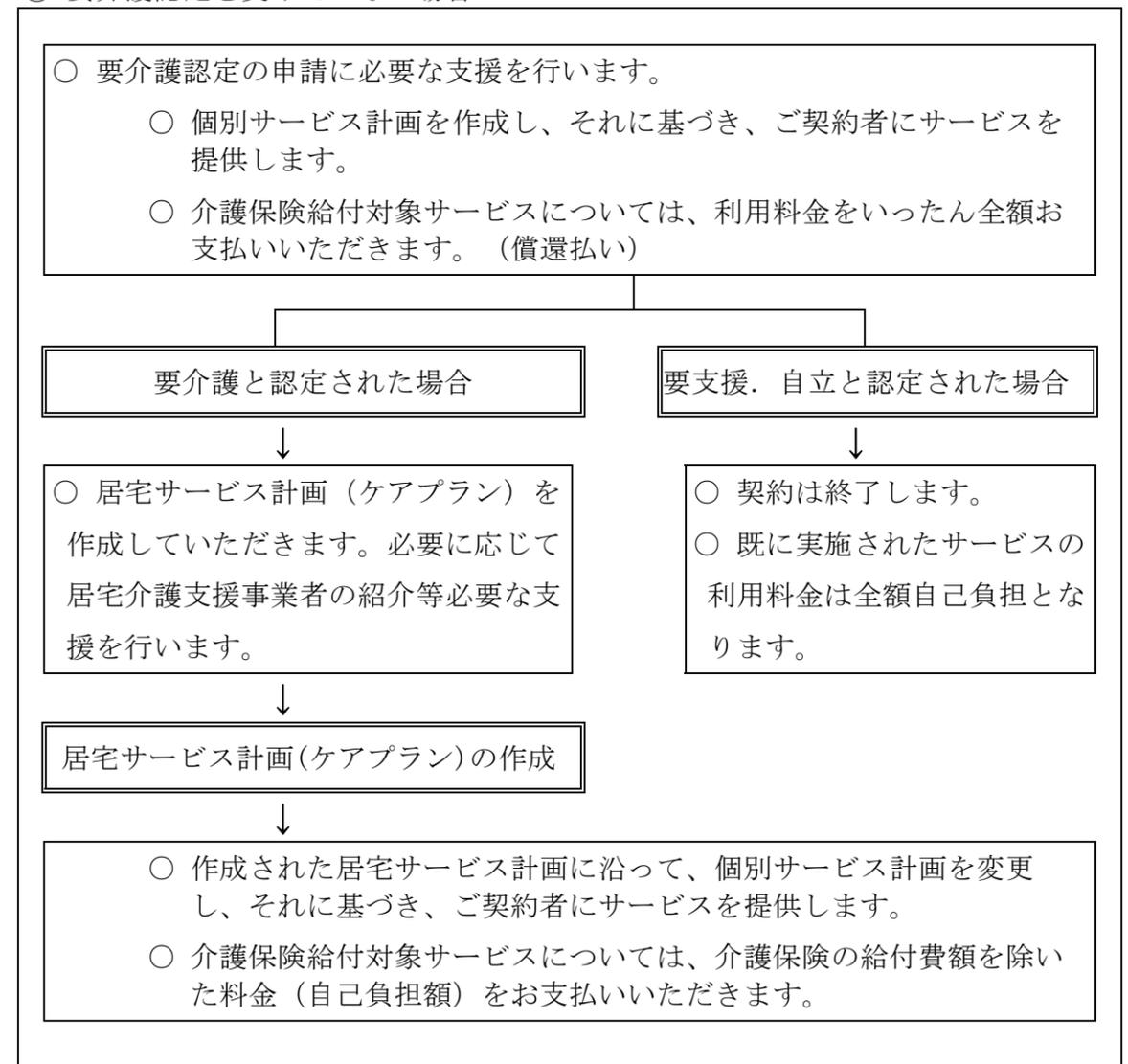


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次のとおりです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービス及び通所介護サービス、訪問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〉

○ 短期入所生活介護及び通所介護 (※：兼務)

職 種	短期入所生活介護			通所介護	
	配置人員	常勤換算	指定基準	配置人員	指定基準
1. 事業所長(管理者)	※ 1		1名	※ 1	1名
2. 生活相談員	※ 1		1名	1	1名
3. 介護職員	4	4	4名	4	4名
4. 看護職員	※ 1	※ 1	1名	※ 1	1名
5. 機能訓練指導員	※ 1		1名	※ 1	1名
6. 介護支援専門員					
7. 医師	※ 1		必要数		
8. 管理栄養士	※ 1		1名	※ 1	1名

※当園では、上記の配置人員以上の職員を配置しております。

○ 訪問介護

職 種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長 (管理者)	1			1名	
2. サービス提供責任者	1			※1名	
3. 訪問介護員	※当園では、指定基準以上の職員を配置しております。			2.5名	

※サービス提供責任者の人員基準は月間の延べサービス提供時間、訪問介護員等の合計人数により変動します。

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週37.5時間）で除した数です。

(例) 週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5名÷37.5時間＝1.06名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	短期入所生活介護	通所介護
1. 医師	毎週水曜日 13:30～15:30	
2. 生活相談員	勤務時間 8:30～17:00 (土・日曜日、祝日を除く)	勤務時間 8:30～17:00 (日曜日を除く)
3. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早 番 6:30～15:00 (2名) 早/公 6:00～9:45 (1名) 日 勤 8:30～17:00 (4名) 日/公 13:15～17:00 (1名) 遅 番 12:00～20:30 (2名) 準 夜 17:00～翌1:30 (1名) 夜 勤 16:45～翌9:00 (3名)	勤務時間 8:30～17:00 ☆原則として4名の介護職員が勤務します。
4. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤 8:30～17:00 (3名)	勤務時間 8:30～17:00 ☆1名の看護職員が勤務します。
5. 機能訓練指導員	勤務時間 8:30～17:00 (兼務1名)	勤務時間 8:30～17:00
6. 管理栄養士	勤務時間 8:30～17:00	勤務時間 8:30～17:00
☆土曜・日曜	上記と異なります。	日曜日は、お休みします。

※ 短期入所生活介護の職員勤務体制は、本体施設である介護老人福祉施設と一体的に行われます。上表はその一体的勤務体制を記載しています。

〈配置職員の職種〉

医 師	(短期入所生活介護) …ご契約者に対し必要に応じて健康管理及び療養上の指導を行います。
生活相談員	…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介 護 職 員	…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
看 護 職 員	…主にご契約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。

機能訓練指導員

…看護職員が、ご契約者の機能訓練の計画を理学療法士と共に立案し、指導・実施します。

管理栄養士

…ご契約者の栄養面の管理・指導を行います。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- 短期入所生活介護サービス
- 通所介護サービス
- 訪問介護サービス

また、それぞれのサービスについて

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

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

1) - 1 <サービスの概要（短期入所生活介護・通所介護）>

① 食事（但し、食材料費は別途いただきます）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

短期入所生活介護 朝食： 7:30～ 8:30
昼食：12:00～13:00
間食：15:00～15:30（おやつ）
夕食：18:00～19:00

通所介護 昼食：12:00～13:00
間食：15:00～15:30（おやつ）

② 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきり状態でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ・短期入所生活介護では、入浴又は清拭を週2回以上行います。

③ 排せつ

- ・排せつの自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・看護職員、介護職員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥ 定例行事および全員参加するレクリエーション

⑦ 送迎

- ・ご契約者の居宅と当事業所との間の送迎を行います。

⑧ その他自立への支援（短期入所生活介護）

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・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。

2) - 2 <サービスの概要（訪問介護）>

- 身体介護中心型・もっぱら下記①の身体介護を行います。
 - ・主として「生活介護」や「身の回り介護」を行うとともに、これに関して若干の家事援助を行います。
- 生活介護中心型・もっぱら下記②の家事援助を行います。
 - ・家事援助に伴い若干の「動作介護」を行います。

① 身体介護

- 入浴介助 … 入浴の介助または、入浴が困難な方は体を拭く(清拭)などします。
- 排せつ介助 … 排せつの介助、おむつ交換を行います。
- 食事介助 … 食事の介助を行います。
- 体位変換 … 体位の変換を行います。
- 通院介助 … 通院の介助を行います。

② 生活援助

- 調理 … ご契約者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません）
- 洗濯 … ご契約者の衣服等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません）
- 掃除 … ご契約者の居室の掃除を行います。
（ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません）
- 買物 … ご契約者の日常生活に必要となる物品の買物を行います。
（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません）

☆ ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。

☆ 上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて介護給付費体系により計算されます。

それぞれのサービスについて、その内容と平常の時間帯（午前8時から午後6時）での料金は12～16ページ記載のとおりです。

2) <サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第10条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

○ 短期入所生活介護（多床室 1日あたり）

ご契約者の要介護度	経過的要介護	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
1. サービス利用料	5,000円	6,890円	7,600円	8,300円	9,010円	9,710円
2. 介護保険から給付される金額	4,500円	6,201円	6,840円	7,470円	8,109円	8,739円
3. 自己負担額(1-2)	500円	689円	760円	830円	901円	971円

○ 基本料金に追加する介護保険加算分（加算条件が整ったときの1割自己負担額）

① 個別機能訓練加算・・・120円

自己負担12円（1日） 専ら機能訓練職務に従事する職員が1名以上配置している

② 管理栄養士（栄養士）配置加算・・・120円

自己負担12円（1日） 管理栄養士（栄養士）を1名以上配置している体制の場合に算定（栄養士配置の場合は1日10円）

③ 療養食加算・・・230円

自己負担23円（1日） 医師の判断の元療養食が必要な利用者に、管理栄養士（栄養士）が管理する食事が提供されたとき

④ 緊急短期入所ネットワーク加算・・・500円

自己負担50円（1日） 複数の事業所が協力・調整して緊急短期入所者を受け入れた場合に算定

⑤ 夜間看護体制加算・・・100円

自己負担10円（1日） 24時間の連絡体制の下に必要な健康管理を行う場合に算定

⑥ 在宅中重度者受入加算・・・4150円

自己負担415円（1日） 通常に短期入所利用者が利用している訪問看護事業所職員を、栄光園が受入れて、その利用者の健康管理を行わせた場合に算定（夜間看護体制加算を算定していない場合は4250円(自己負担425円)）

※ サービスの質の確保

- ① 感染症予防の徹底
- ② 介護事故に対する安全管理体制の強化
- ③ 身体拘束廃止に向けた取り組みの強化

上記について、別に基準やマニュアルを整備し安全管理体制を徹底します。

※ 保険者（市区町村）への申請により介護保険負担額の認定を受けている方は、所得に応じて下記のような利用負担の軽減措置があります。

＜滞在費の所得段階別負担限度額＞

	負担限度額			基準費用額 第4段階
	利用者負担 第1段階	利用者負担 第2段階	利用者負担 第3段階	
多床室	0円	320円	320円	320円

送迎加算（片道）ご利用の初日および最終日に、送迎サービスをご利用になられた場合は、それぞれ下記の料金が加算されます。

4. 送迎加算（片道）	1,840円
5. うち、介護保険から給付される金額	1,656円
6. 自己負担額（4-5）	184円

- ☆ ご契約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を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくこととなります（償還払い）。
- ☆ 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、ご契約者の負担額を変更いたします。
- ☆ ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。
- ☆ ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（18ページ参照）
- ☆ 通常の事業実施地域外（運営規程に定められた地域外）の送迎については、原則として家族送迎にてお願いします。

○ 通所介護（1日あたり）

ご契約者の要介護度	経過的 要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 要介護度別 サービス利用料	円 6,080	円 6,770	円 7,890	円 9,010	円 10,130	円 11,250
2. うち、介護保険か ら給付される金額	円 5,472	円 6,093	円 7,101	円 8,109	円 9,117	円 10,125
3. 自己負担額 (1-2)	円 608	円 677	円 789	円 901	円 1,013	円 1,125

○ 基本料金に追加する介護保険加算分（加算条件が整ったときの1割自己負担額）

- ① 入浴介助加算・・・500円
自己負担50円（1日） 一般浴と機械浴の区別なく1回の入浴ごとに算定
- ② 個別機能訓練加算・・・270円
自己負担27円（1日） 専ら機能訓練職務に従事する職員が個別機能訓練計画に基づき訓練を行っている場合に算定
- ③ 栄養マネジメント加算・・・1000円
自己負担100円（月2回まで） 必要な利用者に管理栄養士が中心に栄養ケア計画の作成・実施・評価を行ったときに原則3ヶ月をめぐりに算定
- ④ 口腔機能向上加算・・・1000円
自己負担100円（月2回まで） 必要な利用者に看護職員等が口腔機能改善計画の作成・実施・評価を行ったときに原則3ヶ月をめぐりに算定
- ⑤ 若年性認知症ケア加算・・・600円
自己負担60円（1日） 若年性認知症利用者に、高齢者とは区別したサービス単位を提供した場合に算定

- ☆ ご契約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を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくこととなります（償還払い）。
- ☆ 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、ご契約者の負担額を変更いたします。
- ☆ ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。
- ☆ ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（18ページ参照）

☆ 時間外の送迎ならびに利用に関しては、別途費用を負担していただきます。（18ページ参照）

○ 訪問介護

サービスに要する時間		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上	1時間以上 (30分増す毎に)
身体介護 中心型	1. サービス利用料金	2,310円	4,020円	5,840円	830円
	2. うち、介護保険から 給付される金額	2,079円	3,618円	5,256円	747円
	3. 自己負担額 (1-2)	231円	402円	584円	83円
生活介護 中心型	4. サービス利用料金		2,080円	2,910円	
	5. うち、介護保険から 給付される金額		1,872円	2,619円	
	6. 自己負担額 (4-5)		208円	291円	

注. 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合

サービス利用料金 1,000円

(うち、介護保険から給付される金額は900円で、自己負担は100円となります。)

○基本料金に追加する介護保険加算分(加算条件が整ったとき)

☆特定事業所加算(Ⅰ)

基本利用料金に20%加算 厚生労働大臣が定める、体制要件・人材要件・重度対応要件に適合した場合に算定

☆特定事業所加算(Ⅱ)

基本利用料金に10%加算 厚生労働大臣が定める、体制要件・人材要件に適合した場合に算定

☆特定事業所加算(Ⅲ)

基本利用料金に10%加算 厚生労働大臣が定める、体制要件・重度対応要件に適合した場合に算定

☆「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

☆ 平常の時間帯(午前8時から午後6時)以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の給付限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。

- ・夜間(午後6時から午後10時まで) : 25%
- ・早朝(午前6時から午前8時まで) : 25%
- ・深夜(午後10時から午前6時まで) : 50%

☆ 訪問介護養成研修3級過程(ヘルパー3級)修了者による身体介護サービスについては、表の利用料金の30%が割り引かれます。

☆ 2人の訪問介護職員が共同でサービスを行う必要がある場合は、ご契約者の同意のうえで、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。

- ・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護等の重介護サービスを行う場合
- ・暴力行為などが見られる方のサービスを行う場合
- ・その他利用者の状況等から、適当と認められる場合

☆ ご契約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を介護保険から払戻す手続きをとっていただくこととなります(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、ご契約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のあった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆ ご契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については、上表と異なることがあります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第10条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

○ 各サービス共通

① 介護保険給付の給付限度額を超えるサービス

介護保険給付の給付限度額を超えてサービスを利用される場合は、前記5(1)2)のサービス利用料金表(12~16ページ)に定められた「サービス利用料金」の全額(自己負担額ではありません。また加算分は含まれます。)が必要となります。

② 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。

コピー代: 1枚につき 10円

③ 支払証明書発行代

利用料領収書の紛失等により、利用料領収書の再発行が必要となった場合、領収書の再発行はできませんが、代わりに支払証明書を発行させていただきます。

発行手数料：1回あたり1,050円

○ 短期入所生活介護及び通所介護共通

① レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。（ご利用者全員が参加する定例行事や機能訓練の一環として行われるクラブ活動は除きます。）

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

② 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ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

③ 喫茶・居酒屋

ご契約者の希望により、当施設で開店する喫茶などをご利用いただけます。利用料金は実費をいただきます。

(通常の商品例)

コーヒー：100円 紅茶：100円 ココア：100円
和菓子：50円 洋菓子：50円
ビール：100円 お酒：100円 おでん：50円

上記以外のメニューもご希望により提供をさせていただきます。

④ 写真代

当施設での行事等を撮影した写真をお求めいただけます。

費用は、焼き増し実費（サイズにより異なります）を負担いただきます。

⑤ 書類送付代

ご契約者の希望により、複写物等を送付する場合の費用につきましては実費をご負担いただきます。

○ 短期入所生活介護

① ご契約者の食事の提供（所得に応じて軽減措置があります）

<食費の所得段階別負担限度額>

	負担限度額			基準費用額 第4段階
	利用者負担 第1段階	利用者負担 第2段階	利用者負担 第3段階	
食費	300円	390円	650円	1,380円

② 特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて、特別な食事を提供した場合は、要した費用の実費を負担していただきます。

③ 通常の事業実施区域への送迎

通常の事業実施区域は淡路市内になります。（市外は、原則として家族送迎にて）お願いします。

有料走路を使用した場合は、その実費(往復)を負担していただきます。

④ 日常生活品（実費相当額）

ご契約者の希望により、当施設の日常生活品をご使用いただけます。利用料金は実費をいただきます。

入浴消耗品代 10円/回 おしぼり 50円/日
カミソリ代 210円/月

⑤ コーヒー・紅茶代（実費相当額）

ご契約者の希望により提供する場合、費用を負担いただきます。

1杯 30円

○ 通所介護

① 食事の材料の提供（食材料費）

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：1日あたり 550円

② 通常の事業実施地域への送迎

通常の事業実施区域は淡路市内になります。

③ 所定の時間外の「ご利用」（実費相当額）

ご契約者のご家族等の都合等で、通所介護サービス提供時間前後の事業所内での「時間外利用」は、別途費用を負担していただきます。

- 「時間外利用」…30分以内1,500円、30分以上30分ごとに500円（時間外の送迎はご家族でお願いします。）

④ 日常生活品（実費相当額）

ご契約者の希望により、当施設の日常生活品をご使用いただけます。利用料金は実費をいただきます。

入浴消耗品代 10 円/回 おしぼり 30 円/日

⑤ おむつ代（実費相当額）

おむつ類は、ご契約者自身をご持参ください。事業所が用意した物を利用される場合には、実費相当額をご負担いただきます。

料金：尿取りパッド 1 枚につき 20 円

おむつ・はくパンツ 1 枚につき 100 円

⑥ コーヒー牛乳・牛乳代（実費相当額）

ご契約者の希望により、コーヒー牛乳または牛乳を提供しています。

料金：コーヒー牛乳・牛乳 1 杯 35 円

○ 訪問介護

① 通常の事業実施地域

通常の事業実施地域は淡路市内になります。

☆ 16 ページからの（2）の利用料金については、経済状況の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 1 か月前までにご説明します。

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第 10 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、

○ 1 か月ごとに計算しご請求しますので、翌月末日までにお支払い下さい。

○ 以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 下記指定口座への振り込み

淡路信用金庫 岩屋支店 普通預金 口座番号 0244690

淡陽信用組合 岩屋支店 普通預金 口座番号 0118014

岩屋郵便局 口座番号 00900-4-158472

※ 口座名義：社会福祉法人聖隷福祉事業団（シャカイフクシホウジン セルイフクジギョウダツン）

淡路栄光園 園長 宮崎 弘光（アツジエイコウエン エンチョウ ミヤザキ ヒロミツ）

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：淡路信用金庫（本店、各支店）

淡陽信用組合（本店、各支店）

郵便局

（4）利用の中止、変更、追加（契約書第 11 条参照）

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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、利用予定日の前々日までに事業者へ申し出て下さい。

○ 利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止を申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、このかぎりではありません。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日のサービス利用料金の 50%
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日のサービス利用料金の全額

○ 介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い介護保険給付額を含んだ金額の 50%もしくは全額となります。

○ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所及び訪問介護員の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時をご契約者に提示して協議します。

（5）サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

① 協力病院

病院の名称	聖隷淡路病院
所在地	兵庫県淡路市岩屋 26 番地
診療科	内科、外科、整形外科

② 協力歯科医療機関（短期入所生活介護に限る）

医療機関の名称	藤歯科医院
所在地	兵庫県淡路市岩屋 925-7
医療機関の名称	森野歯科診療所
所在地	兵庫県淡路市岩屋 982 大谷ビル 2F

歯科診療については毎年交互にお願いしています。

6. 訪問介護サービスの利用に関する留意事項

① サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護職員を決定します。

ただし、実際のサービスの提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

② 訪問介護員の交替（契約書第7条参照）

ア. ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指定はできません。

イ. 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

③ サービス実施時の留意事項（契約書第8条参照）

ア. 定められた業務以外の禁止

訪問介護サービスの利用にあたり、契約者は「5. 当事業所が提供するサービスと利用料金」（9ページ）で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

イ. 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。

ただし、事業者は訪問介護サービスの実施にあたってご契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

ウ. 備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

④ サービス内容の変更（契約書第12条参照）

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

⑤ 訪問介護員の禁止行為（契約書第16条参照）

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② ご契約者もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
- ③ ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④ 飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥ その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の7日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に6か月間（要介護認定期間）同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がないかぎり、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第22条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合
(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。)

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第23条、第24条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約・解除届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約は出来ません）
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（2）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 25 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、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い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 事業者が防止策をとったにも拘らず、ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

（3）契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 26 条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

（4）契約の終了に伴う援助（契約書第 22 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第 14 条、第 15 条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第 14 条、第 15 条に規定される義務を負います。当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご契約者の体調・健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。
ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

9. サービスの利用に関する留意事項

当施設のご利用にあたって、施設を利用される皆様の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

ご利用にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

- ・服薬中の医薬品
- ・健康保険被保険者証の写し（短期入所生活介護）
- ・日用品
- ・衣料品
- ・教養娯楽用品
- ・共用品
- ・施設長が必要と認めたもの。

多額の現金、預貯金証書等の貴重品を持ち込むことはできません。

やむを得ない事由により、持ち込まざるを得ない場合は、必ず施設長にお預けいただきます。「貴重品等預り証」を発行して、施設で保管いたします。

(2) 面会

面会時間 8：00～20：00

来訪者は、差し支えなければ1階事務所に備え付けの面会簿にご記入ください。

なお、来訪される場合、ご利用者が食べ終えることのできない量の飲食物の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 施設・設備の使用上の注意（契約書第17条、第18条参照）

- 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、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、ご契約者に自己負担により原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。
- ご契約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、ご契約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、営利活動などを行うことはできません。

(4) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

10. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

11. 損害賠償について（契約書第19条、第20条参照）

- (1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められ、且つ、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場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業所は、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。とりわけ以上の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
 - ① ご契約者(その家族も含む)が、契約締結に際し、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もつぱら起因して損害が発生した場合
 - ② ご契約者(その家族も含む)が、サービスの実施に当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もつぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ ご契約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もつぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

12. 苦情の受付について（契約書第29条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付担当者 看護介護課 課長 西野 忠好
電話 0799-72-3865

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：00

- 第三者委員 古川 富三 様 淡路市民生委員
高嶋 義照 様 元淡路市人権擁護委員
渡邊 正幸 様 聖隷福祉事業団監事

- 苦情解決責任者 特別養護老人ホーム淡路栄光園 園長 宮崎 弘光

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受ける事ができます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

平成 年 月 日

国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX (078) 332-5650 受付時間 9:00~17:15 月~金
岩屋総合事務所 市民福祉課	所在地 淡路市岩屋1000番地 電話番号 (0799) 72-3111 FAX (0799) 72-4290 受付時間 9:00~17:15 月~金
兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 神戸市中央区坂口通2-1-18 兵庫県福祉センター3F 電話番号 (078) 242-6868 FAX (078) 242-0297 受付時間 10:00~16:00 月~金
聖隷福祉事業団	所在地 静岡県浜松市中区元城町218-26聖隷ビル 電話番号 (053) 413-3296 FAX (053) 413-3316 受付時間 9:00~17:30 月~金

事業者と契約者とは、指定居宅サービスのうち [短期入所生活介護] サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。従って [短期入所生活介護] サービスに関する条項以外は適用されません。

事業者 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）
住所 _____
氏名 _____ 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、[短期入所生活介護] サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者
住所 _____
氏名 _____ 印
(契約者との関係 _____)

立会人（ご家族になっていただきます。）
住所 _____
氏名 _____ 印
(契約者との続柄 _____)

平成 年 月 日

事業者と契約者とは、指定居宅サービスのうち [通所介護] サービスの提供に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。従って [通所介護] サービスに関する
条項以外は適用されません。

事業者 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始
に同意しました。

契約者（利用者）

住所 _____
氏名 _____ 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、[通所介護] サービスの提供
開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 _____
氏名 _____ 印
(契約者との関係)

立会人（ご家族になっていただきます。）

住所 _____
氏名 _____ 印
(契約者との続柄)

平成 年 月 日

事業者と契約者とは、指定居宅サービスのうち [訪問介護] サービスの提供に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。従って [訪問介護] サービスに関する
条項以外は適用されません。

事業者 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始
に同意しました。

契約者（利用者）

住所 _____
氏名 _____ 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、[訪問介護] サービスの提供
開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 _____
氏名 _____ 印
(契約者との関係)

立会人（ご家族になっていただきます。）

住所 _____
氏名 _____ 印
(契約者との続柄)