

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスおよび介護予防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を次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 大六福祉会
- (2) 法人所在地 神奈川県伊勢原市子易1254番地4
- (3) 電話番号 0463-93-5521
- (4) 代表者氏名 理事長 大津 順一
- (5) 設立年月日 昭和54年6月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所（平成12年2月1日指定）
神奈川県第1474000997号
- (2) 事業所の名称 伊勢原ホーム
※当事業所は介護老人福祉施設 伊勢原ホームの空床を利用
- (3) 事業所の所在地 神奈川県伊勢原市子易1254番地4
- (4) 電話番号 0463-93-5521
- (5) 事業所長（管理者） 大津 一 洋
- (6) 当事業所の運営方針
尊厳・自立・愛 を基本理念とし、個を尊重し、自立に向かいその有する能力に応じ、自立した日常生活が営むことが出来るよう支援し、思いやり・優しさ・温もりのある豊かな暮らしが送れるよう、家族とともに支え合っていく施設サービス、居宅サービスを提供いたします。
- (7) 開設年月 昭和54年7月1日
- (8) 営業日および営業時間

営業日	年中無休
電話対応	月～金 9：00～17：00（土日祝及び緊急対応の場合を除く）

- (9) 利用定員 16名
- (10) 居室等の概要（伊勢原ホームを含む）

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2人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備 考
◎ユニット型個室	53室	
従来型個室	4室	
2人部屋	22室	
食 堂	6室	
機能訓練室	1室	【主な設備機器】 歩行訓練用平行棒・階段・温治療機・タッチボード等
浴 室	3室	臥床式浴槽2・椅子式浴槽2・一般浴槽2
医 務 室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設設備です。

3. 職員の配置状況（伊勢原ホーム職員配置を含む）

当事業所では、ご契約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、次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	常勤換算	指定基準
管理者	1名	1名
介護職員	41名	31名
生活相談員	1名	1名
看護職員	3名	3名
機能訓練指導員	1名	1名
介護支援専門員	1名	1名
嘱託医	内科医 1名	必要数
管理栄養士	2名	1名

＜主な職種の勤務形態＞

職種	勤務体制
嘱託医（内科）	毎週金曜日 14：00～16：00
介護職員	標準的な時間帯における最低人員
	早朝： 7：30～ 9：00 10名
	日中： 9：00～19：00 13名
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	日中： 9：00～17：30 2名
機能訓練指導員	8：30～17：30 1名

※土日は上記と異なります。

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、ご契約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

以下のサービスについては、利用料金が介護保険から給付されます。

①入浴

・身体状況に応じた方法での入浴または清拭を行います。

②排泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の維持またはその減退を防止するための日常動作訓練を実施します。

④その他自立への支援

・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。

＜サービス利用料金＞

別紙サービス利用料金表によって、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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い頂きます。

ご契約者が、要介護認定を受けていない場合、一旦、サービス利用料金の全額をお支払い頂きます。要介護認定を受けた後、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）。

要介護認定を受けられず、自立と判断された場合は、要支援1相当のサービス利用料をお支払い頂きます。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があった場合、ご契約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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①食費、居住費

ご契約者に提供する食事、居室に関する費用です。

当事業所では栄養士（管理栄養士）の献立表により、栄養ならびにご契約者の身体の状態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摂っていただくことを原則としています。

（食事時間）朝食7：30～ 、 昼食11：30～ 、 夕食17：30～

②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やクラブ活動に参加していただくことができます。

材料費等の実費分を負担いただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には印刷代を負担いただきます。

④日常生活品の提供

ご契約者の日常生活に必要な物品について、当事業所にて調達した物品を提供した場合、ご契約者に負担いただくことが適当である物品に関しては実費分を負担いただきます。

(4) 利用者負担金

①契約者にお支払いいただく利用者負担金は、別紙の通りです。

②この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

③介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明の上、契約者の同意を得ることになります。）

④利用者負担金は、ご契約者が指定した金融機関口座からの引き落としとなります。又は、当法人の金融口座へのお振り込みも可能です。その際の振込手数料はご契約者側の負担となります。

※ 市外送迎費は、通常の送迎地域を越える場合のみ必要となります。

(5) 利用の中止、変更、追加

○ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止、変更、追加することができます。事業者へ申し出てください。

○サービス利用の中止をされる場合は、利用予定日の前日 17:00 までに申し出をしてください。上記の時間以降における中止の申し出をされた場合、取り消し料を発生いたします。

利用予定日の前日17：00までの利用取り消し	無料
上記、時間以降での利用取り消し	一千円

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により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、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

○ご契約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、発生いたします。

5. 秘密の保持

当事業所の介護職員及びその他の職員は、正当な理由なく業務上知り得たご契約者及びその家族等の個人情報等を第三者へ無断で提供すること及び漏洩することはありません。また秘密保持のための監視を常に怠りません。

6. 事故発生時の対応

当事業所は、万全の体制で指定居宅介護支援のサービス提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご契約者及びその家族等にご連絡するとともに、事故に遭われた方への救済、事故拡大の防止などの必要な措置を講じます。また、ご契約者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに対応致します。

7. 相談窓口、苦情対応

◎苦情の受付は、口頭でも窓口を設置した苦情受付の要望箱でも受け付けております。
ご契約者及びその家族等の要望に応えられるよう迅速に対応致します。

当社 苦情相談窓口 お客様相談コーナー	住所	伊勢原市子易1254番地4	
	電話番号	0463-93-5521	FAX番号 0463-93-5522
	管理者	大津 一洋	
	対応時間	TEL;月～金/9:00～17:00 FAX;24時間対応	

◎公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

伊勢原市役所 介護高齢福祉課	住所	伊勢原市田中348番地	
	電話番号	0463-94-4711/FAX番号 0463-94-2245	
	相談員(責任者)	介護保険担当者	
	対応時間	TEL;月～金/8:30～17:00 FAX;24時間対応	

- ◎厚木市役所 住所：厚木市中町3-17-17
担当：介護保険課 TEL 046-223-1511
- ◎平塚市役所 住所：平塚市浅間町9-1
担当：介護保険課 TEL 0463-21-8790
- ◎秦野市役所 住所：秦野市桜町1-3-2
担当：介護保険課 介護保険班 TEL 0463-82-9616
- ◎神奈川県国民健康保険団体連合会(国保連)
住所：横浜市中区楠町27-1
TEL：045-329-3447または0570-022110

8. その他

(1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

上記の通り、短期入所生活介護サービスおよび重要事項について説明を行い、利用者および事業者が各1通ずつ保有します。

【説明確認欄】

短期入所生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき説明を行ないました。

令和 年 月 日

事業者所在地 伊勢原市子易1254番地4
事業者名 伊勢原ホーム

説明者 管理者 大津 一洋 印

短期入所生活介護サービスの利用に際し、本書面に基づき説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人または立会人

住所 _____

氏名 _____ 印