

ク ラ リ ス
短期入所生活介護施設

契 約 書
重要事項説明書

契 約 書

クラリス短期入所生活介護施設契約書

被保険者(以下、「利用者」といいます)とクラリス短期入所生活介護施設(以下、「事業者」といいます)は、事業者が利用者に対して行う短期入所生活介護について、次のとおり契約します。

○第1条(契約の目的)

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、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を営むことができるよう短期入所生活介護を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

○第2条(契約期間)

- 1 この契約の契約期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定または経過的要介護認定(暫定)の効期間満了日までとします。
- 2 利用者は、利用開始予定日から3日間以上の猶予をおいて、事業者に対し、利用期間の変更を申し入れることができます。また、利用者は、契約期間中であれば、短期入所生活介護の追加利用を申し込むことができます。これに対し、事業者は、居室が確保できないなど正当な理由がない限りこれを断りません。
- 3 利用者は、利用開始日の希望する時間に入所し、利用終了日の希望する時間に退所できるものとします。ただし、8時半～17時半の事務の業務時間内をお願いします。
- 4 利用者は、契約期間満了日から次の要介護認定の有効期間満了日までの期間を契約期間として契約を更新することができます。この場合、契約期間満了日までに更新後の契約期間中の利用期間を登録するものとします。ただし、他の利用者の登録により、すでに定員に達している期間を含めた利用期間は登録できません。

○第3条(短期入所生活介護計画)

利用期間が4日間以上の場合、事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「短期入所生活介護計画」を作成します。事業者はこの「短期入所生活介護計画」の内容を利用者およびその家族に説明します。

○第4条(短期入所生活介護の提供場所・内容)

- 1 短期入所生活介護の提供場所は、特別養護老人ホームクラリスです。所在地および設備の概要は重要事項説明書のとおりです。
- 2 利用者が利用できるサービスの種類は重要事項説明書のとおりです。事業者は、重要事項説明書に定めた内容について、利用者およびその家族に説明します。
- 3 事業者は、利用者の希望、状態等に応じて、第2項に定める各種サービスを適切に提供します。
- 4 事業者は、「短期入所生活介護計画」が作成されている場合には、当該計画に沿ってサービスを適切に提供します。
- 5 事業者は、サービス提供にあたり、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、器具や用具を使用する等の身体的拘束を行いません。
- 6 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限り利用者の希望に添うようにします。

○第5条(サービスの提供の記録)

- 1 事業者は、サービスの提供に関する記録を作成することとし、これを短期入所生活介護の終了後2年間保管します。
- 2 利用者及びその家族代表者は前項の期間内、土、日、祝日を除く8時半から17時半の間に事務室にて、当該利用者に関する前項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者及びその家族代表者は、当該利用者に関する第1項のサービス提供記録の複写物の交付を受けることができます。

○第6条(料金)

- 1 利用者及びその家族代表者は、サービスの対価として重要事項説明書に定める利用者毎の料金をもとに計算された合計額を短期入所生活介護の利用毎に支払います。
- 2 事業者は、当月の料金合計額の請求書に明細を付して翌月20日までに利用者へ通知します。
- 3 利用者及びその家族代表者は、当月の料金合計額を翌々月5日までに、振込の方法で支払います。
- 4 事業者は、利用者及びその家族代表者からの料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

○第7条(利用期間中の中止)

- 1 利用者及びその家族代表者は事業者に対して前日まで申し出ることにより、利用期間中でも退所することができます。この場合の料金は、実際の退所日までの日数を基準に計算します。
- 2 事業者は、利用者の体調が良好でなく施設での生活に支障があると判断した場合、利用期間中でもサービスを中止することができます。この場合の取り扱いについては重要事項説明書に記載したとおりです。
- 3 第1項、第2項に定める他、利用期間中に利用者が入院した場合、短期入所生活介護は終了となります。この場合の料金は、入院日までの日数を基準に計算します。

○第8条(利用料金の変更)

- 1 事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用料および食費等の単価の変更(増額または減額)を申し入れることができます。
- 2 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく契約書別紙を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

○第9条(契約の終了)

- 1 利用者は、現にサービスを利用している期間を除き、事業者に対して文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。
- 2 次の事由に該当した場合、事業者は、利用者に対して、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者が現にサービスを利用している期間中は、3日間の予告期間をおきます。
 - ①利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく1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日間以内に支払われない場合
 - ②利用者及びその家族代表者が、事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
 - ③やむを得ない事情により施設を閉鎖、または縮小する場合
- 3 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ①利用者が他の介護保険施設に入所した場合
 - ②利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援1、要支援2と認定された場合
 - ③利用者が死亡した場合

○第10条(事業者の解約権)

- 1 事業者は、利用者及びその家族代表者が次の事項に該当する場合には、この契約を解除することができます。
 - ① 利用者およびその家族代表者が契約締結時及び契約期間中に、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、または不実の告知を行い、その結果本契約を契約しがたい重大な事業を生じさせた場合
 - ② 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し、当事業者でのサービス提供では適さないと判断された場合

③ 利用者及びその家族代表者が法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにも関わらず改善の見込みがなく、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

④ 第9条による場合

2 前項①②③の場合、事業者は、速やかにその判断を利用者及びその家族代表者に告げるものとし、利用者及びその家族代表者は異議を述べる機会を与えられるものとします。

○第11条(秘密保持)

1 事業者および事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。

3 事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

○第12条(賠償責任)

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

ただし、利用者の故意または過失が認められ、かつ利用者のお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、損害賠償額を減ずることができるものとします。

2 事業者は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。といわけ以下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利用者及びその家族代表者が、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それを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合

②利用者及びその家族代表者が、サービスの実施のため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専ら起因して損害が発生した場合

③利用者の急激な体調の変化等、事業者が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合

④利用者が、事業者及び従業員の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

○第13条(緊急時の対応)

事業者は、現に短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

○第14条(連携)

事業者は、短期入所生活介護の提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービス、または、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

○第15条(相談・苦情対応)

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、短期入所生活介護に関する要望、苦情・相談等に対し、迅速に対応しサービスの向上及び改善に努めます。ただし、家族代表者以外の親族などから、利用者についての状態の問合せ並びに、事業者への苦情、相談等については、本人または家族代表者を通じて対応することとします。

2 事業者は、利用者及びその家族代表者が苦情申し立てを行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

3 利用者は、介護保険法令に従い、市町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。

○第16条(家族代表者)

1 事業者は、利用者に対し、家族代表者を求めます。ただし家族代表者を立てることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。

2 家族代表者は、次の各号の責任を負います。

①利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するよう協力することにします。

②契約終了の場合、事業者と連携して利用者の状態に見合った適切な受入れ先の確保に努めます。

③利用者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受け、その他必要な措置をとります。

○第17条(連帯保証人)

1 事業者は、利用者に対し、連帯保証人を求めます。ただし連帯保証人を立てることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。

2 連帯保証人は利用者の利用料金の支払いに際し、一切の責任を負います。

○第18条(本契約に定めのない事項)

1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

○第19条(裁判管轄)

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

重要事項説明書

クラリス短期入所生活介護重要事項説明書

< 令和6年9月1日 現在 >

1. 特別養護老人ホームクラリスの概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	短期入所生活介護事業所クラリス
所在地	岩手県一関市上大槻街5番16号
介護保険指定番号	短期入所生活介護（岩手県 0371501131号）

(2) 同施設の職員体制

	常勤	非常勤	兼務	業 務 内 容	計
施設長			1名	事業者の運営や職員の管理	1名
医師			1名 (非常勤)	利用者の健康管理	1名 (非常勤)
生活相談員			2名	利用者の相談や苦情処理	2名
介護支援専門員			1名	施設サービス計画の作成・管理	1名
業務主任			1名	介護業務についての総括・指導	1名
介護員	5名	3名		施設サービス計画に基づいた援助	8名
機能訓練指導員			1名	利用者の日常生活上の機能訓練	1名
看護師	3名	1名	4名	利用者の健康保持	4名
管理栄養士			1名	利用者の状況に応じた食事の管理	1名
事務員			1名	会計、庶務の事務処理	1名
清掃員			2名	施設内の清掃、洗濯業務等	2名

(3) 同施設の設備の概要

定員	10名	食堂	1室
フロア数	1フロア (他10名は長期入所)	機能訓練室	1室
居室	多床室 10室 (他10室は長期入所)	医務室	1室
浴室	一階 特殊・リフト浴槽	多目的ホール、会議室	1室

(4) 協力病院

- 一関病院 一関市大手町 3-36 電話 (0191)23-2050 (嘱託医)
- 昭和病院 一関市田村町 6-3 電話 (0191)23-2020
- 久保田歯科 一関市上大槻街 3-35 電話 (0191)23-2294

2. サービスの内容

- | | | |
|--------|-----------|------------|
| 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 送迎 | ⑧ 理美容サービス | ⑨ レクリエーション |

ご利用可能設備等

・居室 全多床室 ・機能訓練室 ・医務室 ・会議室 ・浴室(一般浴・リフト浴・特浴)

食事 ・食事時間 朝食 7:50～ 昼食 12:00～ 夕食 17:00～

・食事場所 原則、各フロアの食堂にておとりいただきます。

※ 但し、食事時間・場所は一律のものではなく、体調や希望に応じて対応いたします。

入浴 原則として、週に最低2回入浴していただけます。(利用日数によって異なります。) ただし、状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。

介護 ご希望や状態に応じ適切な介護サービスを提供します。

- ・着替え介助
- ・おむつ交換
- ・施設内の移動の付添い
- ・排泄介助
- ・体位変換
- ・シーツ交換 等

機能訓練 機能訓練室にて機能訓練を行います。

生活相談 常勤の生活相談員に介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

健康管理 短期入所生活介護の初日に簡単な健康チェックを行います。また、常勤の看護師の配置と、医療機関との連携により24時間連絡体制を確保し、健康上の管理を行います。

送迎 希望に応じて送迎をいたします。料金は片道184円いただきます。ただし原則として、一関市、平泉町9:00～17:00の間とさせていただきます。

通院の送迎 利用時に通院が必要な場合、希望に応じて病院までの送迎をいたします。ただし、付き添いは家族の方をお願いします。

理美容サービス 当施設では月に2回、理容サービスを実施しております。料金は別途かかります。

レクリエーション 当施設では、四季を通じ、各種行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものもございます。

その他 持参される薬以外で風邪薬、鎮痛剤、下剤等の服薬を希望された場合について一切提供することはできません。(確認の為、ご家族へ連絡する場合があります。)

3. 個人情報の利用目的

使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し請求があれば開示いたします。

利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合

4. 利用料金

(1) 基本料金 施設利用料

	自己負担分(1日あたり) 1割	自己負担分(1日あたり) 2割	自己負担分(1日あたり) 3割
要介護1	¥603	¥1206	¥1809
要介護2	¥672	¥1344	¥2016
要介護3	¥745	¥1490	¥2235
要介護4	¥815	¥1630	¥2445
要介護5	¥884	¥1768	¥2652

① 食費 1日あたり 1,805円 朝食¥450 昼食¥710 夕食¥645(第4段階者)

(※ 但し第1段階者は300円、第2段階者は600円、第3段階者①は1,000円、第3段階者②は1,300円)
食事を予め用意しない場合(初日朝食・最終日夕食分等)は、その分の食費はかかりません

② 居住費 (電気・光熱水費) 1日あたり 1,085円 第4段階者

(※但し第1段階者は¥0、第2、3段階者は¥430)

(2) 加算料金(1割負担の場合)

※市区町村から交付された介護保険負担割合証に基づくもので、2割負担の場合は、それぞれの加算の2倍、3割負担の場合は、それぞれの加算の3倍の金額となります。

<所得による負担割合>

65歳以上で一人暮らしの方で「年金収入とそのほかの合計所得額」が年間340万円以上ある場合、3割負担になります。「年金収入とそのほかの合計所得額」が280万円以上340万円未満の場合は2割負担になります。夫婦の場合は「年金収入とそのほかの合計所得額」が年間346万円以上で2割、463万円以上で3割負担です。

① 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 1月あたり 100円

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 1月あたり 200円※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき+100円

(Ⅰ)訪問リハ、通所リハ、リハを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること理学療法士等や医師は、通所リハ等のサービス提供の場またはICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で助言を行った場合加算します。(Ⅱ)に関しては、訪問リハ、通所リハ、リハを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が加算を算定する施設に訪問し、施設の職員と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成します。機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協働して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施した場合に加算します。

② 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 1日あたり 3円

認知症専門ケア加算(Ⅱ) 1日あたり 4円

(Ⅰ)利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあつては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあつては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施した場合に加算されます。

(Ⅱ)加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している場合に加算します。

③ 機能訓練体制加算 1日あたり 12円

専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等(作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師)を1名以上配置している場合に加算します。

④ 個別機能訓練加算 1日あたり 56円

専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を「1名以上」配置していること。機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した「個別機能訓練計画」を作成していること。個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた「機能訓練」を適切に提供していること。機能訓練指導員等が利用者の「居宅を訪問」した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っていること。

⑤ 送迎費 片道 184円

(※ 但し実施地域は一関市、平泉町で、時間帯は9:00～17:00に限らせていただきます。)

⑥ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 1日あたり 200円

認知症日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断された方に加算します。(入所日から7日を上限)

⑦ 若年性認知症利用者受入加算 1日あたり 120円

65歳未満の若年性認知症患者の方に加算します。

⑧ 療養食加算 1回あたり 8円(1日に3回を限度)

医師の発行する食事箋に基づく適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、胃瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食、及び特別な場合の検査食を提供する場合に加算します。

⑨ 緊急短期入所受入加算 1日あたり 90円

居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れを行った場合に加算します。(入所日から7日を上限としているがやむを得ない事情がある場合は14日を上限とする)

⑩ 夜間職員配置加算(Ⅰ) 1日あたり 13円

夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施が出来る介護職員を配置すること(この場合、登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要)で加算します。

⑪ 在宅中重度者受入加算 1日あたり 421円

利用者が利用していた訪問看護を行う事業所に、当該利用者の健康上の管理等を行った場合に加算します。

⑫ 看護体制加算(Ⅰ) 1日あたり 4円

常勤の看護師を1名以上配置しており併設事業所の場合は、本体施設の配置と別に短期入所生活介護事業所として1名以上の常勤看護師を配置していること。または、空床利用の場合は、本体施設に常勤の看護師を1名配置していること定員超過利用・人員基準欠如に該当していないことで加算します。

看護体制加算(Ⅱ) 1日あたり 8円

空床利用以外の場合、看護職員の数が、常勤換算方法で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること、空床利用の場合、特別養護老人ホームの看護職員の数が、常勤換算方法で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ特別養護老人ホームの基準に定められる看護職員の数に1を加えた数以上配置していること、事業所の看護職員または、病院、診療所、訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること、定員超過利用・人員基準欠如に該当していないことで加算します。

⑬ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 1日あたり 22円

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合80%以上・介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が35%以上、通所介護費等算定方法に規定する基準のいずれにも該当しないこと、提供するサービスの質の向上に資する取組を実施していることで加算します。

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 1日あたり 18円

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合60%以上、通所介護費等算定方法に規定する基準のいずれにも該当しないことで加算します。

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 1日あたり 6円

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合 50%以上

看護師、准看護師、介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上、利用者に直接サービス提供する職員の総数のうち、勤続 7 年以上の者の占める割合が 30%以上、通所介護費等算定方法に規定する基準のいずれにも該当しないことで加算します。

- ⑭ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)利用したサービス所定単位数に 14.0%を乗じた単位数が加算されます。
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)利用したサービス所定単位数に 13.6%を乗じた単位数が加算されます。
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)利用したサービス所定単位数に 11.3%を乗じた単位数が加算されます。
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)利用したサービス所定単位数に 9.0%を乗じた単位数が加算されます。

介護職員の賃金改善に関する計画を作成し、必要は措置を講じる場合、(Ⅰ)～(Ⅳ)のいずれか1つが加算されます。

⑮ 看取り連携体制加算 1日あたり 64円※死亡日及び死亡日以前 30 日以下について、7日を限度

(1) 看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定していること。(2) 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定しており、かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

⑯ 口腔連携強化加算 1回あたり 50円※1月に1回限り算定可能

事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

⑰ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 1月あたり 100円

生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 1月あたり 10円

(Ⅰ)については、(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を行っていること。1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。注：生産性向上に資する取組を従来より進めている施設等においては、(Ⅱ)のデータによる業務改善の取組による成果と同等以上のデータを示す等の場合には、(Ⅱ)の加算を取得せず、(Ⅰ)の加算を取得することも可能である。(Ⅱ)については、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。

(3) その他の料金

- ① 理美容費 1回あたり ¥2,200 (第2、第4木曜日)
- ② 上記の他レクリエーション費用、栄養補助食品などは自己負担になります。

(4) 利用中の中止

※ 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。

- ・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
- ・風邪、インフルエンザ、ノロウイルス等、感染の可能性のある病気に罹患した場合
- ・他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
- ・他者に対して、人権を侵害する行為や言動、または威嚇行為等があった場合

(5) 支払方法

毎月、20日頃に前月分の請求をいたしますので、翌々月5日までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。
お支払い方法は、振込になります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話等でお申し込み下さい。ご利用期間決定後、契約を締結します。

※ 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とご相談下さい。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者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。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者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た利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援1、要支援2と認定された場合

※要支援1、2の場合に限り、予約を有効にしたまま契約条件を変更して再度契約することができます。

③ その他

・利用者が、サービス利用料金の支払を1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、利用者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、14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できます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6. 当施設のサービスの特徴

(1) 施設の目的及び運営の方針

当施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者が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にすることを目指します。家族や地域との連携を重視し、一人ひとりのライフスタイルに沿えるよう支援いたします。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性介護職員の有無	有	
従業員への研修の実施	有	
身体拘束	無	但し生命・身体保護のため承諾を得て止むを得ず行う場合があります。

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会……………事務室窓口の面会受付表に記入の上、自由に出来ます。
- ・外出……………外出届に記入の上、自由に出来ます。職員に相談願います。
- ・設備、器具の利用……………施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従いご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は弁償していただくことがあります。リハビリ器具等の利用の際は、職員に相談の上、指示を受けながらご利用願います。
- ・金銭、貴重品の管理……………基本的に金銭、貴重品の持ち込みはお断りしています。万が一持ち込んだ場合、貴重品等は事務室金庫に預かります。
- ・所持品の持ち込み……………他の利用者に迷惑のかかる物でなければ原則自由です。
- ・利用時の通院……………利用時に通院が必要な場合、希望により病院までの送迎をいたします。ただし、付添いをご家族でお願いします。
- ・宗教活動……………個人の信仰は自由ですが、他の利用者に迷惑がかかるような活動は遠慮願います。
- ・食品持込み……………食中毒、衛生上の面から原則禁止となります。

7. 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合は、救急隊に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に連絡いたします。また、ご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに関係機関に連絡し、施設が賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。*夜間、転倒等の事故により痛み、腫れ、外傷がない場合においても連絡させていただきます。

8. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器 19 ヲ所、屋内消火栓、自動火災報知設備、火災報知設備、非常警報設備、スプリンクラー設備、避難設備(滑り台)、誘導灯 47 ヲ所
- ・防災訓練 年 2 回避難訓練を実施いたします。
- ・防火管理者 土田 則昭 (施設長)

9. サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設ご利用者相談・苦情担当

担当 生活相談員 菅原 浩樹（担当不在時でも、他の職員が対応いたします）

責任者 施設長 土田 則昭

電話 (0191)31-2088

② オンブズマン(第三者委員)

第三者委員の方に相談・苦情を申し出ることができます。

委員の氏名と連絡先は施設内に掲示しています。

③ 当施設以外に下記の相談・苦情窓口等に苦情を申し出ることができます。

・一関市役所 長寿社会課 高齢福祉係

電話 (0191)21-2111(代)

・一関地区広域行政組合

電話 (0191)31-3223(代)

・岩手県国民健康保険団体連合会

電話 (019)604-6700(代)

・岩手県福祉サービス運営適正化委員会

電話 (019)637-8871/9718

10. 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 幸生会

代表者役職・氏名 理事長 土田 則昭

本部所在地・電話番号 岩手県奥州市胆沢小山字道場 251 番地 (0197)-47-6100

定款の目的に定めた事業 特別養護老人ホーム

施設・拠点等 特別養護老人ホーム 2カ所

企業主導型保育所 1カ所

11. 緊急時の対応方法

サービス提供時に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い主治医、救急隊、ご家族、居宅支援事業所等に速やかに連絡し必要な処置を講じます。

	氏名	関係	自宅番号	携帯電話	勤務先名・電話
1					
2					
3					

ご家族への連絡について、夜間帯(おおむね 19 時から7時)、通院を要しない程度の場合、連絡することを原則[希望します ・ 希望しません]。

令和 年 月 日 家族代表者 _____ 印

主治医	医療機関名		電話	
	主治医氏名			

短期入所生活介護利用にあたり、利用者に対して契約書・契約書別紙・重要事項説明書に基づいて説明しました。

令和 年 月 日 <事業者名> クラリス短期入所生活介護施設
 <住所> 岩手県一関市上大槻街 5 番 16 号
 <代表者名> 社会福祉法人 幸生会
 理事長 土田 則昭 印

<説明者> 所属 生活相談員
 氏名 菅原 浩樹 印

私は、契約書・重要事項説明書により、事業者からクラリス短期入所生活介護施設についての説明を受けました。その上でサービス提供開始の同意をいたします。

本契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が著名捺印うえ、1通ずつ保有するものとする。
 締結日

令和 年 月 日
 (利用者) <住所>

<氏名> _____ 印
 (家族代表者) <住所>

<氏名> _____ 印
 (連帯保証人) <住所>

<氏名> _____ 印

個人情報利用同意書

クラリス短期入所生活介護施設
 施設長 土田 則昭 様

貴短期入所生活介護施設を利用するにあたり、重要事項説明の個人情報の利用目的について承諾同意いたします。

令和 年 月 日
 (利用者) <住所>

<氏名> _____ 印
 (家族代表者) <住所>

<氏名> _____ 印