

「指定短期入所生活介護」重要事項説明書

特別養護老人ホーム
オレンジホーム

当施設は介護保険の指定を受けています。
(栃木県指定 第0970500229号)

当事業所はご利用者に対して指定短期入所生活介護サービス及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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

〔目 次〕

| | |
|----------------------------|----|
| 1. 事業者..... | 1 |
| 2. 事業所の概要..... | 2 |
| 3. 職員の配置状況..... | 3 |
| 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金..... | 4 |
| 5. 苦情の受付について..... | 12 |
| 6. 緊急時の対応について..... | 13 |

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 緑風会 |
| (2) 法人所在地 | 栃木県鹿沼市下日向438-1 |
| (3) 電話番号 | 0289-63-3800 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 福田 英夫 |
| (5) 設立年月 | 平成5年2月8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・平成12年2月15日指定
栃木県指定 第0970500229号
当事業所は特別養護老人ホームオレンジホームに併設されています。
- (2) 事業所の目的 当事業所は、介護保険法令に従い、ご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た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、必要な居室及び共用施設等を提供する。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム オレンジホーム
- (4) 事業所の所在地 栃木県鹿沼市富岡492-2
- (5) 電話番号 0289-63-3807
- (6) 事業所長（管理者） 施設長 星野 正人
- (7) 当事業所の運営方針 当事業者は、ご利用者の方々が安心と生き甲斐のある日常生活を送っていただけるよう“ゆとりと
うるおい、輝く笑顔”をモットーに運営する。
- (8) 開設年月 平成9年6月1日
- (9) 営業日及び営業時間

| | |
|------|------------|
| 営業日 | 年中無休 |
| 受付時間 | 午前9時から午後6時 |

- (10) 利用定員 10名
- (11) 通常の事業実施地域 鹿沼市
- (12) 居室等の概要

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人部屋ですが、個室など他の種類の居室の利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合があります。)

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|----------|-----|-------------------|
| 4人部屋 | 12室 | 多床室 |
| 2人部屋 | 8室 | 多床室 |
| 1人部屋 | 6室 | 従来型個室 |
| 合計 | 26室 | |
| 食堂 | 1室 | |
| 機能訓練室 | 1室 | |
| 浴室 | 1室 | 機械浴槽・特殊浴槽 個人浴槽 |
| 医務室 | 1室 | |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご利用者に特別にご負担をいただく費用はありません。

※居室の変更：ご利用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、ご利用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、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとしします。

※居室の利用に当たって別途利用料金をご負担いただく費用・・・滞在費
滞在費は、介護保険の給付の対象とならないサービスのため、ご利用の際は、ご利用者に別途利用料金をご負担いただきます。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用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、指定老人介護福祉施設職員が兼務し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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種 | 配 置 | 指定基準 |
|---------------|---------|---------|
| 1. 施設長（管理者） | 1名以上 | 1名 |
| 2. 介護職員 ※ | 20名以上 | 18名 |
| 3. 生活相談員 | 1名以上 | 1名 |
| 4. 看護職員 ※ | 3名以上 | 3名 |
| 5. 介護支援専門員 | 1名以上 | 1名 |
| 6. 医師 | 1名（非常勤） | 1名（非常勤） |
| 7. 栄養士（管理栄養士） | 1名以上 | 1名 |
| 8. 機能訓練指導員 | 1名以上 | 1名 |

※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（例：週40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÷40時間＝1名）となります。

※介護予防サービス事業者は併設につき人員の兼務と設備は共有する。

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、ご利用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
- (2) 利用料金の全額をご利用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

以下のサービスについては、通常は利用料金の9割（通常1割が自己負担）が介護保険から給付されます。

※自己負担の割合は介護保険負担割合証によります。

<サービスの概要>

①食事

- ・当事業者では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用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。
- ・ご利用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）

朝食：7：00～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練体制加算 12単位

- ・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を1名以上配置し、ご利用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回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤個別機能訓練加算 56単位

- ・ADL・IADLの維持・向上を目的とした機能訓練を実施している事業所が、お住いの場所に訪問し、個別の機能訓練計画を作成したうえで、専ら配置の機能訓練指導員が、ADL・IADLの維持・向上を目的として

実施する個別の機能訓練を行う場合加算されます。

⑥生活機能向上連携加算 1月 200単位
(個別機能訓練加算を算定している場合は100単位)

- ・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等が当事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同して利用者ごとに個別機能訓練計画を作成した上で、当該計画に基づき計画的に機能訓練を実施します。

⑦送迎サービス 片道184単位

- ・ご利用者の心身等の状況及び家族等の事情等から送迎が必要と認められる場合、ご自宅と当事業所間の送迎を行います。ただし、祝祭日を除きます。
- ・通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、通常の事業実施地域を越えてから、1キロメートルあたり20円を徴収する。

⑧健康管理

- ・利用者の重度化に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、常勤看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を致します。

看護体制（Ⅰ）4単位・・常勤看護師の配置

看護体制（Ⅱ）8単位・・基準を上回る看護職員配置

看護体制（Ⅲ）イ 12単位・・（Ⅰ）の体制要件を満たす

看護体制（Ⅳ）イ 23単位・・（Ⅱ）の体制要件を満たす

※（Ⅲ）と（Ⅳ）は前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上である場合に算定されます。

⑨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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

※介護が困難な利用者に対し、質の高いケアを実施する観点から、下記のように職員を配置致します。

ア) ①サービス提供体制強化（Ⅰ）イ 18単位

- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上

②サービス提供体制強化（Ⅰ）ロ 12単位

- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上

③サービス提供体制強化（Ⅱ） 6単位

- ・看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上

④サービス提供体制強化（Ⅲ） 6単位

- ・指定短期入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の占める割合が30%以上

イ) 夜勤職員配置(Ⅰ) 13単位

- ・夜勤を行う職員(介護職員又は看護職員)が規定の数より、1人以上上回っている。※見守り機器の導入等の基準を満たす場合は0.9人以上

夜勤職員配置(Ⅲ) 15単位

- ・(Ⅰ)の要件に加え、喀痰吸引等の実施ができる介護職員又は看護職員を配置している。

⑩療養食(該当者) 8単位/回(1食を1回とし、1日3回を限度とする)

- ・利用者の病状に応じて主治医より疾病の治療手段として発行された食事箋に基づき、食事の提供が管理栄養士によって管理され、利用者の年齢、症状に応じた内容の治療食を提供します。

⑪若年性認知症利用者受入 120単位/日

- ・初老期において認知症になった利用者(若年性認知症利用者)を受入れ個別に担当者を定め、短期入所生活介護を行った場合。

⑫認知症行動・心理症状緊急対応 200単位/日7日を限度

- ・認知症日常生活自立度がⅢ以上で、医師が、認知症行動・心理症状を認め、在宅での生活が困難であると判定した者に対し、指定短期入所生活介護を行った場合。

⑬在宅中重度受入

- ・利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所に利用者の健康上の管理を行わせた場合。

ア) 看護体制(Ⅰ)又は(Ⅲ)イを算定している場合 421単位

(看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イを算定していない場合に限る)

イ) 看護体制(Ⅱ)又は(Ⅳ)イを算定している場合 417単位

(看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イを算定していない場合に限る)

ウ) 看護体制(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ又は(Ⅳ)イをいずれも算定している場合

413単位

エ) 看護体制加算を算定していない場合 425単位

⑭医療連携強化 1日58単位

(中重度者受入加算を算定している場合は算定しない)

- ・看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)を算定しており、急変の予測や早期発見のために看護職員による定期的な巡視や、主治医と連絡が取れない等の場合における対応に係る取り決めを事前に行い、要件を満たしたうえで、実

際に重度な利用者を受け入れた場合、加算されます。

⑮緊急短期入所受入 1日90単位（7日間を限度として）

・利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に短期入所生活介護の利用を必要と認め、サービス計画にない短期入所生活介護を緊急に行った場合、加算されます。

⑯認知症専門ケア

①認知症専門ケア（Ⅰ） 1日3単位

- イ) 入所者の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が2分の1以上であること。
- ロ) 認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、対象者の数が20人未満の場合には、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ている場合。
- ハ) 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的で開催している場合。

②認知症専門ケア（Ⅱ） 1日4単位

- イ) ①の基準のいずれにも適合すること。
- ロ) 認知症指導者研修修了者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施している場合。
- ハ) 介護職員、看護職員毎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。

<サービス利用料金(1日あたり)>

下記の料金表によって、ご利用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）と滞在費及び食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

※介護報酬の改定が行なわれ、1カ月の利用料金の合計額に、国家公務員の地域手当に準じた地域区割りが介護報酬単価に含まれます。（自己負担は介護保険負担割合証による）

※介護職員処遇改善加算の要件を満たす場合には、1カ月の利用料金の合計額にサービス別加算率を乗じた額をお支払い頂きます。（自己負担は介護保険負担割合証による）

※1割負担の場合、1日当り：円

| 1. ご利用者の要介護度 とサービス利用料金 多床室 従来型個室 | | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|---|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 5,939 円 | 6,630 円 | 7,342 円 | 8,034 円 | 8,705 円 |
| | | 5,939 円 | 6,630 円 | 7,342 円 | 8,034 円 | 8,705 円 |
| | | ↑端数切捨て | | | | |
| 2. うち、介護保険から給付 される金額 | | 5,345 円 | 5,967 円 | 6,607 円 | 7,230 円 | 7,834 円 |
| | | 5,345 円 | 5,967 円 | 6,607 円 | 7,230 円 | 7,834 円 |
| 3. サービス利用に係る自己 負担額（1－2） | →端数切上げ | 594 円 | 663 円 | 735 円 | 804 円 | 871 円 |
| | | 594 円 | 663 円 | 735 円 | 804 円 | 871 円 |
| 4. 食事に係る負担額 | | | | | | |
| 被保険第1段階 | | | 300 円 | | | |
| 被保険第2段階 | | | 390 円 | | | |
| 被保険第3段階 | | | 650 円 | | | |
| 基準費用額 | | | 1,380 円 | | | |
| 5. 滞在費に係る自己負担額 | | | | | | |
| <多床室> 被保険第1段階 | | | 0 円 | | | |
| 被保険第2段階 | | | 370 円 | | | |
| 被保険第3段階 | | | 370 円 | | | |
| 基準費用額 | | | 840 円 | | | |
| <従来型個室> 被保険第1段階 | | | 320 円 | | | |
| 被保険第2段階 | | | 420 円 | | | |
| 被保険第3段階 | | | 820 円 | | | |
| 基準費用額 | | | 1,150 円 | | | |
| 6. 自己負担額合計 (3+4+5) | | | | | | |
| <多床室> | | 2,814 円 | 2,883 円 | 2,955 円 | 3,024 円 | 3,091 円 |
| <従来型個室> | | 3,124 円 | 3,193 円 | 3,265 円 | 3,334 円 | 3,401 円 |

※食事に係る自己負担額は、①朝食・・・280円

②昼食・・・600円（おやつ含む）

③夕食・・・500円とさせていただきます。

※ご利用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。要介護の認定を受けた後、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）。償還払いとなる場合、ご利用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、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

※滞在費と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

※短期入所の利用限度日数を越える場合もサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。

◇ 当事業所の滞在費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、滞在費・食費の負担が軽減されます。

[単位：万円]（月額概数）

| 対象者 | | 区分 | 滞在費(居住の種類により異なります) | | 食費 |
|---------------------------|----------------------------|--------------|---|-------|-----|
| | | | 多床室 (相部屋) | 従来型個室 | |
| 生活保護受給者 | | 利用者負担 段階1 | 0 | 1.0 | 1.0 |
| 高齢福祉年金受給者 | | | | | |
| 市町村民 税非課税 世帯全員 が | 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 | 利用者負担 段階2 | 1.1 | 1.3 | 1.2 |
| | 利用者負担第2段階以外の方 | 利用者負担 段階3 | 1.1 | 2.5 | 2.0 |
| 上記以外の方 | | 利用者負担 段階4 | 施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は次のとおりです。 | | |
| | | | 2.5 | 3.5 | 4.2 |

☆実際の負担額は、日額で設定されます

(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利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供に要する費用（食材料及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理にかかる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担していただきます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担となります。

②滞在に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等））

この施設及び設備を利用し、滞在するにあたり、光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等）をご負担していただきます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された滞在費の金額（1日あたり）のご負担となります。

③特別な居室の提供に要する費用

ご利用者のご希望により従来型個室に滞在する方については、別途室料（建物設備等の減価償却費等）をご負担していただきます。

④特別な食事の提供に要する費用（酒を含みます。）

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費をいただきます。

⑤理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回、理容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費をいただきます。

[美容サービス]

月に1回、美容師の出張による美容サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費をいただきます。

⑥レクリエーション、クラブ活動

ご利用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。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑦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利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

・下着・ハミガキ粉・歯ブラシ・化粧品等

おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

⑧健康管理費

ご利用者個人又はその家族の選択により特別に利用もしくは使用される医薬品等及び健康管理に要する費用について負担いただきます。

利用料金：実費をいただきます。

⑨家電製品持ち込みの場合

ご利用者が、施設内において個人専用の家電製品をご使用になる場合は電気料に相当する費用を負担いただきます。

⑩利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合

ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間につき契約時の実費をいただきます。

※経済状況の著しい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の事由について、変更を行う2か月前までにご説明します

(3) 介護予防短期入所生活介護

施設に短期間入所させ、集中的に、退所後の日常生活を想定した筋力トレーニングや転倒防止のための指導等の機能訓練を中心に行う。

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表の他に介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と滞在費・食事に係る標準自己負担額及び実費の合計額をお支払い下さい。

※1割負担の場合、1日当たり：円

| 1. ご利用者の要支援度とサービス利用料金 | 要支援 I | 要支援 II |
|------------------------|---------|---------|
| 多床室 | 4,444 円 | 5,522 円 |
| 従来型個室 | 4,444 円 | 5,522 円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 3,999 円 | 4,969 円 |
| | 3,999 円 | 4,969 円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担金（1－2） | 445 円 | 553 円 |
| | 445 円 | 553 円 |

①機能訓練体制加算

12単位

- ・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を1名以上配置し、ご利用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回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

②個別機能訓練加算

56単位

- ・ADL・IADLの維持・向上を目的とした機能訓練を実施している事業所が、お住いの場所に訪問し、個別の機能訓練計画を作成したうえで、専従配置の機能訓練指導員が、ADL・IADLの維持・向上を目的として実施する個別の機能訓練を行う場合加算されます。

③生活機能向上連携加算

1月 200単位

（個別機能訓練加算を算定している場合は100単位）

- ・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等が当事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同して利用者ごとに個別機能訓練計画を作成した上で、当該計画に基づき計画的に機能訓練を実施します。

④送迎サービス 片道184単位

- ・ご利用者の心身等の状況及び家族の事情等から送迎が必要と認められる場合、ご自宅と当事業所間の送迎を行います。ただし、祝祭日を除きます。
- ・通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、通常の事業実施地域を越えてから、1キロメートルあたり20円を徴収する。

⑤サービス提供体制強化

- ・質の高いケアを実施する観点から、下記のように職員を配置致します。

ア) サービス提供体制強化 (I) イ 18単位

- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上

イ) サービス提供体制強化 (I) ロ 12単位

- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上

ウ) サービス提供体制強化 (II) 6単位

- ・看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上

エ) サービス提供体制強化 (III) 6単位

- ・介護予防短期入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の占める割合が30%以上

⑥療養食 (該当者) 8単位/回 (1食を1回とし、1日3回を限度とする)

- ・ご利用者の病状に応じて主治医より疾病の治療手段として発行された食事箋に基づき、食事の提供が管理栄養士によって管理され、ご利用者の年齢、症状に対応した内容の治療食を提供します。

⑦若年性認知症利用者受入 120単位

- ・初老期において認知症になった利用者 (若年性認知症利用者) を受け入れ、個別に担当者を定め、介護予防短期入所生活介護を行った場合。

⑧認知症行動・心理症状緊急対応 200単位 7日を限度

- ・認知症日常生活自立度がⅢ以上で、医師が、認知症行動・心理症状が認め在宅での生活が困難であると判断した者に対し、指定介護予防短期入所生活介護を行った場合。

⑨認知症専門ケア

①認知症専門ケア (I) 1日3単位

- イ) 入所者の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が2分の1以上であること。
- ロ) 認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、対象者の数が20人未満の場合には、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ている場合。

ハ) 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的
に開催している場合。

②認知症専門ケア（Ⅱ） 1日 4単位

イ) ①の基準のいずれにも適合すること。

ロ) 認知症指導者研修修了者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケ
アの指導等を実施している場合。

ハ) 介護職員、看護職員毎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。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期
間分の合計金額をお支払い下さい。

(5) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、ご利用者の都合のより、短期入所生活介護サービ
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。この場合には、サービスの実施日前日までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出
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。
但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありませ
ん。

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無 料 |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の 10% (自己負担相当額) |

○ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により
利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時
を利用者に提示して協議します。

○ ご利用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お支払い
いただきます。

5. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

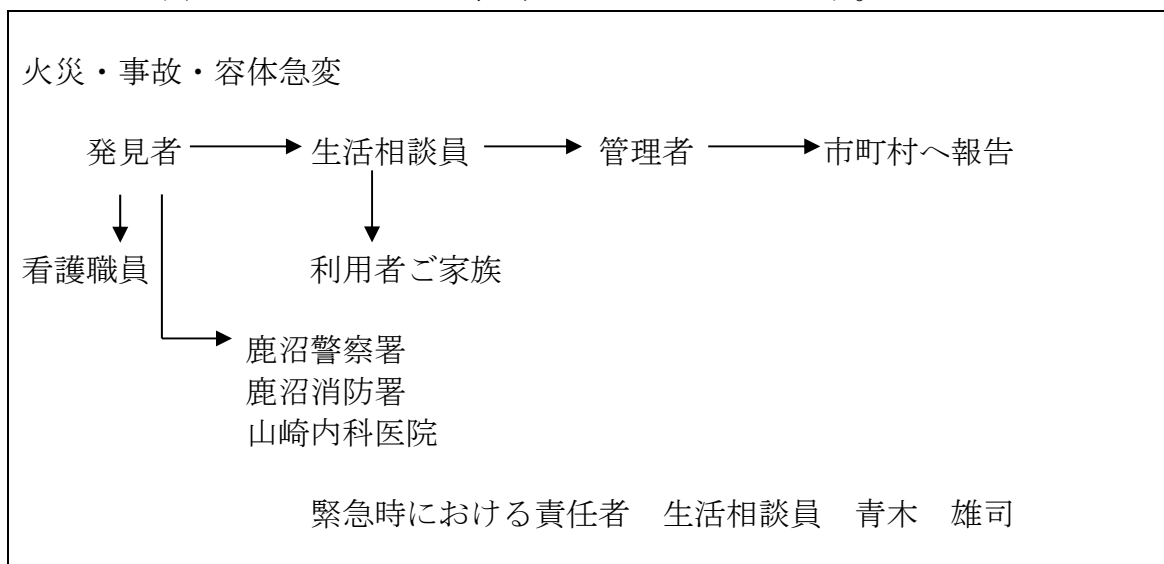
| | |
|--------------|------------|
| ○苦情受付窓口（担当者） | 青木 雄司 |
| [職名] | 生活相談員 |
| ○受付時間 | 毎週月曜日～土曜日 |
| | 9：00～17：00 |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | | |
|--------------------|------|-----------------------|
| 鹿 沼 市 介護保険課 | 所在地 | 鹿沼市今宮町1688-1 |
| | 電話番号 | 0289-63-2286 |
| | FAX | 0289-63-2284 |
| | 受付時間 | 午前9時から午後5時 |
| 栃木県国民健康保険 団体連合会 | 所在地 | 宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6階 |
| | 電話番号 | 028-643-2220 |
| | FAX | 028-643-5411 |
| | 受付時間 | 午前8時30分から午後5時 |

6. 緊急時の対応について

・下記にしたがいまして、対応させていただきます。



但し、状況によって変更する場合があります。

※その他のことにつきましても、事務所までお気軽にご相談下さい。

平成 年 月 日

指定短期入所生活介護サービス又は介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定短期入所生活介護サービス 特別養護老人ホーム オレンジホーム

説明者職名 生活相談員 印

介護支援専門員 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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意し、受領いたしました。

利用者住所

氏名 印

家族住所

氏名 印

この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規程に基づき、利用者申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。