

短期入所生活介護重要事項説明書

<2022年 10月 1日 現在 >

1. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

当事業は、短期入所介護サービス計画に基づき可能な限り、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、また利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため、要介護者(介護予防にあっては要支援者)に対し、適切な施設サービスを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

当事業は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定短期入所介護サービスの提供に努めます。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重視した運営を行ない、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることを方針とします。

2. ショートステイセンター いわどの概要

(1) 提供できるサービスの種類

| | |
|----------|----------------------------|
| 施設名称 | ショートステイセンターいわど |
| 所在地 | 長崎県南島原市加津佐町乙9番地 |
| 介護保険指定番号 | 短期入所生活介護 (長崎県 4272500515号) |

(2) 同施設の職員体制

| | 資格 | 常勤 | 兼務 | 非常勤 | 計 |
|-----------------|---------------------|----|-----|-----|-----|
| 管理者 | 社会福祉施設長資格 社会福祉主事 | | 1名 | | 1名 |
| 医師 | | | | 1名 | 1名 |
| 生活相談員 | 介護支援専門員 | | 1名 | | 1名 |
| 計画担当介護支援専門員 | 介護支援専門員 | | 1名 | | 1名 |
| 栄養士 | 管理栄養士 | | 1名 | | 1名 |
| 機能訓練指導員 | 看護師 | | 1名 | | 1名 |
| 歯科衛生士 | 歯科衛生士 | | | 1名 | 1名 |
| 事務職員 | | | 1名 | | 1名 |
| 介護・ 看護 職員 | 看護師 | | 2名 | | 2名 |
| | 介護福祉士 | | 17名 | 1名 | 18名 |
| | 実務者研修終了者 | | 4名 | 0名 | 4名 |
| | ホームヘルパー2級・初任者研修修了者 | | 1名 | 1名 | 2名 |
| | その他 | | 2名 | 1名 | 3名 |
| 調理員 | 調理師 | | 3名 | 0名 | 3名 |
| | その他 | | | | |
| 営繕職員 | | | 1名 | 1名 | 2名 |

(3) 同施設の設備の概要

| 利用定員 | 専用居室型10名(短期) | 空床型(短期) |
|------------|---------------|---------|
| 専用利用 | | 空床利用 |
| 居室 1人部屋 | 9室 (1室12.10㎡) | |
| 居室 1人部屋 | 1室 (1室13.60㎡) | |
| 共同生活室 | 1室 (1室20.50㎡) | |
| 浴室 | 1室 (1室 7.98㎡) | |
| 浴室の脱衣室 | 1室 (1室 5.15㎡) | |
| 浴室の脱衣室 | | |
| 共用利用 | | |
| 特浴 | 1室 (1室10.80㎡) | 1階 |
| 特浴の脱衣室 | 1室 (1室 7.98㎡) | 1階 |
| 事務室 | 1室 (1室39.38㎡) | 1階 |
| 面談室 | 1室 (1室 9.10㎡) | 1階 |
| 施設長室 | 1室 (1室18.26㎡) | 1階 |
| 医務室 | 1室 (1室10.59㎡) | 1階 |
| 厨房 | 1室 (1室43.74㎡) | 1階 |
| 機能訓練室 | 1室 (1室37.54㎡) | 1階 |
| ボランティア室 | 1室 (1室13.40㎡) | 2階 |
| 会議室 | 1室 (1室55.40㎡) | 2階 |
| 宿泊室 | 1室 (1室12.56㎡) | 2階 |
| ユニットバス | 1室 (1室 1.84㎡) | 2階 |
| ユニットバスの脱衣室 | 1室 (1室 2.23㎡) | 2階 |

(4) 主な職員の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|----------|--|
| 1.医師 | 火曜日・木曜日(14:30～15:30) |
| 2.介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早朝: 6 : 50 ~ 15 : 50 日勤: 8 : 00 ~ 17 : 30 遅勤: 12 : 00 ~ 21 : 00 夜勤: 20 : 50 ~ 7 : 00 |
| 3.看護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日勤: 8 : 00 ~ 17 : 30 |
| 4. 管理栄養士 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日勤: 8 : 00 ~ 17 : 30 |

3. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|---------------|---|
| 食 事 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事の提供は、入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事が摂れるよう支援し、共同生活室で食事を摂ることができない入居者にあっては、居室に配膳し必要な食事補助を行うものとする。 |
| 排 泄 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入 浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 |
| 離床、着替え 整容等 | <ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来る限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。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週1回実施します。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員（看護職員）による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護の初日に健康チェックを行います。 ・また、身体状況等により随時、健康チェックを行います。 ・緊急等必要な場合には主治医又は協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 <p>(当施設の協力医療機関) 所属病院：植木内科医院</p> |
| 相談及び援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>(相談窓口) 生活相談員</p> |
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 |
| 送 迎 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状態、家族の事情等で送迎を行うことが必要と認められる場合送迎を行います。 |

(2) 介護保険給付外サービス

入所者の選定により提供サービス

- ① 食材費
- ② 特別な食事（寿司等の出前、お酒等）
- ③ 医師の往診等療養上の世話（午後5時30分から午前8時の間）
- ④ 送迎サービス(入院、通院、個別の外出・外泊)
- ⑤ 行事、クラブ活動

4. 利用料金

(1) 基本料金(介護保険給付サービス)

| | | | 1割負担者 | 2割負担者 | 3割負担者 | |
|---|---|---------------------------------|---------------------------------|-------|--------|--------|
| ① | 施設利用料 | 要支援1 | 1日あたり | ¥523 | ¥1,046 | ¥1,569 |
| | | 要支援2 | | ¥649 | ¥1,298 | ¥1,947 |
| | | 要介護度1 | | ¥696 | ¥1,392 | ¥2,088 |
| | | 要介護度2 | | ¥764 | ¥1,528 | ¥2,292 |
| | | 要介護度3 | | ¥838 | ¥1,676 | ¥2,514 |
| | | 要介護度4 | | ¥908 | ¥1,816 | ¥2,724 |
| | | 要介護度5 | | ¥976 | ¥1,952 | ¥2,928 |
| ② | 生活機能向上連携加算(Ⅰ) ※個別機能訓練加算を算定している場合は算定しない | | 1月あたり | ¥100 | ¥200 | ¥300 |
| | 生活機能向上連携加算(Ⅱ) ※個別機能訓練加算を算定している場合は2分の1 | | 1月あたり | ¥200 | ¥400 | ¥600 |
| ③ | 機能訓練体制加算 | | 1日あたり | ¥12 | ¥24 | ¥36 |
| ④ | 個別機能訓練加算 | | 1日あたり | ¥56 | ¥112 | ¥168 |
| ⑤ | 看護体制加算(Ⅰ)イ | ※要支援者は除く | 1日あたり | ¥4 | ¥8 | ¥12 |
| | 看護体制加算(Ⅱ)イ | | | ¥8 | ¥16 | ¥24 |
| | 看護体制加算(Ⅲ)イ | | | ¥12 | ¥24 | ¥36 |
| | 看護体制加算(Ⅳ)イ | | | ¥23 | ¥46 | ¥69 |
| ⑥ | 医療連携強化加算 | ※要支援者は除く | 1日あたり | ¥58 | ¥116 | ¥174 |
| ⑦ | 夜間勤務職員加算(Ⅱ) | ※要支援者は除く | 1日あたり | ¥18 | ¥36 | ¥54 |
| | 夜間勤務職員加算(Ⅳ) | | | ¥20 | ¥40 | ¥60 |
| ⑧ | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | | 1日あたり | ¥200 | ¥400 | ¥600 |
| ⑨ | 若年性認知症利用者受入加算 | | 1日あたり | ¥120 | ¥240 | ¥360 |
| ⑩ | 送迎費 通常の送迎の実施地域は、南島原市及び雲仙市、島原市の区域です。 | | 片道あたり | ¥184 | ¥368 | ¥552 |
| ⑪ | 緊急短期入所受入加算 | ※要支援者は除く | 1日あたり | ¥90 | ¥180 | ¥270 |
| ⑫ | 長期利用者減額 | | 1日あたり | ¥-30 | ¥-60 | ¥-90 |
| ⑬ | 療養食加算 | | 1食あたり | ¥8 | ¥16 | ¥24 |
| ⑭ | 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | | 1日あたり | ¥3 | ¥6 | ¥9 |
| | 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | | | ¥4 | ¥8 | ¥12 |
| ⑮ | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | | 1日あたり | ¥22 | ¥44 | ¥66 |
| | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | | | ¥18 | ¥36 | ¥54 |
| | サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | | | ¥6 | ¥12 | ¥18 |
| ⑯ | a,介護職員処遇改善加算Ⅰ | 上記①から⑭により算定した金額の1000分の83に相当する金額 | | | | |
| | b,介護職員処遇改善加算Ⅱ | 上記①から⑭により算定した金額の1000分の60に相当する金額 | | | | |
| | c,介護職員処遇改善加算Ⅲ | 上記①から⑭により算定した金額の1000分の33に相当する金額 | | | | |
| ⑰ | a,介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ | 上記①から⑭により算定した金額の1000分の27に相当する金額 | | | | |
| | b,介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ | 上記①から⑭により算定した金額の1000分の23に相当する金額 | | | | |
| ⑱ | 介護職員等ベースアップ支援加算 | | 上記①から⑭により算定した金額の1000分の16に相当する金額 | | | |

※ ただし、介護保険適用外の時は、上記1割負担者金額の10倍の金額です。

※ 1割負担者とは年金収入等が280万円未満の方

2割負担者とは年金収入等が280万円以上340万円未満の方

3割負担者とは年金収入等が340万円以上の方

詳しくは保険者へお問い合わせください。

(2) その他の料金

居住費及び食費は介護保険負担限度額認定証に記載された区分ごとに負担限度額が決められています。

| 対象者 | | 区分 |
|----------------------|---|-------|
| 生活保護受給者 | | 第1段階 |
| 世帯全員 市町村民 税非課税 | 老齢福祉年金受給者 | 第1段階 |
| | 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下、預貯金が単身650万円、夫婦で1,650万円未満 | 第2段階 |
| | 利用者負担第2段階以外の方で、課税年金収入が80万円超120万円以下、預貯金が単身550万円、夫婦で1,550万円未満 | 第3段階① |
| | 利用者負担第2段階以外の方で、課税年金収入が120万円超、預貯金が単身550万円、夫婦で1,550万円未満 | 第3段階② |
| 上記以外の方 | | 非該当 |

① 滞在費

1日あたり
個室

| 当法人の定める利用料 | | | |
|----------------|------|--------|------|
| ¥2,006 | | | |
| 厚生労働省の定める負担限度額 | | | 非該当 |
| 1段階 | 2段階 | 3段階①② | |
| ¥820 | ¥820 | ¥1,310 | 限度なし |

② 食費

| | 朝 | 昼 | 夕 | 介護保険適用時の 自己負担 1日分負担限度額 |
|-------|-----|-----|-----|------------------------------|
| 第1段階 | 371 | 572 | 502 | 300 |
| 第2段階 | 371 | 572 | 502 | 600 |
| 第3段階① | 371 | 572 | 502 | 1000 |
| 第3段階② | 371 | 572 | 502 | 1300 |
| 非該当 | 371 | 572 | 502 | 限度なし |

③ 電化製品持込使用費用

テレビ 50円/日 冷蔵庫 50円/日 加湿器 100円/日
電気ポット 50円/日 電気毛布・電気湯たんぽ 50円/日

(3) 利用中の中止

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。

※ 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
- ・他の利用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

(4) 支払方法

毎回、短期入所生活介護の終了後、請求書をお渡しいたしますので、30日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、窓口支払い、銀行振込、引き落としのいずれかとなります。

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ください。

ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は2ヶ月前からできます。

※ 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ください。

(2) サービス利用契約の終了

① お客様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。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・お客様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るお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

※ この場合に限り、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

・お客様が、サービス利用料金の支払を3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10日以内に支払わない場合、お客様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、30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ございます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6. 協力医療機関

ショートステイセンターいわどでは、次の医療機関と歯科医療機関に協力をいただいております。

- ① 協力病院 植木内科医院 南島原市口之津町甲1642
- ② 協力歯科医院 立川歯科医院 南島原市加津佐町己3240-5

7. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

- ・面会 来訪者は、面会時間(8:00~21:00)を尊重し、必ずその都度「面会簿」に記入してください。宿泊を希望される場合は、職員へご連絡下さい。
- ・外出、外泊 外出、外泊の際は、「外出・外泊届」に記入し提出してください。

- ・飲酒、喫煙 喫煙は所定の場所以外はお断りします。
飲酒は、食堂をご利用下さい。
- ・設備、器具の利用 施設内の備品や器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。
これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただく場合がございます。
- ・金銭、貴重品の管理 利用者がお持ちの金銭・貴重品は、鍵付きベッドサイドキャビネットを使用し、各自で管理をお願いします。
なお、当施設では責任を負いかねます。
利用者本人での管理が困難な場合は、生活指導員にご相談ください。
- ・迷惑行為等 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- ・宗教活動・政治活動 施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
- ・ペット 施設内でのペットの飼育はお断りします。

8. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化や事故等があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は日本興亜損保と損害賠償保険契約を結んでおります。

10. 非常災害対策

- ・防災時の対応 別途定める「ショートステイセンターいわど消防計画」にのっとり対応します。
- ・防災設備 自動火災報知設備、非常警報設備、火災通報装置、誘導灯、ガス漏れ報知器、非常電源設備、消化器、室内消火栓設備
- ・防災訓練 「ショートステイセンターいわど消防計画」に基づき年12回実施します。

11. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 利用者からの相談または苦情等に対する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置

- ① 常時、事業所に担当者を窓口として待機させ、来所や電話による相談や苦情の対応にあたる。
- ② 担当者は基本的に生活相談員とし、不在の場合はその他従事者、または併設施設の事務担当者が対応し、その後生活相談員に連絡する。

当施設ご利用者相談・苦情担当

| | | |
|-------|-------|------------------|
| 解決責任者 | 管理者 | |
| 受付担当者 | 生活相談員 | TEL 0957-73-9525 |

第三者委員

連絡先

| | | |
|-------|-----------------|------------------|
| 正木 玲子 | 南島原市加津佐町己2475 | TEL 0957-87-2683 |
| 吉田 博昭 | 南島原市加津佐町己2849-1 | TEL 0957-87-3131 |

(2)円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情等が確認された場合は、早急に生活相談員が対応し、管理者に報告を行う。

対応する生活相談員は、管理者の判断により、その者の対応では不適切と考えられる場合は、管理者又は他の従事者が対応する体制をとる。

対応については、利用者等の状況により、電話・訪問・来所等の方法で苦情の内容を把握し、分析を行う。

苦情の原因を明らかにした後は、適宜その要望や苦情に応じて解決方法を検討し、再度の苦情発生の予防に配慮し、利用者及び家族に説明を行う。

(3)その他相談窓口

当センター以外に、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。

区市町村名 島原地域市町村圏組合

担当 介護保険課 TEL 0957-63-1111

南島原市 福祉課 TEL 0957-73-6651

長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課

受付時間 平日の午前9時から午後5時まで(土曜、日曜、祝日、12月29日から1月3日を除く)

TEL 095-826-1599(苦情相談直通) FAX 095-826-1779

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

| | | | |
|------------|--------------|-------------|--|
| 実施の有無 | 有 ・ <u>無</u> | 実施した評価機関の名称 | |
| 実施した直近の年月日 | 年 月 日 | 評価結果の開示状況 | |

13. 法人の概要

| | |
|------------|-------------------------------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 白寿会 |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 久間英俊 |
| 本部所在地・電話番号 | 長崎県南島原市加津佐町丙1855番地2 電話:0957-87-4887 |
| 施設・拠点等 | 特別養護老人ホーム 5カ所 |
| | 短期入所生活介護 5カ所 |
| | 通所介護 1カ所 |
| | 訪問介護 3カ所 |
| | 在宅介護支援センター 1カ所 |
| | 居宅介護支援事業者 2カ所 |
| | 認知症対応型共同生活介護 3カ所 |
| | 認知症対応型通所介護 2カ所 |
| | サービス付高齢者向け住宅 1カ所 |

14. その他

この重要事項説明書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遵守し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

令和 年 月 日

短期入所生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基ついて重要な事項を説明しました。

また、令和3年4月に行われた介護報酬改定に伴う利用料金変更についても同意いたします。

事業者 社会福祉法人 白寿会
<事業者名> ショートステイセンターいわど
<住所> 長崎県南島原市加津佐町乙9番地
<代表者名> 施設長 林田真理子 印

説明者 所属
氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けたことについてその内容に同意します。

利用者 住所
氏名 印

(代理人) 住所
氏名 印