

『指定短期入所生活介護』重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(山口県指定 第3578100301号)

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。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護1～要介護5」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだうけていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 阿北福祉会
(2) 法人所在地 山口県萩市大字上小川東分1406番地
(3) 電話番号 08387-4-0231
(4) 代表者氏名 理事長 吉田 幸良
(5) 設立年月日 昭和56年8月3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4月1日指定
(山口県指定 第3578100301号)
※当事業所は、特別養護老人ホーム阿北苑に併設されています。
- (2) 事業所の目的 利用者が可能な限り居宅において、その能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援する。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム阿北苑
(4) 事業所の所在地 山口県萩市大字上小川東分1406番地
(5) 電話番号 08387-4-0231
(6) 事業所長(管理者) 小河 里美
(7) 事業所運営方針 特別養護老人ホーム阿北苑事業計画(運営方針)による。
(8) 開設年月日 昭和57年4月1日
(9) 通常の事業の実施地域 萩市・阿武町・益田市・津和野町
(10) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	9時～18時

- (11) 入所定員 10名

3. 居室の概要

(1) 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。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	8室	従来型個室
2人部屋	1室	多床室
合計	9室	
食堂	2室	
食堂兼機能訓練室	1室	
浴室	1室	特殊浴槽・車椅子浴槽・個人浴槽
医務室	1室	

☆居室に備え付けているもの

- ・全室空調設備 ・ベッド ・電気スタンド ・洗面所
- ・ベッドサイドキャビネット（物入れ） ・備え付け物入れ（筆筒）

☆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事業所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ます。
- ・特別養護老人ホーム阿北苑入所者の入院時における空床（多床室）についてもご利用できます。

4. 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、以下の職種の職員を配置しています。

【職員の配置状況】 ※主な職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人 数
1. 管理者	1 人
2. 医師（非常勤）	1 人
3. 生活相談員	1 人以上
4. 介護職員	18 人以上
5. 看護職員	2 人以上
6. 管理栄養士	1 人以上
7. 機能訓練指導員	1 人以上
8. 事務員	2 人以上
9. 調理員	5 人以上

【主な職種の勤務体制】

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	標準的な勤務時間 早出： 7：00～16：00 日勤： 9：00～18：00 遅出： 10：00～19：00 夜勤： 16：00～ 9：00
2. 看護職員	標準的な勤務時間 早出： 7：30～16：30 日勤： 9：30～18：30 遅出： 10：00～19：00

5. 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。

（1）当事業所が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き、負担割合証の割合に応じて介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①居室の提供

- ・当事業所の居室類型は、従来型個室8室、多床室（2人部屋）1室です。

②短期入所生活介護計画の作成

- ・ご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅介護サービス計画に基づき、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた短期入所生活介護計画を作成します。

③食事

- ・利用者のニーズと状態に沿って、嚥む力や飲み込む力が弱い方にもバリエーションに富んだ食事の提供を行います。
- ・ご利用者の自立支援のため、できるだけ離床して皆様と一緒に食事をとっていただけるように配慮します。

(食事時間) 朝食：7：30から 昼食12：00から 夕食17：30から

④入浴

- ・入浴または清拭を週2回行います。
- ・個人浴の他、座位のとれる方は車椅子浴槽を、寝たきり等で座位のとれない方は特殊浴槽を使用して入浴することができます。

⑤排泄

- ・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、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。

⑥機能訓練

- ・機能訓練指導員（兼務）により、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援助を行います。

⑦健康管理

- ・常にご利用者の健康状況に注意し、健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。

⑧相談及び援助

- ・当事業所は、ご利用者そのご家族からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

⑨送迎

- ・当事業所の事業実施地域の方で、送迎を希望される方は実施します。
- ・身体状況等により、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。

⑩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て、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・シーツ交換は週1回実施し、必要に応じて衣類の洗濯を行います。
- ・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。

⑪定例行事及びレクリエーションへの参加

＜サービス利用料金（1日につき）＞

ご利用者の要介護度に応じた、介護保険負担割合によるサービス利用料金、加算と食事及び滞在に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

※介護保険負担割合証 利用者負担1割の場合

○個室（1人部屋）をご利用になる場合 従来型個室

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 603円	要介護度2 672円	要介護度3 745円	要介護度4 815円	要介護度5 884円
2. 夜勤職員配置加算（I）	13円	13円	13円	13円	13円
3. サービス提供体制強化加算（I）	22円	22円	22円	22円	22円
4. 食事に係る自己負担額	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円
5. 滞在に係る自己負担額	1,231円	1,231円	1,231円	1,231円	1,231円
合計（1～5）	3,314円	3,383円	3,456円	3,526円	3,595円

○2人部屋をご利用になる場合 多床室

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 603 円	要介護度 2 672 円	要介護度 3 745 円	要介護度 4 815 円	要介護度 5 884 円
2. 夜勤職員配置加算 (I)	13 円	13 円	13 円	13 円	13 円
3. サービス提供体制強化加算 (1)	22 円	22 円	22 円	22 円	22 円
4. 食事に係る自己負担額	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円
5. 滞在に係る自己負担額	915 円	915 円	915 円	915 円	915 円
合計 (1~5)	2,998 円	3,067 円	3,140 円	3,210 円	3,279 円

※介護保険負担割合証 利用者負担 2 割の場合

○個室 (1人部屋) をご利用になる場合 従来型個室

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 1,206 円	要介護度 2 1,344 円	要介護度 3 1,490 円	要介護度 4 1,630 円	要介護度 5 1,768 円
2. 夜勤職員配置加算 (I)	26 円	26 円	26 円	26 円	26 円
3. サービス提供体制強化加算 (1)	44 円	44 円	44 円	44 円	44 円
4. 食事に係る自己負担額	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円
5. 滞在に係る自己負担額	1,231 円	1,231 円	1,231 円	1,231 円	1,231 円
合計 (1~5)	3,952 円	4,090 円	4,236 円	4,376 円	4,514 円

○2人部屋をご利用になる場合 多床室

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 1,206 円	要介護度 2 1,344 円	要介護度 3 1,490 円	要介護度 4 1,630 円	要介護度 5 1,768 円
2. 夜勤職員配置加算 (I)	26 円	26 円	26 円	26 円	26 円
3. サービス提供体制強化加算 (1)	44 円	44 円	44 円	44 円	44 円
4. 食事に係る自己負担額	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円
5. 滞在に係る自己負担額	915 円	915 円	915 円	915 円	915 円
合計 (1~5)	3,636 円	3,774 円	3,920 円	4,060 円	4,198 円

※介護保険負担割合証 利用者負担 3 割の場合

○個室 (1人部屋) をご利用になる場合 従来型個室

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 1,809 円	要介護度 2 2,016 円	要介護度 3 2,235 円	要介護度 4 2,445 円	要介護度 5 2,652 円
2. 夜勤職員配置加算 (I)	39 円	39 円	39 円	39 円	39 円
3. サービス提供体制強化加算 (1)	66 円	66 円	66 円	66 円	66 円
4. 食事に係る自己負担額	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円
5. 滞在に係る自己負担額	1,231 円	1,231 円	1,231 円	1,231 円	1,231 円
合計 (1~5)	4,590 円	4,797 円	5,016 円	5,226 円	5,433 円

○2人部屋をご利用になる場合 多床室

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 1,809 円	要介護度 2 2,016 円	要介護度 3 2,235 円	要介護度 4 2,445 円	要介護度 5 2,652 円
2. 夜勤職員配置加算 (I)	39 円	39 円	39 円	39 円	39 円
3. サービス提供体制強化加算 (1)	66 円	66 円	66 円	66 円	66 円
4. 食事に係る自己負担額	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円
5. 滞在に係る自己負担額	915 円	915 円	915 円	915 円	915 円
合計 (1~5)	4,274 円	4,481 円	4,700 円	4,910 円	5,117 円

◇加算説明◇

夜勤職員配置加算（Ⅰ）

- ・夜勤を行う介護職員、看護職員数が最低基準を上回り、手厚い人員体制をとっていることにより算定します。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

- ・介護職員のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士資格を有する職員の割合が35%以上の状況により算定します。

◇次の事項に該当する場合、別に所定の料金を算定した自己負担割合分をお支払いください。

生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 1月につき 10円（1割） 20円（2割） 30円（3割）

- ・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、介護機器の活用、取り組み実績を報告することにより算定します。

送迎体制加算 片道 184円（1割） 368円（2割） 552円（3割）

- ・ご利用者が当事業所の事業実施地域の送迎を希望された場合にお支払いいただく、片道あたりの利用料金です。

緊急短期入所受入加算 1日につき 90円（1割） 180円（2割） 270円（3割）

- ・居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合は、緊急短期入所受入加算として、当該指定短期入所生活介護を行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度として加算します。

長期利用者に対する減額 1日につき 300円（1割） 600円（2割） 900円（3割）

- ・連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合、基本報酬を減算します。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

- ・上記により算定したサービス利用に係る自己負担額（食費・居住費を除く）と該当する加算料金の合計の14.0%に相当する金額を、別途お支払いいただきます。

☆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。

☆上記各料金表の4.食事に係る自己負担額は、1日あたりの内訳を次のとおりとします。

・朝食385円 ・昼食530円 ・夕食530円

<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は、指定短期入所生活介護利用の滞在費・食費の負担が軽減されます。

- ・市町村へ申請をすることにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付されます。

（負担限度額認定を受け、認定証に記載されている負担限度額）

[日 額]

対象者		区分	居 住 費		食費
			多床室	従来型個室	
生活保護受給者		利用者負担第1段階	0円	380円	300円
世帯 全員が 市町 村民 税非 課税 者	高齢福祉年金受給者	利用者負担第2段階	430円	480円	600円
	年金収入等の合計が80万円以下の方	利用者負担第3段階①	430円	880円	1,000円
	年金収入等80万円超120万円以下の方	利用者負担第3段階②	430円	880円	1,300円
	年金収入等120万円超の方	利用者負担第4段階	915円	1,231円	1,445円
上記以外の方		利用者負担第4段階	915円	1,231円	1,445円

(2) (1) 以外のサービス

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 通常の事業実施区域外への送迎

・通常の事業の実施区域外への送迎費用については、片道 1,000 円いただきます。

② 理美容サービス

・理美容師の出張による理美容サービスの実費

③ 日常生活上必要となる諸費用

・日常生活に要する費用で、ご負担いただくことが適当であるものに掛かる費用

○個人で使用する電化・電気製品の電気代 1 日につき 50 円

④ 行事・レク活動

・ご利用者の希望により、行事やレク活動に参加していただくことができます（参加費や材料費等の実費をご負担いただきます）

⑤ その他

・おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

・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。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記 (1)、(2) の料金・費用は、サービス利用終了時にお支払いいただくか、又は、1 ヶ月ごとに計算しますので、翌月 20 日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口での現金支払い

イ. 指定金融機関口座からの自動引き落とし

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、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下さい。

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ご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時をご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されている期間中でも、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。

6. サービス利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、事業所をご利用される皆様の共同生活の場として快適性、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

入所にあたり、共同生活に支障をきたすような物の持ち込みは制限させていただきます。

(2) 面 会 面会時間 原則として 9:00~18:00

訪来者は、必ずその都度事務所窓口の面会簿にご記入下さい。

(3) 施設・設備の使用上の注意

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、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者又は身元引受人に相当の代価をお支払いいただく場合があります。

ご利用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、ご利用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。

但し、その場合プライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

(4) 喫煙 敷地内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(5) 協力義務

ご利用者は、当事業所がご契約者のため短期入所生活介護サービスを提供するにあたり可能な限り当事業所に協力しなければなりません。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかにご家族等へ連絡し、かかりつけ医や医療機関へ受診等が行えるよう必要な措置を講じます。

8. 衛生管理

当事業所は、ご利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。事業所における、感染症及び食中毒の予防又はまん延防止のための指針を整備し、対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、職員に周知徹底しています。また、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に開催します。その他、厚生労働大臣が定める感染症及び又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

9. 非常災害対策

当事業所は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対する計画を作成し、防災管理者を置き、非常災害に対する取組を行います。非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し定期的に避難訓練等を実施します。また訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

10. 業務継続計画

当事業所は、感染症や非常災害が発生した場合に、サービスの提供が続けられるための、または非常時の体制で早期の業務再開を図るためのBCP（業務継続計画）を策定しています。従業員へ、計画について周知し、研修および訓練（シュミレーション）を実施します。

11. 事故発生時の対応

当事業所はご利用者に対する介護サービスの提供にあたり、事故が発生した場合は速やかにご利用者の後見人及びその家族、保険者、居宅介護支援事業所等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の発生又は再発を防止するための指針を整備し、報告、分析を通じた改善策を周知徹底するために事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行います。これらの措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

12. 虐待の防止に関する事項

当事業所は、ご利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、指針を整備し、虐待防止のための対策を検討する委員会及び職員に対する研修会を定期的に行い、周知徹底を図ります。また、これらの措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力します。

13. 身体的拘束等の適正化の対策

当事業所は、原則としてご利用者に対する身体拘束を行いません。ただし、当該ご利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、説明し同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し保存します。

14. 資質向上の取組

当事業所は、医療・福祉関係の資格を有さない介護に直接携わる従業者について、認知症介護基礎研修を受講させるなど、研修の機会を確保し資質の向上を図ります。

15. 職場におけるハラスメント対策

当事業所は、職場におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止するための指針を定め、従業者に周知・啓発しています。なお、入所者やその家族等から受けるものも含む内容であり、従業者の就業環境が害されることを防止しています。

16. 秘密の保持と個人情報の保護について

当事業所は、業務上知り得たご利用者又はその家族の秘密を保持します。また、当事業所の職員である期間及び職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するものとします。

個人情報の取扱いについては、サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし情報提供については、あらかじめ書面にて同意を得るものとします。ご利用者又は家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためガイドライン」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めています。

17. 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を受け付けます。また、ご意見箱を受付窓口に設置しています。

○解決責任者 施設長 小河 里美

○受付担当者 生活相談員 澄川 謙司、永尾 加納重

○受付時間 9:00 ～ 18:00

○電話番号 08387-4-0231

(2) 行政機関その他苦情受付機関

萩市役所 高齢者支援課	所在地 山口県萩市大字江向 510 番地 電話番号 0838-25-3131
国民健康保険団体連合会	所在地 山口県山口市朝田 1980-7 電話番号 083-995-1010
福祉サービス苦情解決委員会 (山口県社会福祉協議会)	所在地 山口県山口市大手町 9-6 電話番号 083-924-2837
益田市役所 高齢者福祉課 事業者指導係	所在地 島根県益田市常盤町 1-1 電話番号 0856-31-0218
津和野町役場 健康保険課	所在地 島根県鹿足郡津和野町後田 64-6 電話番号 0856-72-0651
浜田市役所 健康医療対策課 浜田地区広域行政組合	所在地 島根県浜田市殿町 1 番地 電話番号 0855-25-9320 電話番号 0855-25-1520

令和 年 月 日

指定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。

事業者

〒759-3202 山口県萩市大字上小川東分1406番地
社会福祉法人阿北福祉会 特別養護老人ホーム阿北苑

説明者〔職氏名〕

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、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 〒 _____

氏名 _____

身元引受人 住所 〒 _____

氏名 _____ 〔続柄〕 _____