

指定介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

1. 設置者

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 法人の名称  | 社会福祉法人 庄内福祉会      |
| 法人の所在地 | 山形県酒田市宮海字林内 23 番地 |
| 代表者名   | 理事長 根岸 捷彦         |
| 電話番号   | 0234-33-1150      |

2. サービスを提供する事業所の概要

|             |                        |          |              |
|-------------|------------------------|----------|--------------|
| 事業所の名称      | 在宅介護複合施設ほづみ短期入所生活介護事業所 |          |              |
| 事業所の所在地     | 山形県酒田市宮海字林内 23 番地      |          |              |
| 介護保険指定番号    | 0670801182             |          |              |
| 電話番号        | 0234-33-1150           | FAX 番号   | 0234-33-1160 |
| 提供可能サービス・定員 | 介護予防短期入所生活介護・20 名      | 事業管理者職氏名 | 梅津 縁         |
| 通常の送迎の実施地域  | 酒田市 遊佐町                | 営業日      | 無 休          |

3. サービスの内容

- (1) 指定介護予防短期入所生活介護サービス（以下「サービス」という）は、事業者が管理運営する施設において、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活などに関する相談・助言、健康状態の確認その他利用必要な日常生活の世話、並びに機能訓練を短期間の宿泊を通じて行うサービスです。
- (2) サービスの提供にあたっては、居宅介護支援専門員の計画に沿って提供致します。また、利用者の短期入所生活介護計画（個別援助計画）については、認定の更新毎に見直しを行います。
- (3) サービス内容の詳細については、担当居宅介護支援事業者の作成する「サービス利用票」及び「週間サービス計画表」に基づき実施します。

4. 事業所の設備およびサービス内容の詳細

- ・定員：20 名
- ・ユニット：1 名室×10 室×2 ユニット
- ・食事時間（おおむね）：朝食 7：30～8：30 昼食 12：00～13：00 夕食 17：00～18：00
- ・入浴：ご希望に応じた入浴及び入浴回数を考慮いたしますが、原則 1 週間に 2 回とします。又、体調などにより特別浴又は清拭部分浴、入浴を見合わせていただく場合もあります。
- ・身体的な介助（着衣、脱衣、排泄介助、体位交換、移動介助）は、利用者ごとに行います。
- ・サービス開始初日に体調のチェックを行います。又毎朝と入浴前にも実施します。

5. 職員の配置状況

(1) 事業所に勤務する職員の職種と員数

| 職 種     | 常 勤                  | 非常勤     | 員 数 |
|---------|----------------------|---------|-----|
| 管理者     | 1 名（兼務 1 名）          |         | 1   |
| 医 師     |                      | 1 名（嘱託） | 1   |
| 生活相談員   | 2 名（専従 1 名・兼務 1 名）   |         | 2   |
| 介護職員    | 14 名（専従 11 名・兼務 1 名） | 2 名     | 14  |
| 看護職員    | 2 名（兼務 2 名）          |         | 2   |
| 機能訓練指導員 | 2 名（兼務 2 名）          |         | 2   |
| 栄養士     |                      | 1 名     | 1   |

(2) 職員の職務内容

- ① 管理者  
事業所の管理と統括を行います。円滑な施設の運営を司る。
- ② 医師  
必要と認められた利用者の定期的な経過観察と、緊急時の対応を行うとともに日常の業務上必要な医学的な見地からの指示を職員に提示します。
- ③ 生活相談員  
利用者の短期入所生活介護計画（個別援助計画）のとりまとめや、利用者や家族に対する事業（所）内容の説明を行い、加えて利用者の生活相談及び指導、関係職員の連絡調整、事業所の事務業務などを行います。

- ④ 看護職員  
利用者の保健衛生に関する業務や、利用者の介護および看護に関する記録及びその保管に関する業務を行います。
- ⑤ 介護職員  
利用者の介助に関する業務や、その記録と保管に関する業務を行い、加えて事業所のサービス提供環境の整備と衛生管理を行います。
- ⑥ 機能訓練指導員  
利用者の自立支援につながる機能訓練を、短期入所生活介護計画に基づき計画し、その訓練を行います。
- ⑦ 栄養士  
給食計画、献立の作成及び調理指導や、食事の調理、配膳及び調理室、食堂、食品庫などの衛生管理を行います。

## 6. 利用料金

### ◆介護予防短期入所生活介護費

介護保険制度における利用者負担割合については、1割、2割、3割となりますが、介護保険負担割合証による各利用者の負担割合に応じた額となります。

#### (1) ユニット型介護予防短期入所生活介護費：1日につき

| サービス提供区分 | 介護報酬額  | 利用者負担額 |        |        |
|----------|--------|--------|--------|--------|
|          |        | 1割     | 2割     | 3割     |
| 要支援1     | 5,610円 | 561円   | 1,122円 | 1,683円 |
| 要支援2     | 6,810円 | 681円   | 1,362円 | 2,043円 |

#### (2) 長期利用者提供減算：1日につき

| サービス提供区分 | 介護報酬額  | 利用者負担額 |        |        |
|----------|--------|--------|--------|--------|
|          |        | 1割     | 2割     | 3割     |
| 要支援1     | 5,030円 | 503円   | 1,006円 | 1,509円 |
| 要支援2     | 6,230円 | 623円   | 1,246円 | 1,869円 |

- ※ 介護予防短期入所生活介護を連続して30を超えて利用した場合31日から1日あたり減算します。
- ※ 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は(1)～(2)の金額の97/100となります。
- ※ 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない場合は(1)～(2)の金額の97/100となります。
- ※ 介護・看護職員の員数が基準を満たさない場合は(1)～(2)の金額の70/100となります。
- ※ 利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合は(1)～(2)の金額の70/100となります。
- ※ 虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は(1)～(2)の金額の1/100を減算します。
- ※ 感染症も若しくは災害の何れか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合(1)～(2)の金額の1/100を減算します。(令和7年4月1日から適用)
- ※ 身体拘束等の適正化に係る基準を満たさない場合は、(1)～(2)の金額の1/100を減算します。(令和7年4月1日から適用)

#### (3) 加算料金

|   | 加算名称 | 算定回数  | 介護報酬額  | 利用者負担額 |      |
|---|------|-------|--------|--------|------|
| ① | 送迎加算 | 片道につき | 1,840円 | 1割     | 184円 |
|   |      |       |        | 2割     | 368円 |
|   |      |       |        | 3割     | 552円 |

※居宅と事業所との間の送迎を行う場合加算します。

|   |                 |       |      |    |     |
|---|-----------------|-------|------|----|-----|
| ② | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 1日につき | 220円 | 1割 | 22円 |
|   |                 |       |      | 2割 | 44円 |
|   |                 |       |      | 3割 | 66円 |

※介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点によるものであり介護保険の基準に該当した場合に何れかを算定します。

|   |                |                 |  |  |  |
|---|----------------|-----------------|--|--|--|
| ③ | 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 所定単位数の1000分の113 |  |  |  |
|---|----------------|-----------------|--|--|--|

※介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するものとして創設されたものであり所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定します。

(4) 介護保険外料金(全額自己負担)

①居住費(滞在費) : 1 日につき 2,000 円

②食費 : 1 日あたり 1,950 円(実際の食数に応じた費用となります)

◇一般食(お粥食含む)、治療食

| 朝食    | 昼食    | 夕食    |
|-------|-------|-------|
| 550 円 | 750 円 | 650 円 |

※食費については、朝食、昼食、夕食の食事単位で計算します。

※治療食は、糖尿食、減塩食、キザミ食、一口食、ミキサー食等の一般食以外の食事を言います。

◆介護保険負担限度額認定の制度

|         | 居室に係る自己負担額 | 食事に係る自己負担額 |
|---------|------------|------------|
| 第 1 段階  | 880 円      | 300 円      |
| 第 2 段階  | 880 円      | 600 円      |
| 第 3 段階① | 1,370 円    | 1,000 円    |
| 第 3 段階② | 1,370 円    | 1,300 円    |
| 第 4 段階  | 2,000 円    | 1,950 円    |

※施設サービス・短期入所サービスの食費・居住費(滞在費)について、低所得者には負担限度額が設けられております。限度額が設定される低所得者とは市町村民税世帯非課税の人で、収入等により次の段階に区分されています。施設等はそれに従い負担を徴収します。

◆その他

○通常の送迎の実施地域を超えて送迎を行った場合、超えた地点から介護保険外の全額自己負担となります。(1 kmにつき 20 円)

○理美容サービス

近隣の美容室の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

理美容サービス カットのみ 2,200 円 カット(顔そり含む) 2,700 円

○その他

① 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。

② 上記費用に定められているものの他介護計画に基づいた屋外活動等による買い物、外食等は、実費相当額の自己負担となります。

③ 在宅サービス計画を作成しない場合など、(償還払い)となる場合 には、一旦利用者が利用料(10 割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分(9 割)を請求することになります。

④ 利用者負担金は、口座引き落とし・現金支払いの方法でお支払いください。

7. キャンセル

利用者がサービスの利用の中止をする際には、当事業所または担当居宅介護支援事業所までご連絡ください。利用日前日の 17 時以降のキャンセルにつきましては、食事費用実費分をキャンセル代として徴収致します。

8. サービス提供の記録等

(1) サービスを提供した際にはあらかじめ定めた書面に、提供したサービス内容提供日等の必要事項を記入します。

(2) 事業者は、前項の書面その他の記録を作成完了後 5 年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し又はその写しを交付します。

9. 秘密保持

事業者は、業務上知り得た利用者及び、その家族に関する秘密及び、個人情報については利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。但し、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規程にかかわらず、一定の条件の下(サービス担当者会議等での開示)で個人情報を利用できるものとします。

10. 苦情などの受け付け

\*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ます。

|      |                        |
|------|------------------------|
| 事業所名 | 在宅介護複合施設ほづみ短期入所生活介護事業所 |
|------|------------------------|

|         |              |
|---------|--------------|
| サービスの種類 | 介護予防短期入所生活介護 |
|---------|--------------|

※ 苦情受付窓口

(担当者) 氏 名 梅津 縁 齋藤 亜矢子  
住 所 酒田市宮海字林内 23 番地  
電 話 0234-33-1152 (直通)

※ 苦情受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前 8:30～17:30 まで  
(苦情受付箱をホールにおいてあります。)

※ 苦情措置の概要

- (1) 苦情のあった場合は、直ちに相手側に連絡を取り、訪問するなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認する。
- (2) 担当者が必要であると判断した場合は、管理者まで含めて検討会を行う。(検討会をしない場合でも必ず管理者まで処理結果を報告する)
- (3) 検討の結果、必ず翌日までには具体的な対応をする。(利用者に謝罪に行くなど) 記録台帳、管理カードを作成保管し再発を防ぐ為に役立てる。

行政機関その他苦情受付機関

|             |                |       |              |
|-------------|----------------|-------|--------------|
| 酒田市役所       | 介護保険課          | 電話    | 0234-26-5732 |
|             |                | F A X | 0234-26-5796 |
| 遊佐町役場       | 健康福祉課          | 電話    | 0234-72-5884 |
|             |                | F A X | 0234-72-3317 |
| 国民健康保険団体連合会 | 介護保険課介護サービス推進室 | 電話    | 0237-87-8006 |
|             |                | F A X | 0237-83-3354 |

1 1. 緊急時の対応

事業者は、サービスの提供中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速やかにご家族の方にご連絡するとともに、市町村及び主治医又は協力医療機関と連絡を取る等必要な措置を講じます。

1 2. 事故発生時の対応

事業者は、当該事業所のサービスの提供により、事故が発生した場合は速やかにご家族の方に連絡を取り、必要な措置を講じます。又、当該事故について山形県、市町村等関係機関に報告し、一切(原因・対処など)を記録に残すものとします。

1 3. 損害賠償

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合にはその損害を賠償します。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。  
(事業者は万一の事故に備えて、損害賠償責任保険に加入しています)

1 4. 身体拘束について

- (1) 施設サービスの提供に当たっては、ご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、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、ご利用者またはその家族に対して事前に口頭及び文書による説明を行い、併せて文書による同意を得ます。

1 5. 受診の依頼

- (1) サービスご利用中に、ご契約時またはご利用開始時と著しく異なる心身の状況が認められた場合や、他のご利用者への影響が懸念される症状が認められた場合には、急変時対応以外でも医師、看護職員、介護職員の判断により、医療機関での受診をお願いする場合がございます。
- (2) ご利用者の状態により必要に応じて当事業所の送迎車両で病院までお送りする場合があります。  
※定期的な受診がサービスご利用中に予定されている場合は、ご家族により受診していただきます。

1 6. 介護職員が行う医行為の範囲外について

当事業所における投薬につきまして、医師及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守し、介護職員が薬の介助を行う事がございます。この事は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条に禁止する医行為ではないとして厚生労働省より通知されているものです。また、その他の医行為の範囲外につきましては、お問い合わせ下さい。

17. 福祉サービスの第三者評価実施状況

実施の有無：無

18. その他

- (1) 介護職員等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。
- (2) 以下の事由に該当する場合は、お申し込み頂いている利用時間であってもサービスの提供を中止し、退所して頂く場合があります。
  - ・入所時の体調のチェックの結果、異常が認められた場合
  - ・利用中に体調の不良を訴えられた場合
  - ・他の利用者の生命又は身体、財産に対して重大な影響を及ぼす行為が認められた場合
  - ・職員への暴言、暴力、ハラスメント等が認められた場合※具体例として
  - ①物を投げつける、身体への暴力、怒鳴る、大声を発するなど
  - ②身体を触る、腕を引っ張り抱きしめる、卑猥な言動など
- (3) 面会については、感染症等対策によりその都度対応が変わっている場合がございます。面会を希望される場合は前もってお問い合わせください。

説明確認欄

令和        年        月        日

指定介護予防短期入所生活介護サービス提供に関する契約に当たり上記の通り重要事項の説明を致しました。

[ 事業者 ]

所在地        〒998－0005   酒田市宮海字林内 23 番地  
事業所名        社会福祉法人 庄内福祉会  
                  在宅介護複合施設 ほづみ  
代表者名        理事長 根岸 捷彦        印

[ 事業所 ]

所在地        〒998－0005   酒田市宮海字林内 23 番地  
事業所名        在宅介護複合施設ほづみ短期入所生活介

護事業所

説明者        生活相談員        \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づき事業所から重要事項の説明を受け了承し、指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供開始に同意します。

[ 利用者 ]

住        所        \_\_\_\_\_  
氏        名        \_\_\_\_\_

[ 代理人 ]

住        所        \_\_\_\_\_  
氏        名        \_\_\_\_\_

利用者との続柄        \_\_\_\_\_

代理人が署名捺印する理由  
\_\_\_\_\_