

介護予防短期入所生活介護（ショートステイパサーダ） 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対し、適正な介護予防短期入所生活介護を提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 法人・施設の内容

(1) 法人

| | |
|--------|------------------|
| 法人の名称 | 社会福祉法人 北農 |
| 法人の所在地 | 岐阜県大垣市北方町二丁目70番1 |
| 法人の種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 杉野 典嗣 |
| 電話番号 | 0584-78-2984 |

(2) 施設

| | |
|-------------|---------------------------------|
| 施設の名称 | ショートステイパサーダ |
| 施設の所在地 | 岐阜県大垣市北方町二丁目70番1 |
| 管理者名 | 施設長 杉野 絵里 |
| 電話番号 | 0584-78-2102 |
| 事業所の種別・利用定員 | 指定介護予防短期入所生活介護 22名（従来型個室） |
| 指定年月日・指定番号 | 令和4年3月1日 指定番号 2172102952 |
| サービスを提供する地域 | 大垣市、安八郡、揖斐郡、不破郡、養老郡、海津市、瑞穂市、本巣市 |

(3) 施設の従業者体制

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 主な業務内容 |
|----------|----|----|----|-----|----|-------------------------------|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 管理者（施設長） | 1 | | 1 | | | 業務の一元的管理 |
| 医師 | 1 | | | | 1 | 健康管理及び療養上の指導 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | | | 生活相談及び指導 |
| 介護職員 | 9 | 7 | | 2 | | 介護業務 |
| 看護職員 | 1 | 1 | | | | 心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 1 | 1 | | | 身体機能の向上、健康維持のための指導 |
| 管理栄養士 | 1 | | 1 | | | 食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等 |

(4) 職種の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務時間 |
|----------|---|
| 管理者（施設長） | 勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務 |
| 医師 | 内科医（1月1回1時間程度） |
| 生活相談員 | 勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務 |
| 介護職員 | 早番（7：00～16：00） 日勤（10：00～19：00） 遅番（13：00～22：00） 夜勤（22：00～8：00） パート（7：00～22：00の間） |
| 看護職員 | 勤務時間（8：00～17：00）常勤で勤務 ※夜間は、交代で連絡が取れる体制をとり、緊急時に備えます |
| 機能訓練指導員 | 勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務 |
| 管理栄養士 | 勤務時間（8：30～17：30）常勤兼務で勤務 |

(5) 設備の概要

| 居室・設備の種類 | 室数等 | |
|----------|-----|---|
| 居室（一人部屋） | 22室 | 全室個室です。居室の変更につきましては、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。又、利用者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。 利用者の居室は、ベッド・家具・テレビ・ナースコール等を備品として備えています。 |
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 | 共同生活室に食堂を設け、利用者が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備え、併せて機能訓練、利用者の交流、共同での日常生活の場としています。 |
| 浴室 | 2室 | 浴室には利用者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けています。 （一般浴室1室・機械浴室1室） |
| 洗面所及び便所 | | 必要に応じて洗面所や便所を設けています。 （洗面所4ヵ所、便所5室） |
| 医務室 | 1室 | 利用者を診察するために医務室を設けています。 |

3. サービスの内容

| 種 類 | 内 容 |
|-------------------|--|
| 介護予防短期入所生活介護計画の立案 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、介護予防短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者及び家族に説明し同意を得ます。 ・介護予防短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。 |
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂で食事をとっていただきます。 ・療養食を必要とする利用者に対し、医師の食事箋に基づく栄養管理及び療養食の提供を行います。 (食事時間) 朝食7:30 昼食12:00 夕食18:00 |
| 介護 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話をを行います。 |
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・最低、週2回入浴可能です。特別浴又は清拭となる場合があります。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室にて利用者の状況に応じて計画的に機能訓練を実施します。 |
| 生活相談 | <ul style="list-style-type: none"> ・生活相談員をはじめ従業員が、日常生活に関する事等の相談に応じます。 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用期間中の医療機関の受診は、基本にご家族に対応していただきます。ただし、緊急時必要があると事業者が判断した場合事業者が受診等を行います。 |
| 理容・美容 | <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ理容・美容サービスを実施しています。(料金は自己負担) |
| 所持品の管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則施設での管理は行いません。 |
| レクリエーション | <ul style="list-style-type: none"> ・食堂等で実施します。 |

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護予防短期入所生活介護のサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

※利用料金の額は、単位数×10.17円です。

(1) 基本料金

| | 要支援1 | 要支援2 |
|-------------------|---------|---------|
| 1日あたりの単位数 | 479単位 | 596単位 |
| 1日あたりの利用料金 | 4,871円 | 6,061円 |
| 1日あたりの自己負担額(1割) | 487円 | 606円 |
| 1ヵ月(31日)あたりの自己負担額 | 15,100円 | 18,789円 |

※自己負担額が2割及び3割の利用者はその額

(2) 加算料金等

| 名称 | 単位数 | 加算料金 | 自己負担額 (1割) |
|------------------|--|----------|------------|
| 機能訓練体制加算 | 12単位/日 | 122円/日 | 12円/日 |
| 個別機能訓練加算 | 56単位/日 | 569円/日 | 56円/日 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120単位/日 | 1,220円/日 | 122円/日 |
| 送迎体制 (片道につき) | 184単位/回 | 1,871円/回 | 187円/回 |
| 療養食加算 | 8単位/1食 | 81円/1食 | 8円/1食 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 22単位/日 | 223円/日 | 22円/日 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18単位/日 | 183円/日 | 18円/日 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 6単位/日 | 61円/日 | 6円/日 |
| 口腔連携強化加算 | 50単位/月 | 508円/月 | 50円/月 |
| 生産性向上推進体制加算Ⅰ | 100単位/月 | 1,017円/月 | 101円/月 |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ | 10単位/月 | 101円/月 | 10円/月 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 1月の総単位数 (基本単価+加減算) × 8.3% 令和6年5月まで | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ | 1月の総単位数 (基本単価+加減算) × 2.7% 令和6年5月まで | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ | 1月の総単位数 (基本単価+加減算) × 2.3% 令和6年5月まで | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1月の総単位数 (基本単価+加減算) × 1.6% 令和6年5月まで | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 1月の総単位数 (基本単価+加減算) × 14.0% 令和6年5月から | | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 1月の総単位数 (基本単価+加減算) × 13.6% 令和6年5月から | | |

※サービス提供体制強化加算、生産性向上推進体制加算、介護職員等処遇改善加算はいずれかの算定となります。

※自己負担額が2割及び3割の利用者はその額

(3) その他の費用

① 「滞在費」及び「食費」 1日あたりの金額

| | 滞在費 | 食費 |
|-------|--------|--------|
| 従来型個室 | 2,410円 | 1,445円 |

※ 介護負担限度額認定証の発行を受けている方は、下記②の滞在費・食費の額とします。

※ 介護負担限度額認定を受けられていない方の滞在費については、当分の間1,900円 (1日あたり) に減額します。

※ 1日の食費の内訳は、朝食：295円、昼食：575円、夕食：575円です。入退所などで3食とられない場合は、実際にとられた分を負担いただきます。

② 介護負担限度額認定を受けられた方の滞在費、食費の負担額 1日あたりの金額

| | 滞在費 | 食費 |
|-------------|------|--------|
| 第1段階利用者負担額 | 380円 | 300円 |
| 第2段階利用者負担額 | 480円 | 600円 |
| 第3段階利用者負担額① | 880円 | 1,000円 |
| 第3段階利用者負担額② | 880円 | 1,300円 |

※ 入退所等などで3食とられない場合、実際の食費が負担額を下回った場合は、その額とします。

※ 令和6年8月から適用となります。令和6年7月までの介護負担限度額認定を受けられている方の滞在費の額は、第1段階利用負担額は320円、第2段階利用負担額は420円、第3段階利用負担額は、820円となります。

③ その他の費用

| 区 分 | 金 額 (単 位) | 内 容 の 説 明 |
|-----------|-----------------------|--|
| 特別な食事代 | 要した費用の実費 | 利用者の希望によって特別な食事を提供した場合 |
| 理美容代 | 実費 | 利用者の希望によって提供した場合で、内容により料金は異なります |
| レクリエーション代 | 実費 | 利用者の希望によって施設で行うレクリエーション等の費用 |
| 事務代行管理費 | 1日あたり 52円 | 利用者の希望により貴重品の管理費及び入所者の代行として行う手続きの費用 |
| 日常生活費 | 実費 | 日常生活において利用者が負担することが適当とみとめられる費用 |
| 電気使用料 | 電化製品1台 30円 (1日あたり) | 電化製品使用に係る電気料金 |
| 複写料 | 1枚11円 | 利用者の希望により複写物を提供する場合 |
| 地域外の送迎 | 片道10kmごとに510円 | 利用者の選定により、通常の事業実施以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎料金 |

(4) キャンセル料

「居宅サービス計画」に位置づけられた利用日を中止した場合には、次のキャンセル料を申し受けます。

- ・利用前日までに利用中止のご連絡をいただいた場合 無料
- ・利用当日に利用中止のご連絡をいただいた場合 1日あたりの利用料
- ・利用当日までに利用中止のご連絡をいただかない場合 1日あたりの利用料

*ただし、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。

(5) 利用料金の支払い方法

前記(1)、(2)、(3)の料金費用は、利用月の月末締めとし、翌月末日までに銀行口座振り替えにてお支払いいただきます。ただし、口座振り替えが開始されるまでの期間は、口座振込み又は現金での支払いとなります。

利用者に支払い能力がない場合は、家族(身元保証人)が責任を持って支払うものとなります。

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ア 利用に際し、利用者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- イ 利用者は、施設内の設備及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ウ 事業所内での金銭及び飲食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- エ 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- オ 面会時間は9：00～17：00です。その際、面会票にご記入上、ご面会下さい。
- カ 外出等で食事が不要の場合は、前日までにお申し出下さい。その場合、食事代を頂戴しません。
- キ 居室及び共用設備等は、本来の用途に従って使用して下さい。
- ク 故意に、施設、設備を破損したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により現状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合もあります。
- ケ 当事業所の従業者や他の利用者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- コ 施設内は全て禁煙です。
- サ 利用者本人に係る被服や日用品を購入させていただく場合もあります。
- シ 当施設は全室個室です。個室等における職員の目の届かない場所で発生した事故等につきましては、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合は、責任を負いかねないこともあります。

6. 感染症対策

事業所は、感染症の発生防止及びまん延防止のための指針を整備し、その対策を検討する委員会を設置し、6ヵ月に1回以上定期的に開催し、従業者に対してはその結果の周知徹底を図るとともに、研修及び訓練を年1回以上実施します。

7. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するための指針を整備し、その対策を検討する委員会の設置と定期的な開催、従業者に対してはその結果の周知徹底を図り、対策が適切に実施するための担当者を置きます。

8. 従業者の質の確保

事業所は、利用者に対する介護に直接携わる従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法令等で規定する資格を有する者を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させます。

9. 非常災害対策

事業所では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

10. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、必要な措置を講ずるとともに定期的な見直しを行い、従業者に対しては当該計画の周知徹底を図り、必要な研修及び訓練を年1

回以上実施します。

11. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

12. 重度利用者への対応

厚生労働省が定める重度利用者が急変の際、当該利用者の主治医等に連絡がとれない等の場合はあらかじめ施設が定めた当施設嘱託医又は協力医療機関が必要な措置を講じます。尚、この重要事項説明書の説明並びに利用者の記名・捺印をもってここに定めた措置に利用者が同意したものとします。

13. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

14. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

15. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行い利用者の尊厳の保持に努めます。

16. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

17. 職場におけるハラスメント

事業所は、適切な社会福祉事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就労環境が害されることを防止するための指針の明確化等の措置を講じます。

18. 各種会議等への参加

利用者及びその家族が制度上必要な場合、会議等に参加していただく場合があります。会議等については、テレビ電話等を活用する場合があります。テレビ電話等を活用する場合、個人情報取り扱いガイドラインに留意しながら実施し、この書面をもって利用者及びその家族の同意を得たものとします。

19. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：生活相談員 濱崎 巧

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法 電話 0584-78-2102

※公的機関においても、次の機関において苦情の申し出ができます。

大垣市高齢介護課

岐阜県大垣市丸の内2丁目29

電話番号：0584-47-7409 F A X 番号：0584-81-6221

岐阜県国民健康保険団体連合会介護保険課

岐阜県岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉農業会館

電話番号：058-275-9826 F A X 番号：058-275-7635

20. 第三者評価の実施状況

直近の実施年度 なし

21. 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所にご協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等における速やかな対応をお願いしています。

・協力医療機関

- ・名称 新生病院（総合病院）
- ・住所 岐阜県揖斐郡池田町本郷1551-1

・協力歯科医療機関

- ・名称 萩野歯科医院
- ・住所 岐阜県大垣市宮町1-38

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、緊急時の連絡先に連絡します。

22. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合、及び利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

又、天災、事変その他の不可効力及び火災、感染症等、あるいは外出中の不慮の事故により、利用

者に生じた損害については、施設の故意又は重大な過失がある場合を除き、施設は一切賠償責任を負わないものとします。

令和 年 月 日

介護予防短期入所生活介護の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 岐阜県大垣市北方町二丁目70番1

施設名 ショートステイパサーダ

管理者名 施設長 杉野 絵里 (印)

(指定番号 2172102952)

説明者 (印)

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護について重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住 所

氏 名 (印)

<家族(身元保証人)・利用者代理人>

住 所

氏 名 (印)

(続柄)