

社会福祉法人絃寿福祉会

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

(愛知県指定 第 2373101688)

当施設はご利用者に対して介護福祉施設サービスを提供します。施設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。

*当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	1
2. 事業所の概要	1
3. 職員の配置状況	2
4. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
5. 苦情の受付について	8

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人絃寿福社会
- (2) 法人所在地 愛知県安城市東端町鴻ノ巣 72 番地 2
- (3) 電話番号 Tel 0566-73-8211 Fax 0566-73-8212
- (4) 代表者氏名 理事長 稲垣 光昭
- (5) 設立年月 平成 23 年 7 月 28 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護
平成 25 年 1 月 1 日指定 (愛知県 2373101688)

(2) 事業所の目的

短期入所生活介護ひがしばたが行う短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その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、自立した日常生活を営むことができるよう入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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ことを目的とする。

- (3) 事業所名 短期入所生活介護ひがしばた
- (4) 事業所所在地 安城市東端町鴻ノ巣 72 番地 2
- (5) 電話番号 TEL 0566-73-8211 FAX 0566-73-8212
- (6) 施設長（管理者）小林 静子
- (7) 当事業所の運営方針

見慣れた風景、住み慣れた気候、聞きなれた言葉、食べなれた食事、同年代の気心あった人々と笑顔の中で、穏やかで満足感のある日々の生活を安心・安全の下におくっていただける施設を目指します。

- (8) 開設年月 平成 25 年 1 月 1 日
- (9) 利用定員 ①併設利用型 20 人
②空床利用型 特別養護老人ホームの定員 100 名以内

(10) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入所できる居室は 2 ユニット 20 部屋で全室個室です。

居室・設備の種類	室数・各箇所	備 考
個室	20 室	1 ユニット 10 室 (全面個室)
共同生活室	2 室	1 ユニット 1 室
洗面設備	22 ヶ所	各居室に 1 ヶ所と 1 ユニットに 1 ヶ所
便所	6 ヶ所	1 ユニットに 3 ヶ所設置
浴室 (個浴)	1 室	個浴 2 ユニットに 1 ヶ所
医務室	1 室	3 階に設置
理美容室	1 室	3 階に設置
調理室	1 室	1 階に設置
洗濯室・乾燥機室	1 室	2 ユニットに 1 ヶ所設置
汚物処理室	1 室	2 階に設置
介護材料室	1 室	2 階に設置

*上記は、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。

居室の変更

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、契約者にもその旨の連絡をいたします。また、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。

3. 職員の配置状況

(1) 職員の配置状況

当施設では、利用者に対して介護老人福祉施設サービスを提供するため、以下の職種の職員を配置しています。(特別養護老人ホーム 100 名の配置も含まれます)

職種	業務内容	配置数	配置基準
施設長(管理者)	施設全体の管理監督	1 名(兼務)	1 名
医師(嘱託)	診察、健康管理	3 名	1 名
介護支援専門員	施設サービス計画の作成等	1 名以上	1 名
生活相談員	生活相談、連絡調整等	2 名以上	2 名
介護職員	日常生活介護全般等	40 名以上	40 名
看護職員	健康管理、衛生管理等	3 名以上	3 名
機能訓練指導員	機能訓練等	1 名以上	1 名
管理栄養士・栄養士	栄養ケアプランの作成等	1 名以上	1 名
事務職員	受付対応、電話対応等	1 名以上	-

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

<職員の勤務体制>

介護職員は交代勤務による 24 時間体制をとっています。

7:00 ～ 21:00 1 ユニットにつき 1 名以上配置

21:00 ～ 翌 7:00 2 ユニットにつき 1 名以上配置

看護職員はオンコール体制により 24 時間対応しております。

職種	勤務体制(通常勤務時間)
医師	毎週水・木曜日
介護支援専門員	8:30 ～ 17:30
生活相談員	8:30 ～ 17:30
介護職員	7:00 ～ 16:00
	8:30 ～ 17:30
	13:00 ～ 22:00
	22:00 ～ 翌 7:00
看護職員	8:30 ～ 17:30
機能訓練指導員	8:30 ～ 17:30
管理栄養士・栄養士	8:30 ～ 17:30
事務職員	8:30 ～ 17:30

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条参照）

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に記載されている割合に基づき介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①栄養管理

イ) 利用者に対する食事は、心身の状態・病状及び嗜好を考慮し、栄養面を配慮した食品・調理方法で、管理栄養士により作成された献立に従って提供します。

ロ) 栄養並びにご利用者の身体状況に応じた（糖尿病食、肝臓食、心臓食、貧血食等）特別治療食を提供します。

②清潔

イ) 事業所では原則として毎週月曜日～土曜日の間に週 2 回入浴を行います。入浴できない場合は清拭を行います。

ロ) 寝たきりでも特殊浴槽（座浴・寝台浴）を使用して入浴することができます。

ハ) 清潔を保持するために、整髪、爪切り、手指消毒等を行います。

ニ) 週1回のシーツ交換、寝具や被服の清潔保持に努めます。

ホ) 口腔ケアは要介護高齢者には不可欠であり、低栄養・誤嚥性肺炎の予防により QOL (生活の質) を高める目的のため、利用者全員に毎日行います。

③排泄

イ) 排泄の自立を促すため、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

ロ) 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健康管理

イ) 医師や看護師が、健康管理・衛生管理等を行います。

⑥その他自立への支援

イ) 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

ロ) 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。

ハ) 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。

ニ) 毎日の生活が楽しいものになるように、利用者のニーズに応じて意欲が喚起されるように精神的に自立も支援します。

ホ) 利用者の尊厳を第一に考え、身体拘束しないように介護に努めます。やむを得ない状況が生じた場合は、ご本人・ご家族と協議のもと同意を得てから行います。

⑦送迎

ご利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められるご利用者に対して、その居宅と短期入所生活介護事業所との送迎を行います。

*送迎範囲：送迎の実施地域は別紙の通りです。

通常の実施地域を超えて行う送迎の費用は、実施地域を超えた地点から自宅までについて、介護保険給付対象外の送迎費用として次の額を徴収いたします。

◎実施地域を超えた地点から、片道 10 キロメートル未満 300 円

◎実施地域を超えた地点から、片道 10 キロメートル以上 500 円

<サービス利用単位数> (契約書第8条参照)

<基本単位(1日当り)>

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 基本サービス	529 単位	656 単位	704 単位	772 単位	847 単位	918 単位	987 単位
基本サービス 61日目以降	503 単位 31日目以降	623 単位 31日目以降	670 単位	740 単位	815 単位	886 単位	955 単位

<基本加算>

2 看護体制加算 (I)	4 単位/日 要支援者は算定しない
3 看護体制加算 (II)	8 単位/日 要支援者は算定しない
4 夜勤職員配置加算 (II)	18 単位/日 要支援者は算定しない
5 サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位/日
6 生産性向上推進体制加算 (I) または (II)	100 単位/月 または 10 単位/月

<個別に算定される加算>

① 送迎加算	184 単位/回
② 療養食加算	8 単位/食 1日3食まで
③ 緊急短期入所受入加算	90 単位/日 7日間または14日を上限
④ 看取連携体制加算	64 単位/日 死亡日前30日以内、7日を限度
⑤ 長期利用提供減算	-30 単位/日 31日~60日以内の利用日

***1 ※利用料金の計算方法**

総単位数 × 介護職員等処遇改善加算 (I) (14.0%) = 利用単位数 (小数点以下四捨五入)
 利用単位数 × 地域単価 (10.33 円) = 費用総額 (1 円未満切り捨て)
 費用総額 × 介護保険負担割合 (割合証による) = 介護保険利用者負担額 (1 円未満切り上げ)

***2** 短期入所の利用限度日数を超える場合はサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。

***3** 介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

利用料金の全額が利用者の負担となります。

① 食事代

朝食：370円 昼食(おやつ含)：740円 夕食：590円 1日合計：1,700円
行事食：追加500円(税抜)(内容により変動あり)

② 滞在費：1日：2,100円

<サービスの概要>

=食事=

- イ) 事業所では、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状況に応じた（糖尿病食、肝臓食、心臓病食、貧血食等）の特別治療食および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ロ) ご利用者の食事の種類については、嚥下機能と本人の希望で、主食は米飯、粥、ミキサーにかけたもの、パン、麺類等を用意します。
- ハ) 副食については、ご利用者の嗜好に合った、刻んだもの、一口大、ミキサーにかけたもの、流動食、ソフト食等お身体の状態に合わせ用意します。
- ニ) ご利用者の自立支援のため、離床して食堂にて摂取していただくことを原則としています。しかし、病気の時や体調が悪い場合は、お部屋に食事を運び介護職員または看護師が介助を致します。

(3) その他の費用

☆日用品

日常生活上最低必要と考えられる物品についてはご持参していただきます。

例) 歯ブラシ、化粧品、入れ歯洗浄剤、ボックスティッシュ等の日用品

*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

☆理美容サービス

理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

利用料金：実費徴収

☆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。
- ・クラブ活動：材料代、講師への謝礼

☆私物の洗濯代

利用者の希望により個別に外部のクリーニング店を利用した時は、実費ご負担していただきます。

☆複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

(4) 利用料金のお支払方法（契約書第 8 条参照）

利用料金は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、指定日までにお支払い下さい。なお、支払い方法は金融機関口座からの自動引落としとさせていただきます。（1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

領収書については、翌日請求書と同時に発行します。なお、ケアプランによっては当利用料が医療費控除の対象となる場合がございます。

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第 9 条参照）

① 利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護の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。

② 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。但し利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、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

*利用予定日の当日午前 10 時まで申し出がなかった場合は昼食代相当額をご負担いただきます。

③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

④ 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（契約書第 22 条参照）

(2) 苦情の受付

当事業所に対する苦情およびご要望、ご相談は以下の窓口で受け付けます。
またエントランスに意見箱を設置しておりますので、そちらへの投函でも受け付けます。

◎苦情受付窓口 施設長 小林 静子
生活相談員 神谷 ひとみ 郷野 結依香

◎受付時間 月曜日から土曜日 8:30~17:30（12/31~1/2 を除く）

(3) 行政機関その他苦情受付機関

◎安城市福祉部高齢福祉課

所在地 〒444-8501 愛知県安城市桜町 18 番 23 号

連絡先 TEL:0566-76-1111

◎碧南市高齢介護課介護係

所在地 〒447-8601 愛知県碧南市松木町 28

連絡先 TEL:0566-41-3311

◎西尾市長寿課給付担当

所在地 〒445-8501 愛知県西尾市寄住町下田 22

連絡先 TEL:0563-65-2119

◎高浜市福祉部介護保険グループ

所在地 〒444-1334 愛知県高浜市春日町五丁目 165 番地いきいきひろば内

連絡先 TEL:0566-52-9871

◎刈谷市長寿課

所在地 〒448-8501 愛知県刈谷市東陽町 1 丁目 1 番地

連絡先 TEL:0566-62-1013

◎愛知県国民健康保険団体連合会介護保険室

所在地 〒461-0001 愛知県名古屋市東区泉 1 丁目 6 番 5 号

連絡先 TEL:052-971-4165

◎愛知県社会福祉協議会 運営適正委員会(愛知県社会福祉協議会内)

所在地 〒460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内 2 丁目 4 番 7 号

連絡先 TEL:052-202-0167

(4) 第三者委員

◎神谷美紀夫

連絡先 TEL:0566-41-7008

◎小原治雄（当法人監事）

連絡先 TEL:0566-98-4668

附 則

施行日 平成 25 年 1 月 1 日 最新改訂日 令和 6 年 6 月 1 日

令和 年 月 日

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

事業所 短期入所生活介護ひがしばた

説明者 職種 _____

氏名 _____

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、介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。また、利用者及び契約者に関する個人情報を別に定める「社会福祉法人絆寿福社会個人情報の提供について」の第2項、第3項の範囲で利用、提供、または収集することについても同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

[署名代行者によるもの 1. はい 2. いいえ]

契約者（家族代表）

住所 _____

氏名 _____

(利用者との続柄)