

障害者支援施設サン未来

指定共生型短期入所生活介護事業所 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して短期入所生活介護（共生型）を提供します。事業所の概要、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いたします。

目 次

1. サービスを提供する事業者について	2
2. 利用事業所について	2
3. 提供するサービスの内容について	3
4. 利用料金について	4
5. 利用料、利用者負担額等の請求、支払い方法について	5
6. サービスの提供にあたり	5
7. 衛生管理等	6
8. 緊急時の対応方法について	6
9. 事故発生時の対応方法について	6
10. 非常災害対策	6
11. 相談、苦情の受付について	6
12. 虐待の防止について	7
13. 身体拘束について	7
14. 秘密の保持と個人情報の取り扱いについて	8
15. 心身の状況の把握	8
16. 居宅介護支援事業者との連携	8
17. サービス提供の記録	8
18. その他事項	9
19. 協力医療機関	9
20. 業務継続計画	9

社会福祉法人瑞祥会

障害者支援施設サン未来

当事業所は介護保険の事業所指定を受けています。

（高松市指定 第 3770111676 号）

1 指定通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 瑞祥会
代表者氏名	理事長 檜村 恵子
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	香川県東かがわ市湊 1183 番地 5 法人本部 TEL 0879-25-0674
法人設立年月日	昭和 58 年 3 月 15 日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	障害者支援施設サン未来
介護保険指定 事業所番号	3770111676
事業所所在地	香川県高松市新田町甲 2717 番地 1
連絡先 相談担当者名	TEL 087-818-1080 管理者(施設長) 堀川 明紀 生活相談員 岩崎 祥之 ※指定生活介護サービス管理責任者兼務
事業所の通常の 事業の実施地域	高松市、三木町、さぬき市において事業所から片道 30 分以内
利用定員	1 日あたり 4 名 (※指定短期入所の定員内)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態の利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立った、適切な指定共生型短期入所生活介護を提供することを目的とする。
運営の方針	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て自立した生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消並びに心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的負担の軽減を図るものとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び受付時間

営業日	共生型短期入所生活介護は年中無休。
受付時間	月曜日～金曜日の午前 8 時から午後 5 時 30 分まで。

(4) 事業所の職員配置 (※指定施設入所支援・生活介護事業所と兼務)

職	職員数	人員数
管理者	1 名	常勤職員 1 人 他施設管理者と兼務

生活相談員	1名	常勤職員 1人
看護師・准看護師 (看護職員)	常勤換算 3人	障害福祉事業所の基準人員に準ずる
介護職員	常勤換算 14人	障害福祉事業所の基準人員に準ずる
機能訓練指導員 (作業療法士)	常勤換算 1.4人	障害福祉事業所の基準人員に準ずる
栄養士	2名	常勤職員 2人 (内1人 管理栄養士)
調理員	10名	常勤職員 1人、非常勤職員 9人
医師(嘱託医)	1名	非常勤職員 1人
事務職員	1名	常勤職員 1人

3 提供するサービスの内容

サービス区分と種類	サービスの内容	
(共生型) 短期入所生活介護の計画の作成について	<p>1 連続して4日以上、かつ、3泊4日以上 of 共生型短期入所生活介護を利用される者に対し、利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた共生型短期入所生活介護計画を作成します。</p> <p>2 共生型短期入所生活介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。</p> <p>3 1以外の者に対し、その者の居宅介護サービス計画書等を確認し、サービス提供にあたります。</p>	
利用者居宅への送迎	送迎を希望する者に対し車いす車両にてご自宅と事業所までの間の送迎を行います。※当事業所から片道30分以内の範囲の方に限らせて頂いております。	
健康チェック	利用到着時の血圧、体調観察を実施します。	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事形態、栄養状態やアレルギー等に配慮した食事を提供します。食事介助が必要な利用者に対し介助を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います。
	排せつ介助	個々の状況に応じ、排泄介助を要する利用者支援を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対し、更衣介助を行います。
	移動・移乗介助	個々の状態に応じ、移動、車いす等へ移乗介助を行います。

	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。

4 利用料金について

(1) 料金表（別表1）に示す介護報酬告示上の額に基づき、利用者の要介護度に応じサービス利用料金について、利用者の介護保険被保険者証等に記載された負担割合に応じた自己負担分の金額をお支払いいただきます。

(2) その他の料金

- ① 食事の提供に要する費用
- ② 居住費

① 食事の提供に要する費用	朝食 370 円/回、 昼食 576 円/回、夕食 530 円/回 ※ 運営規定に基づく
② 居住費	従来型個室 1,171 円/日、多床室 377 円/日 ※ 運営規定に基づく

③ 理美容代： 実費をご負担いただきます。

④ 電気製品使用電気代： 1点につき 10 円/日（※PC、冷蔵庫、扇風機、暖房器具持込時）

※ 食費及び居住費について、所得の段階に応じた自己負担限度額が決められております。非課税世帯の方は、住所地行政担当課窓口にて【負担限度額認定証】の認定申請を行い、交付を受ける必要があります。なお、食費に関する給付については、段階別負担限度額までご負担頂くことになります。

〈 併設型 共生型短期入所生活介護の負担限度額 〉

利用者負担段階及び費用負担		1日あたりの 居住費	1日当 りの食 費	資産要件	
		多床室		単身	夫婦
第1段階	世帯の全員が非課税であり、老齢福祉年金受給する人、または生活保護受給する人	0 円	300 円	1,000 万円	2,000 万円
第2段階	世帯全員が非課税であり課税年金収入額及び合計所得額の合計が年額 80 万以下の人	370 円	600 円	650 万円	1,650 万円
第3段階 ①	世帯全員が非課税の人で、課税年金収入額と非課税年金収入額及び合計が 80 万円超 120 万円以下の人	370 円	1,000 円	550 万円	1,550 万円
第3段階 ②	世帯全員が非課税の人で、課税年金収入額と非課税年金収入額及び合計所得金額の合計が 120 万円超の人	370 円	1,300 円	500 万円	1,500 万円
第4段階	上記の第1段階から第3段階に該当しない人	377 円	1,445 円		

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

<p>① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等</p>	<p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
<p>② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等</p>	<p>ア サービス提供記録利用者控えと相違無いことをご確認のうえ、請求月月末までにお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み（請求月月末まで）</p> <p>(イ) 利用者指定口座から自動振替（※毎月 20 日頃）</p> <p>(ウ) 現金支払い（請求月月末まで）</p> <p>イ お支払いの確認ができましたら、領収証をお渡しいたします。お手元にて保管ください。（※医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供にあたって

- (1) サービス提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえ、連続して 4 日以上、且つ、3 泊 4 日以上共生型短期入所生活介護を利用される者に対し、「短期入所生活介護計画」を作成します。なお、作成した「短期入所生活介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「居宅介護サービス計画書」に基づいて行います。
- (5) 短期入所生活介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、当事業者が行います。実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

7 衛生管理等

- (1) 指定短期入所生活介護の用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。

- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね半年に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

8 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。医療機関への受診の際には、家族様に付き添いをお願いいたします。

※ 別紙2 緊急時連絡先及び主治医連絡先にて確認させていただきます。

9 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定共生型短期入所生活介護の提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険会社
	保険種類	介護社会福祉施設・賠償特約

10 非常災害対策

- ① 当事業所は、津波浸水想定地域内、洪水浸水想定地域に含まれております。

火災・洪水・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年2回以上の訓練を実施します。なお、当事業所建物（5階建）は津波・洪水時の避難場所として指定を受けており、避難場所及び方法については2階以上の上層階への垂直避難を実施します。
- ② 大規模自然災害が発生した際は、利用者の安全確保を最優先に行うため、事業所への電話での問い合わせに応じることができません。災害伝言ダイヤルが開設された際には、NTT災害伝言ダイヤル（171）に、事業所の状況についてメッセージを入れてお伝えする方法を取ることを定めております。

メッセージ聞き方：171 ダイヤル⇒2 再生選択 ⇒サン未来 電話番号

087-818-1080 ⇒メッセージ情報

11 相談・苦情の受付について

(1) 当事業所における受付機関

- 相談・苦情解決責任者 施設長 堀川 明紀
- 相談・苦情受付窓口担当者 生活相談員 岩崎 祥之

受付時間 月曜日～金曜日 8:00～17:30
電話番号 087-818-1080 e-mail: sunmirai@poppy.ocn.ne.jp

- 第三者委員
横山 明美（民生委員） 電話番号 087-841-5638
村井 久子（民生委員） 電話番号 087-841-3376
- ご意見箱を、1階と5階EVホールに設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村（保険者）の窓口】 高松市役所 健康福祉部 介護保険課	所在地 高松市番町一丁目8番5号 電話番号 087-839-2326 受付時間 8:30～17:00(土日祝は休み)
香川県健康保険団体連合会	所在地 高松市福岡町2丁目3-2 香川自治会館 電話番号 087-822-7453

12 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止責任者と相談受付担当者を選定しています。

虐待防止責任者	施設長 堀川 明紀
虐待相談受付担当者	生活相談員 岩崎 祥之

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための研修を定期的実施しています。
- (5) 当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

13 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、①利用者本人又は、他の利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い切迫した状況（緊急性）。②身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと（非代替性）。③身体拘束その他の行動制限が一時的であること（一時性）。の3要件全てを満たす状態であり、身体拘束適正化委員会にて身体拘束の手段を用いる他取り得る術がないと判断する場合において、利用者又は家族等に対し説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

14 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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のガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>④ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>⑤ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>⑥ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>個人情報の保護について</p>	<p>② 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録含む。）について、善良な管理者の注意をもって管理し、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

15 心身の状況の把握

指定短期入所生活介護の提供にあたっては、サービス利用申し込みを受けた上で、利用者の心身の状況、その置かれている環境等についてアセスメントを行います。更に、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

16 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定共生型短期入所生活介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通短期入所生活介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

17 サービス提供の記録

- ① 指定短期入所生活介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスの提供を完結した日から5年間保存します。利用者は、事業者に対して保存さ

れるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

18 その他事項

- (1) 風邪症状（発熱、咳、鼻閉）、明らかな体調不良（嘔吐、下痢症状）等感染症の疑いがある際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康状態の確認等で、体調が悪い場合には、サービス内容の変更又はサービス提供の中止をすることがあります。

19 協力医療機関

当事業所の嘱託医師（内科）

安西内科医院 安西芳郎医師 高松市元山町 1231-13 TEL 087-866-4130

協力医療機関

医療法人社団 百石病院 高松市屋島西町 1937-1 TEL 087-843-6121

医療法人社団三恵会 木太三宅病院 高松市木太町 3836-7 TEL 087-867-3131

20 業務継続計画について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業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計画（以下「業務継続計画」）を策定し、当該業務計画に従い必要な措置を講じます。

- (2) 事業所は従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

附則

この重要事項説明書は、令和5年8月1日より施行する。

附則

この重要事項説明書は、令和6年4月1日より試行する。

【別表1】

(1) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

【併設型短期入所生活介護】

「香川県高松市 地域区分7 1単位 10.17円」

	要介護度	基本単位	共生型	共生型 単位	利用料	利用者負担額		
						1割負担	2割負担	3割負担
併設型短期入所生活介護	要介護1	603	基本単位 × 92/100	555	5,644円	564円	1,129円	1,693円
	要介護2	672		618	6,224円	629円	1,258円	1,886円
従来型個室(Ⅰ)	要介護3	745		685	6,895円	697円	1,393円	2,090円
	要介護4	815		750	7,628円	763円	1,526円	2,288円

	要介護 5	884		813	8,268 円	827 円	1,654 円	2,480 円
併設型短期入所生活介護費 多床室(Ⅱ)	要介護 1	603	基本単位 × 92/100	555	5,573 円	558 円	1,115 円	1,672 円
	要介護 2	672		618	6,224 円	623 円	1,245 円	1,868 円
	要介護 3	745		685	6,895 円	690 円	1,379 円	2,069 円
	要介護 4	815		750	7,546 円	755 円	1,510 円	2,264 円
	要介護 5	884		813	8,268 円	827 円	1,654 円	2,480 円

※ 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、上記基本単位の 97/100 算定となります。

※ 長期利用（自費利用日を含め連続して 30 日を超える利用）の場合、上記報酬単位から 1 日あたり 30 単位減算します。

(1) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
送迎加算 片道 ※送迎提供エリア内	184	1,871 円	188 円	375 円	562 円	
生活相談員配置等加算	13	132 円	14 円	27 円	40 円	1 日につき
緊急短期入所受入加算	90	915 円	92 円	183 円	278 円	1 日につき(7 日を限度)
個別機能訓練加算	56	569 円	57 円	114 円	171 円	1 回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	183 円	19 円	37 円	55 円	1 回につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 83/1000	左記の単位数 × 10.17 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数に対し算定。
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 27/1000	左記の単位数 × 10.17 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数に対し算定。
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 23/1000	左記の単位数 × 10.17 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の 16/1000	左記の単位数 × 10.17 円	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数に対し算定。

※ 地域区別の単価(7 級地 10.17 円)を含んでいます。

※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

※ 「介護職員等特定処遇改善加算」(Ⅰ)・(Ⅱ)について高松市届出に基づき、どちらか一方での算定を行わせて頂きます。

【 重要事項の説明年月日 】

この重要事項説明書の説明年月日 : _____年 _____月 _____日

上記内容について、「共生型短期入所生活介護」の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

法人名 社会福祉法人 瑞祥会
代表者名 理事長 櫻 村 恵 子 印省略

指定事業 指定共生型短期入所生活介護
事業所名 障害者支援施設サン未来
事業所住所 高松市新田町甲 27173-1
事業所管理者 施設長 堀川 明紀 印

説明者 職種氏名 生活相談員 岩崎 祥之 説明者印

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、「共生型短期入所生活介護」の提供開始に同意し、本説明書を受領しました。

契約者 住 所 _____
(利用者)

氏 名 _____ 印

家族等 住 所 _____
(身元引受人)

氏 名 _____ 印

本人との関係 _____