

「指定(介護予防)短期入所生活介護」 ショートステイ小夏

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。

(高松市指定第 3770104192 号)

当施設は利用者様に対して指定(介護予防)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
- 2、 ご利用施設
- 3、 居室の概要
- 4、 職員の配置状況
- 5、 当施設が提供するサービスと利用料金
- 6、 利用時のリスクについて
- 7、 緊急時の対応
- 8、 当施設ご利用の際に留意いただく事項
- 9、 苦情の受付について
- 10、 非常災害時の対策
- 11、 第三者評価
- 12、 個人情報保護方針と利用目的

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 瑞祥会 |
| (2) 法人所在地 | 香川県 東かがわ市 湊1183番地5 |
| (3) 電話番号 | (0879) 25-0674 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 榎村 恵子 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 58年 3月 15日 |

2. ご利用施設

(1) 施設の種類 短期入所施設 平成22年 6月 1日指定

(2) 施設の目的

指定(介護予防)短期入所施設 ショートステイ小夏は、介護保険法令に従い、利用者様が、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者様に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用頂き、(介護予防)短期入所生活介護サービスを提供します。

このサービスは、利用者様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、利用者様の心身の機能の維持並びに利用者様の家族様の身体的及び精神的負担を軽減する目的においてご利用いただけます。

(3) 施設の名称 ショートステイ小夏【併設 (介護予防)短期入所生活介護】

(4) 施設の所在地 香川県高松市新田町甲2719番地

(5) 電話番号 (087) 841-7006

(6) FAX (087) 841-7033

(6) 施設長氏名 堀川 明紀

(7) 当施設の方針

当施設は、指定(介護予防)短期入所生活介護サービスとして、ご利用者様に対し、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、ケアプランに基づいて、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います。そして、利用者様の心身の機能の維持並びに利用者様の家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めます。

施設職員は、利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者様の立場にたつてサービスの提供につとめます。

(8) 開設年月日 平成22年 6月 1日

(9) 入所定員 2階1ユニット10名、3階1ユニット10名、計20名

3. 居室の概要

(1) 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。入居される居室は、個室となっています。

| 居室・設備の種類 | | 室数 | 備 考 |
|----------|--------|-----|---|
| 2階 | 居室(個室) | 10室 | 冷暖房完備、ベッド、床頭台、タンス、洋式トイレ、洗面台、ナースコール、コンセント |
| | 共同生活室 | 1室 | 冷暖房完備、テーブル、椅子、キッチン(IHクッキングヒーター、流し台)、冷蔵庫、テレビ |
| 3階 | 居室(個室) | 10室 | 冷暖房完備、ベッド、床頭台、タンス、洋式トイレ洗面台、ナースコール、コンセント |
| | 共同生活室 | 1室 | 冷暖房完備、テーブル、椅子、キッチン(IHクッキングヒーター、流し台)、冷蔵庫、テレビ |
| 機能訓練室 | | 1室 | ホットパック・マイクロウェーブ・エルゴメーターメドマー・プーリー・平行棒 |
| 浴室 | | 1室 | 機械浴、一般浴、個浴 |

※厚生省が定める基準により、指定(介護予防)短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、利用者様に特別にご負担いただく費用はありません。

4. 職員の配置状況

当施設では、利用者様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ます。(但し、特定施設入居者生活介護の従業者と兼務します。)

<主な職員の配置状況>

| 職種 | 配置職員※1 | 指定基準 |
|------------|--------|------------------|
| 1. 管理者 | 1名 | 1名 |
| 2. 医師(嘱託) | 1名 | 1名 |
| 3. 生活相談員 | 2名 | 1名以上常勤 |
| 4. 機能訓練指導員 | 2名 | 1名 |
| 5. 看護職員 | 4名 | 介護職員又は看護職員1名以上常勤 |
| 6. 介護職員 | 6名以上 | 6名 |

※1 配置職員について、管理者は他施設と兼務、生活相談員は特定施設入居者生活介護と兼務しています。

<主な職種の勤務体勢>

| 職種 | 勤務体勢 |
|---------|------------------------------|
| 2. 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 |
| | 日勤(早出) 7:00 ~ 16:30 2名以上(兼務) |
| | (普通) 8:00 ~ 17:30 相当数 |
| | (遅出) 9:00 ~ 18:30 2名以上(兼務) |
| 夜間: | 16:15 ~ 9:15 2名 |

※夜間の勤務については当施設では2名配置していますが、内1名は特定施設入居者生活介護に関する夜勤職員となります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者様に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常7~9割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事介助

- ・食事の介助または見守りをを行います。
- ・利用者様の自立支援のため可能な限り共同生活室にて食事をとっていただくこととしています。ただし、体調不良等の場合はこの限りではありません。
- ・食事時間

| | |
|----|---------------|
| 朝食 | 7:30 ~ 8:30 |
| 昼食 | 12:00 ~ 13:00 |
| 夕食 | 17:30 ~ 18:30 |

※上記時間外の場合は、必ず事前にご相談ください。尚、食品の衛生管理上、各終了時刻から1時間を超える場合は原則、ご提供できません。

②入浴介助

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・座位保持が可能であれば、特殊浴槽を使用して入浴することができます。
- ・入浴前には血圧、体温等を測定し、それらに異常値が認められる場合は入浴を中止することがあります。

③排泄介助

- ・排泄の自立を促すため、利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ・おむつ等使用であっても、利用者様の排泄に関するアセスメントに基づいて、適切な排泄介助を行い、排泄の自立を目指します。

④服薬介助

看護職員によって薬の管理及び服薬介助を行います。しかし、看護職員不在時や介護職員による服薬介助が可能な場合は、介護職員が服薬介助を行います。ただし、介護職員による服薬介助が可能なケースは限定されており、服薬介助できない場合は看護職員による服薬介助を行います。

⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、利用者様の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑦レクリエーション等

- ・活動的な日常生活を過ごしていただくため、レクリエーションを実施します。

⑧その他自立への支援

- ・各々の利用者様が有する能力に応じて自立した日常生活を送っていただくための必要な福祉用具は施設で用意し使用していただきます。ただし、特殊な福祉用具については用意できませんのでご相談ください。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・毎食後、歯みがき等の口腔ケアの促し、介助をします。
- ・清潔快適な生活が送れるよう、適切な整容がおこなわれるよう援助します。
- ・長期利用の場合のシーツ交換は週1回、寝具の消毒は随時実施します。
1週間以内の短期利用においては、利用開始前にシーツ交換を行います。

<サービス利用料金>

利用料金は、ひと月分の併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護費(表1)と各種加算減算(下記①~③)の合計単位数に、地域区分の上乗せ割合(100分の1,017)を乗じて得られた金額(1円未満切り捨て)から当施設が国民健康保険団体連合会に請求する金額(9割若しくは8割、7割、介護保険負担割合証による、1円未満切り捨て)を減じて算出された金額(1割若しくは2割、3割、介護保険負担割合証による)と、次頁「(2)介護保険の給付対象とはならないサービス」にかかる費用(全額自己負担)を合算した金額となります。

【併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護費(一日当たりの基本料金)】(表1)

| | 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 |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 基本 | 529 単位 | 656 単位 | 704 単位 | 772 単位 | 847 単位 | 918 単位 | 987 単位 |

- ① 送迎加算 利用者様の心身の状態、家族様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場合において、その居宅と当短期入所施設間の送迎を行う時は、片道につき184単位必要となります。
送迎範囲：高松市・三木町・さぬき市

②長期利用者提供減算

自費利用を含み連続して 30 日を超える利用の場合は、併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護費を 1 日あたり 30 単位減算し、61 日以降は 1 日あたりそれぞれ(要介護 1 は 670 単位、要介護 2 は 740 単位、要介護 3 は 815 単位、要介護 4 は 886 単位、要介護 5 は 955 単位) 算定します。

③サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

指定短期入所生活介護の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上であるため、1 日あたり 18 単位加算させていただきます。

④介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)

基本となる併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護費に各種加算減算を加えた 1 月あたりの総単位数に 13.6%を乗じた単位数 (1 単位未満は四捨五入) を加算させていただきます。

⑤口腔連携強化加算

口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員へ当該内容を情報提供するため、1 月に 1 回限り 50 単位加算させていただきます。

⑥生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行う場合、及び見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入した場合、及び一定期間ごとに業務改善の取組による効果を示すデータを提供 (オンライン提出) した場合、10 単位/月を加算させていただきます。

⑦緊急短期入所受入加算

居宅で介護を受けることができない利用者、かつ居宅サービス計画において利用することが計画されていない利用者を緊急的に受け入れる場合、利用日から原則 7 日を限度として 90 単位/日を加算させていただきます。

⑧認知症行動・心理症状緊急対応加算

利用開始の段階において、病院等に入院または介護保険施設等に入所・利用している場合及び直接、短期入所生活介護を利用した場合を除き、幻覚、妄想、興奮、暴言等諸症状が認められる利用者に対し、医師が緊急に短期入所生活介護の利用を判断した場合、利用日から 7 日を限度として 200 単位/日を加算させていただきます。

⑨看護体制加算 (Ⅲ) イ ※介護のみ

前年度もしくは前 3 か月の利用者の総数のうち、要介護 3 以上の利用者の占める割合が 70%以上の場合、12 単位/日を加算させていただきます。

⑩看護体制加算 (Ⅳ) イ ※介護のみ

看護職員の数が常勤換算方法で利用者の数が 25 またはその端数を増すごとに 1 以上 (当事業所は R7.4.1 現在 定員 20 名のため、常勤換算方法で 1 以上)、配置し、かつ看護職員により 24 時間連絡できる体制を確保しており、あわせて⑨の要件を満たしているため、23 単位/日を加算させていただきます。

注) (介護予防) 短期入所生活介護は、上記①～⑩の加算・減算項目につきまして、ご利用者様・ご家族様に対し説明の上、同意を得た上で算定いたします。

注) 介護保険では要介護 (支援) 度毎に区分支給限度基準額が設定されています

が、その区分支給限度基準額を超えてサービスを利用された場合は、超過分につきましては介護保険の給付対象とはなりません。従って、超過分につきましては全額を自己負担いただきます。また、(介護予防)短期入所生活介護は連続 30 日を超えて利用する場合は、31 日目は併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護費及び各種加算減算の合計単位数に地域区分の上乗せ割合を乗じて得られた金額、居住費、食費は全額自己負担となります。

(2) 介護保険の給付対象とはならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者様の負担になります。ただし、①居住費と食費につきましては、所得段階に応じて自己負担の限度額が決まっています。下記の【負担限度額について】(表 2)を参照ください。

①居住費と食費

| | |
|------|-------------------------|
| ○居住費 | 2, 0 6 6 円/日 |
| ○食 費 | 朝食 3 4 5 円 昼・夕食 5 5 0 円 |

注) 食費は、召し上がられた分だけ徴収させていただきます。

②洗濯は原則、家族様の対応をお願いしています。難しい場合において、以下の対応を事業所で行います。

1. 1か月連続利用の方：1, 2 0 0 円/月
2. 短期利用の方：2 0 0 円/回 (洗濯・乾燥までを1回分とするが、どちらかのみ及び汚染衣類のみも1回に換算)

③おやつ代として5 0 円/月徴収させていただきます。

④理美容代は実費を負担いただきます。ただし(介護予防)短期入所生活介護利用中の理美容利用には制限があり、希望される方がすべて利用できるわけではありません。

⑤クラブ活動等の材料代や外出行事における入場料等については実費を負担いただきます。

⑥利用者様の日常生活において必要な物品等の購入に要する費用で、利用者様に負担いただくことが適当であるものにかかる費用については実費を負担いただきます。

⑦利用者様や家族様等の希望に沿ってサービス提供記録等を開示しますが、それに必要なコピー代は1枚当たり1 0 円をご負担いただきます。

⑧テレビ・冷蔵庫を居室に設置した場合、各1台につき電気使用量として1 0 円/日をご負担頂きます。また、テレビレンタル(1 0 0 円/日、2 0 日以上利用で2 0 0 0 円/月)あります。台数に限りがありますので、事前にご相談ください。

【負担限度額について】

居住費と食費については所得の低い方のサービス利用が困難にならないよう、所得の段階(利用者負担段階)に応じた自己負担限度額が決められており、その限度額までの支払いとなります。限度額を超えた分は介護保険から給付(特定入所者介護サービス費)されます。特定入所者介護サービス費の給付を受けるためには、市町に申請して「負担限度額認定証」の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負担していただき、それで不足する分だけ介護保険から給付されることになります。

《併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護利用の負担限度額》(表2)

| 利用者負担段階 | | 1日あたり | |
|---------|--|-------|-------|
| | | 居住費 | 食費 |
| 第1段階 | 世帯全員が市民税非課税であり、老齢福祉年金受給者または生活保護者など | 880円 | 300円 |
| 第2段階 | 世帯全員が市民税非課税であり、合計所得金額+課税・非課税年金収入額の年額が80万円以下の人 | 880円 | 600円 |
| 第3段階① | 世帯員全員が市民税非課税であり、合計所得金額+課税・非課税年金収入額の年額が80万円超120万円以下の人 | 1370円 | 1000円 |
| 第3段階② | 世帯員全員が市民税非課税であり、合計所得金額+課税・非課税年金収入額の年額が120万円超の人 | 1370円 | 1300円 |
| 第4段階 | 上記第1段階から3段階該当者以外の人 | 2066円 | 1445円 |

(3) 利用料金のお支払方法

一月まとめて翌月の10日前後に請求し、20日に指定口座より自動引落させていただきます。尚、引落手数料110円は契約者様にご負担いただきます。請求書、領収書は面会時の手渡し、もしくは郵送いたします。

6. 利用時のリスクについて

当施設では利用者様が快適に利用できますように、安全な環境づくりに努めておりますが、利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

- ①利用者様の能力に応じて可能な限り自立した日常生活ができるように支援するサービスのため、原則的に身体拘束は行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- ②歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ③高齢者の骨はもろく、容易に骨折する恐れがあります。
- ④高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- ⑤高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血ができやすい状態にあります。
- ⑥加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ⑦高齢者であることにより脳や心臓の疾患で急変・急死される場合もあります。
- ⑧利用者様の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師又は看護師等の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- ⑨その他に、身体状況及び服用されている薬の関係により事故やけが等を誘発することも考えられます。

以上のことはご自宅でも起こり得ることですので十分ご留意頂きますようお願いいたします。

限らせていただきます。事務所等にて貴重品、金品等のお預かりはできません。現金をお持ちになり、紛失等が有りましたも当施設は一切の責任を負いません。

- ⑨喫煙 施設内は禁煙です。喫煙される場合は、施設外（敷地内）の所定の場所・時間帯でお願い致します。
- ⑩迷惑行為等 暴力・騒音等、入居者様の迷惑になる行為は禁止されています。
- ⑪宗教・政治活動 施設内でほかの入居者様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ⑫動物飼育 騒音・臭い等、他の入居者様にとって迷惑となる要素のあるペットに関しては持ち込み及び飼育はお断りします。

9. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 (担当者)
 - 職 名 生活相談員
 - 氏 名 一村 正也
 - 受付時間 8:00 ~ 17:30
- 苦情解決責任者
 - 職 名 施設長
 - 氏 名 堀川 明紀
- 第三者委員
 - 職 名 社会福祉法人瑞祥会 評議員
 - 氏 名 横山 明美 【087-841-5638】
 - 職 名 社会福祉法人瑞祥会 評議員
 - 氏 名 村井 久子 【087-841-3376】
- 香川県国民健康保険団体連合会
 - 介護保険室 (087) 822-7453
- 保険者 (高松市)
 - 介護保険課 (087) 839-2326

10. 非常災害時の対策

(1) 非常時の対応

別に定める「消防計画」及び「業務継続計画（自然災害）」に則り、対応します。

(2) 平常時の訓練

別に定める「防火訓練計画」「洪水時等避難確保計画」に則り、年3回の各種訓練を実施します。

11. 第三者による評価の実施状況

| | | | | |
|-------------------|------|--------|------|------|
| 第三者による 評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| | | 結果の開示 | 1 あり | 2 なし |
| | ② なし | | | |

1 2. 個人情報保護方針と利用目的

社会福祉法人 瑞祥会は個人の権利・利益を保護するために個人情報を適切に管理することを社会的責務と考えています。個人情報に関する方針を以下のとおり定め、職員及び関係者に周知徹底を図り、個人情報の保護に最善の努力をばらいます。

(1) 個人情報の収集・利用・提供

個人情報を保護・管理する体制を確立し、適切な個人情報の収集・利用及び提供ができるよう周知徹底を行います。

(2) 個人情報の安全対策

個人情報の不正アクセス、個人情報の紛失・破壊・改ざん及び漏洩などに関する万全の予防措置を講じます。万一の問題発生時には速やかな是正対策を実施します。

(3) 個人情報の確認・訂正・利用停止

当該本人等からの内容の確認・訂正あるいは利用停止を求められた場合には、調査の上適正に対応します。

(4) 個人情報に関する法令・規範の順守

個人情報に関する法令及びその他規範を順守します。

(5) 教育及び継続的改善

個人情報保護体制を適切に維持するため、職員の教育・研修を徹底し継続的に研修内容の見直し改善を実施します。

(6) 利用情報の提供・開示

サービス利用状況の提供・開示につきましては事業所ごとに対応します。

(7) 問い合わせ窓口

個人情報に関するお問い合わせは、各事業所までお問い合わせください。

(利用目的)

(1) サービス提供業務

◎介護保険制度における(介護予防)短期入所生活介護に関わるサービスについて

- 日常的な服薬管理と処置、看護、介護、身体機能訓練サービス提供
- 病院、診療所、薬局、他の介護サービス事業者の連携
- 他の医療機関、介護施設等からの照会への回答
- 利用者様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等の連携・照会への回答
- 検体検査業務の委託、その他の業務委託、家族等への病状、心身の状況説明
- 居室名札、ホワイトボード等の施設内での掲示等
- 電話や面会者については、ご家族以外の方については取り次がない場合や確認する場合があります。

(2) 施設での管理運營業務

- 介護保険事務、会計、経理
- 審査支払機関へのレセプトの提供
- 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- 入退所等の居宅管理
- その他の当施設での管理運營業務に関する利用
- 賠償責任保険、損害賠償責任保険等に係る専門団体、保険会社等への相談

(3) その他の上記以外での利用

- 提供するサービスや業務の維持・改善向上のための基礎資料・研究・学会で病状、事例紹介については氏名、年齢、住所等を消去することで匿名化します。匿名化が困難な場合はご本人様又はご家族様の同意をいただきます。
- 介護・事務等の学生実習及び研修への協力
- 外部監査機関への情報提供

令和 年 月 日

ケアハウスサンリッチ屋島に併設されている（介護予防）短期入所生活介護 ショートステイ小夏の利用契約に際し、本書面により重要事項の説明を行いました。

説明者 職 氏名 印

私は、本書面に基づき、ケアハウスサンリッチ屋島に併設されている（介護予防）短期入所生活介護 ショートステイ小夏の利用契約に際し、重要事項の説明を受け、同意致しました。

契約者 住 所 氏 名 印

保証人 住 所 氏 名 印