

重要事項説明書

介護予防短期入所生活介護

介護予防短期入所生活介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

1 事業の目的と運営方針

要支援状態にある利用者に対し、意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な介護予防短期入所生活介護サービス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 事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所	特別養護老人ホーム恵光苑
指定番号	3571100100
所在地	〒759-4101 山口県長門市東深川堤山10062-27
管理者	施設長 梶山 陽司
開設年月日	昭和52年4月1日
電話番号	0837-22-0723
FAX番号	0837-22-3836
メールアドレス	keikouen@crocus.ocn.ne.jp

(2) 設備の概要

居室	3室
静養室	1室 居室で静養することが一時的に困難な利用者を使用いただきます。
食堂	1室 食堂等を設け、利用者が使用しやすい適切な備品類を備えます。
浴室	1室 一般浴槽、特殊浴槽。
洗面設備	2箇所 利用者が使用しやすい適切な洗面設備を設けます。
便所	2室 必要に応じて各所に設けます。
医務室	1室 利用者を診察するために必要な医薬品及び医療機器を備えます。
機能訓練室	1室 利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設けます。
その他	以下の設備を設けています。 ・介護職員室 ・看護職員室 ・調理室 ・洗濯室 ・汚物処理室 ・介護材料室

(3)事業所の従業者体制

	職務の内容
管理者	業務の一元的な管理
医師	利用者の健康管理及び療養上の指導
生活相談員	利用者・家族への相談援助、地域との連絡調整
介護職員	介護業務
看護職員	健康管理・口腔衛生・保健衛生管理
栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導
機能訓練指導員	機能訓練等の指示・助言
その他の従業者	

(4)営業日と定員

営業日	月曜日から日曜日まで
定員	10名

3 サービスの概要

(1)介護保険給付対象サービス

次のサービスについては、居住費・食費を除き、通常9割（～7割）が介護保険から給付されます。「4 利用料等」をご確認ください。

①介護予防短期入所生活介護計画の作成

利用期間が連続して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。その内容を利用者又は代理人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。

②介護

利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、利用者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行います。

ア. 適切な方法により、一週間に2回以上、入浴又は清拭を行います

イ. 適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行います

ウ. おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えます

エ. 離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行います

オ. 常時1人以上の介護職員を介護に従事させます

カ. 利用者の負担により、従業者以外の者による介護を受けさせることはありません

③食事

栄養並びに利用者の身体状況・嗜好を考慮した食事の提供を、適切な時間に行います。

また、利用者の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂等で食事を摂ることを支援します。献立表は随時掲示いたしますが、食べられない物やアレルギーがある方は事前にご相談ください。

ア. 朝食 7:45 ～

イ. 昼食 12:00 ～

ウ. 夕食 17:30 ～

④機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身の状況等に応じて、日常生活を営む上で必要な生活機能の改善又は維持するための機能訓練を実施します。

⑤健康管理

医師及び看護職員により、日常の健康相談や定期的な血圧・体重測定など、常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて、健康保持のための適切な措置を行います。服薬管理については看護職員が責任をもって行います。

(当施設の嘱託医師) 氏名：梶山 純子

診察日：毎週 月～金曜日 12時00分～13時30分

⑥相談及び援助

常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はご家族に対して、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。

(2)介護保険給付対象外サービス

事業所は、利用者又は代理人との合意に基づき、以下の介護保険給付対象外サービスを提供するものとします。

①教養娯楽設備等の提供、レクリエーション

利用者又は代理人の希望により、教養娯楽設備等を提供し、レクリエーションに参加していただくことができます。

②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。

③インフルエンザ等感染症予防対策

利用者及び代理人、ご家族の意向を確認し、インフルエンザ等感染症の予防接種を行います。

④利用者の移送

利用者の通院や入院時の移送サービスを行います。(応相談)

4 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下の通りです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。ただし、支払方法が償還払いになる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1)併設型 介護予防短期入所生活介護(多床室)

令和6年8月1日改正

(1日あたり) 円

		要支援1	要支援2
介護サービス費		451	561
加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	
	機能訓練体制加算	12	
	送迎加算	184(片道につき)	
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(介護サービス費 + 各種加算) × 利用日数 × 14%	

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護福祉士の資格者等、経験豊富な職員を一定の割合配置している場合

機能訓練体制加算

専従の機能訓練指導員を配置している場合

常勤専従の機能訓練指導員を1名以上配置している場合

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

介護職員のキャリアアップの仕組みを作ったり、職場環境の改善を行ったりした施設に対して支給される

介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者負担額を変更します。また、上記 介護サービス費のほかに、下記加算が発生した場合は自己負担額に追加されます。

◎該当があった時点で加算

送迎加算 (片道につき) 184円 / 回
利用者自宅と事業所間の送迎を行う場合

(2)減算

要件を満たす場合には、上記の基本部分の料金が減算されます。

① 定員超過又は職員欠如に該当する場合の減算	所定単位の 30%減
② 身体拘束廃止未実施減算	所定単位の 1%減
③ 高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位の 1%減
④ 業務継続計画未策定減算	所定単位の 1%減
⑤ 長期利用減算 長期利用者に対して介護予防短期入所生活介護費を提供する場合	-30円(1日につき)

①定員超過又は職員欠如に該当する場合の減算

事業所の利用定員を上回る利用者の利用又は事業所の看護職員及び介護職員の人員基準上満たすべき員数を下回っている場合に一定割合を減算

②身体拘束廃止未実施減算

身体拘束等の適正化を図るための措置*が講じられていない場合

*身体拘束等の適正化を図るための措置

- ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催すると共に、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること
- ・身体拘束等の適正化のための指針を整備すること
- ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること

③高齢者虐待防止措置未実施減算

虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること)が講じられていない場合

④業務継続計画未策定減算

感染症や非常災害の発生時において業務継続計画(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の計画の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画)を策定していない、又は業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合

⑤長期利用減算

長期利用者に対して介護予防短期入所生活介護費を提供する場合
連続 30 日を超えて同一の介護予防短期入所生活介護事業所を利用している場合

(3)その他の費用

①食事の提供に要する費用

ア) 基本料金 1日当たり 1,445円(朝 240円、昼 635円、夕 570円)

イ) 入所・退所時等における食費の負担額

入所・退所の日においては、実際に摂った食事ごとの料金とします。

②滞在に要する費用

基本料金 入所・退所の時間にかかわらず1日当たり 915円

③理美容代

毎月1回、ボランティアによる理美容を行っています。(実費)
その他、職員も理美容サービスを行っています。

④その他

ア) その他

- ・ 利用者の嗜好品の購入など諸々費用(実費)
- ・ インフルエンザ等感染症予防接種(実費)

イ) キャンセル料

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頂いた場合 無 料
- ・ 利用当日に利用中止のご連絡を頂いた場合(連絡のない場合を含む) 実費相当額

<居住費(滞在費)・食費の負担軽減(負担限度額認定)>

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、市町村へ申請をすることにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費(滞在費)・食費の負担が軽減される場合があります。

なお、居住費と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

【令和6年8月1日より】

(日額)円

対象者		区分 利用者負担	居住費 (多床室)	食費
生活保護受給の方				
世帯 全員 が	市町村民税非課税の 老年福祉年金受給の方	段階1	0	300
	市町村民税非課税かつ 本人年金収入等80万円以下の方	段階2	430	390
	非課税かつ本人年金収入等が80万円超 120万円以下	段階3①	430	650
	非課税かつ本人年金収入等が120万円超	段階3②	430	1,360
世帯に課税の方がいるか、本人が市町村民税課税		段階4	915	1,445

5 利用料金のお支払方法

利用料は、1月ごとに計算し、翌月の10日までに請求いたしますので、請求された月の20日までに、次のいずれかの方法でお支払いをお願いします。

- ①利用者又は代理人の銀行口座からの自動引き落とし
- ②指定口座への振込み
- ③現金支払い

6 サービスの中止、変更、追加

①利用予定日の前に、利用者又は代理人の都合により、介護予防短期入所生活介護の利用を中止、変更、又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の前日までに事業所に申し出てください。

②利用予定日の前日までに申し出が無く、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、4 利用料等の(3)④イに記載の料金をお支払いいただく場合があります。

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。

- ③サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用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契約者に提示して協議します。

7 代理人等について

(1)事業所では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

- ①代理人は、利用者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
- ②代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業所と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるとします。
- ③連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

(2)代理人の職務は、次の通りとします。

- ①利用者に代わって又は利用者とともに、契約書第4条に定める同意又は要請、同 第8条第3項、第10条第3項、第20条第1項、第21条第1項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他利用者を代理して行う意思表示、事業所の意思表示や報告・通知の受領、事業所との協議等を行うこと。
- ②利用者を代理して、又は利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

(3)連帯保証人の職務は次の通りとします。

利用者と共に、本契約から生じる利用者の債務を負担すること。

(4)身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、事業所に残された利用者の所持品(残置物)を利用者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

(5)連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

- ①連帯保証人の負担は、極度額30万円を限度とします。
- ②連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
- ③事業所は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ④連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

8 サービス利用に当たっての留意事項

(1)ご来所の際

- ①利用者又は代理人は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- ③施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ④ご利用者の方の写真を公式ホームページ、広報誌、苑内掲示板等に掲載させていただく事があります。掲載を希望されない方はお知らせください。

(2)禁止行為

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

- ①決められた場所以外での喫煙・飲酒・飲食等
- ②従業員又は他の利用者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとり

- ④従業者に対する贈物や飲食のもてなし
- ⑤従業者及び他の利用者に対する身体的・精神的暴力
- ⑥その他決められた以外の物の持ち込み

9 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。
この場合、署名欄にご記入いただいた連絡先に連絡します。

10 非常災害対策

事業所は、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消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

11 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、代理人、市町村、関係医療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。

12 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を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をせざるを得ない場合には、事前に利用者及び代理人へ十分な説明をし、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。

13 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業者の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います

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及び代理人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 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)：石井 啓司(生活相談員)

ご利用時間：月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法：電話 0837-22-0723

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

長門市役所 福祉課 介護支援係

〒759-4101 山口県長門市東深川1339-2

(電話番号) 0837-23-1158

山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課

〒753-0871 山口県山口市朝田1980番地7

(電話番号) 083-995-1010

16 協力医療機関等

事業所は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

【協力医療機関】

名称 岡田クリニック

住所 山口県長門市東深川1858-1

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、署名欄にご記入いただいた連絡先に連絡します。

17 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は、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、利用者又は代理人に故意又は過失が認められた場合や、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、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

事業所は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業所は損害賠償責任を免れます。

- ①利用者又は代理人が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ②利用者又は代理人が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③利用者の急激な体調の変化等、事業所が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④利用者又は代理人が、事業所及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

令和 年 月 日

介護予防短期入所生活介護サービスの開始に当たり、利用者及び代理人に対して利用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。

<事業所>

(所在地) 山口県長門市東深川堤山10062番地27

(事業所名) 社会福祉法人 新永福社会
特別養護老人ホーム恵光苑

(代表者) 理事長 梶山 純子 印

(説明者) 生活相談員 山中 翔平 印

私は、利用契約書及び本書面により、事業所から介護予防短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者(契約者)>

〒

(住所) _____

(氏名) _____ 印

<代理人等>

〒

(住所) _____

(氏名) _____ 印

(続柄) _____

(電話番号) _____