

(介護予防) 短期入所生活介護 重要事項説明書

◇ショートステイ おしあげ (以降、「事業所」) の概要は、次のとおりです。

事業所名	ショートステイ おしあげ	事業者名	株式会社リボン
所在地	糸魚川市南押上 1 丁目 3 番 11 号	電話番号	025 (550) 6551
県指定年月日 事業所番号	平成18年4月1日 1571500584	居室 利用定員	個室9室 2人部屋9室 居室定員27床 計27人
職員の概要	生活相談員	1人以上	(資格; 社会福祉士又は、社会福祉主事任用資格以上)
	看護職員	1人以上	(資格; 看護師又は、准看護師)
	栄養士	1人以上	(資格; 管理栄養士又は、栄養士)
	介護職員	9人以上	(資格; 介護福祉士又は、介護職員初任者研修修了者等)
	機能訓練指導員	1人以上	(資格; 看護職員の兼務等)
	医師	1人以上	(資格; 医師免許)
通常の送迎の実施地域	糸魚川市 (但し、根知・早川・徳合・市振を除く)		
営業日及び、営業時間	月～金 (祝祭日、会社指定日は、除く) 利用相談等対応時間 8:30～17:30		
サービス提供日及び、提供時間	365日*24H *必要に応じ対応します。		

◇事業所が、利用者に提供するサービスの概要は、次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

利用者に提供するサービスの内容は (介護予防) 短期入所生活介護 (以降、「短期入所生活介護等」) です。対象となる方は、介護認定の結果が「要支援1、2」又は「要介護1～5」の方です。「短期入所生活介護等」とは「短期入所生活介護等」事業所において日常生活上の世話又は、介助、機能訓練、食事や入浴の提供等を行う事により心身機能の維持を行うサービスです。

食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事は、出来るだけ離床してとっていただけるよう配慮します。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回以上 (1週とは連続利用6泊7日以上の場合) の入浴又は、清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
介 護	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。 ・排泄介助 (トイレ誘導・オムツ交換等) を個別の状況に応じた排泄ケアを行います。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員等による利用者の状況に適合した機能訓練等を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
相 談	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所は、利用者及び、その家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により相談日を設けて健康管理に努めます。又、緊急等必要な場合には、主治医あるいは、協力医療機関等に責任を持って引継ぎます。

【業務取り扱い方針】

- (1) 利用者の心身の状況や家族の環境を踏まえ居宅介護支援事業者等の作成する「居宅サービス計画」(以降、「CP」) と当事業所で作成 (CP に利用が位置付けられ連続 4 日以上 の定期利用の場合) する「短期入所生活介護等計画書」に従い、心身機能の維持を図る事ができるよう短期入所生活介護等サービスを提供します。
- (2) 事業所は、「短期入所等生活介護計画書」を (1) により作成し 3 ヶ月又は、必要に応じて見直しを行います。
- (3) 短期入所生活介護等サービスの提供の開始に際しては、看護職員等による健康チェックを行い、体調等の変化を必ず確認します。又、服薬管理 (原則、一包化分) は、看護職員又は、介護職員が対応させていただきます。配薬及び、一包化されていない服薬は、看護職員しか取扱い出来ません。15 項(4)も併せて協力下さい。
- (4) 利用中に何らかの状態変化等により利用の継続が困難と判断した場合は、予定期間内であっても退所して戴く事がありますので、あらかじめ了承下さい。

2 担当の職員; 利用者を担当する職員の管理者は、次の職員です。

○管理者 氏名 伊藤 吉彦 連絡先 025 (550) 6551
相談や苦情、連絡したい事がある場合は、管理者若しくは、生活相談員まで願います。
又、直接、世話する職員に話されても結構です。

3 利用料金; このサービスを利用するにあたって利用者に負担して頂く料金は、次のとおりです。

【お支払方法】以下の3つから選択して下さい。

口座引落し	サービス利用月の翌月29日に利用者指定口座より引落します。別途、口座引き落とし事務手数料100円 (税別) を頂戴致します。
銀行振込	サービス利用月の翌月末日までに下記口座に振込願います。 第四北越銀行高田営業部 普通 1456909 株式会社リボン 代表取締役 飛田 尚文
現金支払い	サービス利用月の翌月末日迄に事業所・本社等で現金にて支払願います。

* 「短期入所生活介護等」を利用の際は、事前に「介護保険負担限度額 認定証」を提示下さい。

(1) 1日の基本料金；介護保険の利用料は、厚生労働大臣が告示で定めた金額です。利用料金が改定された場合は、自動的に改定されます。その場合は、事前に新しい基本利用料を書面にてお知らせいたします。

1単位＝10円、利用者負担額は、その1割（一定以上の所得がある場合、2割又は、3割：毎年7月の介護保険負担割合証交付による）です。支給限度額を超えた分は、全額利用者の負担になります。

居室タイプ	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
個室・多床室	479単位	596単位	645単位	715単位	787単位	856単位	926単位

(2) 加算等の料金；介護保険に基づき其々の内容が該当した場合に発生します。

加算等の種類	加算等の要件	加算等の額
送迎加算	送迎を行った場合、加算されます。	片道 1,840円/回
緊急短期入所受入加算	利用者等の理由によりCPにないがCMが緊急やむをえないと認めた場合の居室等での受け入れ時。	900円/日
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を1人以上配置。定員超過利用・人員基準欠如に非該当。	40円/日
夜勤職員配置加算Ⅰ	夜勤時間帯の職員配置最低基準に+1人を月平均して配置。朝/夕食への手厚い対応等配慮。要支援無。	130円/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	利用者に直接サービス提供する職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が60%以上配置されている事。定員超過利用・人員基準欠如に非該当。	180円/日
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	事業所が介護職員への賃金改善を実施及び、キャリアパス要件（キャリアパス要件Ⅴは満たさない）・職場環境等要件に適合する場合とします。	所定単位数（基本部分各種加算・減算）×13.6%
30日以上長期利用減算△	自費利用を含め30日以上の利用時に対し報酬の適正化をする。	△300円/日
60日以上長期利用減算△	自費利用を含め60日以上の利用時に対し報酬の適正化をする。	△550円/日

(3) 実費等料金；個別に選択ですが介護保険給付外ですので全額、利用者の負担になります。

項目	内容	費用
滞在費	個室利用料	1,800円/日
	多床室利用料（2人以上の部屋）	1,250円/日
食費	食事代は、実費で1食単位での支払いを受けるものとします。 内訳：朝食 400円 昼食 900円 夕食 700円	2,000円/日
ワケレ-ヨリ代	不定期開催で利用者負担が適当と認められる費用が発生時の実費。	実費費用
短期入所生活介護等の提供に当たって日常生活において通常必要となるものに係る費用であって利用者負担させる事が適当と認められるものとします。 *利用者の希望により提供する日常生活に必要な身の回り品、教養娯楽等の費用		実費費用

(4) 利用者負担額の算定例；利用者にお支払い頂く初回の利用者負担額は、概ね次のとおりです。

区分	サービスの内容	単価	利用回数	利用料金	利用者負担額	
介護保険部分	①介護度別の基本料金（介護度： ）	円	日	円	円	
	②送迎加算	1,840円	回	円	円	
	③看護体制加算Ⅰ	40円	日	円	円	
	④夜勤職員配置加算Ⅰ	130円	日	円	円	
	⑤	円	日	円	円	
	⑥サービス提供体制強化加算Ⅱ	180円	日	円	円	
	A	所定単位の介護費用の合計 *①～⑥迄の合計			円	円
B	介護職員等処遇改善加算Ⅱ *A×13.6%			円	円	
C	介護保険利用料金・利用者負担額（負担割合による）=A+B			円	円	
実費部分	⑦多床室利用料	1,250円	日		円	
	⑧個室利用料	1,800円	日		円	
	⑨食費	朝食	400円	日		円
		昼食	900円	日		円
		夕食	700円	日		円
D	実費費用部分の合計 *⑦～⑨迄の合計				円	
利用者負担額合計（介護保険分利用者負担額+その他実費等料金）=C+D					円	

4 利用予定日のキャンセル・変更について

利用者の利用予定日のサービスをキャンセルしたい場合は、お手数ですが事前に、当事業所の担当職員（2項の連絡先）まで連絡下さい。利用者の急変等、緊急やむを得ない理由によりキャンセルとなる場合、キャンセル料は発生致しません。但し、利用拒否、他施設利用、医療機関からの退院日延長等、利用者の個人的な都合、その他緊急やむを得ない理由によらずキャンセルとなる場合につきましては以下のとおりキャンセル料を請求させていただく場合がございます。

キャンセルの申し出があった日から15日先までの利用予定日（予約日）がキャンセル料発生の対象期間となり、その申し出時期により、キャンセル料金の歩合が決定します。

キャンセル料金については予約のあった居室分（個室・多床室）の滞在費（3項（3）実費等料金・滞在費）をキャンセル料計算の基礎

金額として最大 15 日間分、利用予定日数分の滞在費の合計にキャンセル料の歩合を乗じた上、請求させていただきます。なお、このキャンセル料は介護保険請求に係る料金との関係はなく、介護保険サービス利用者負担金助成事業等についての対象ではございません。

キャンセル申し出の時期（直近の利用予定日までの期間）	キャンセル料歩合
15 日前	5%
2 週間～1 週間前（14 日～8 日前）	10%
1 週間～利用予定日前々日（7 日～2 日前）	20%
利用予定日前日（1 日前）	80%
利用予定日当日	100%

（※例）

- ① 4/1～4/7 の間、個室利用予約をされていた方が 3/24 にキャンセルの申し出を行った場合のキャンセル料について
 $7 \text{ 日間} (4/1 \sim 4/7) \times 2,100 \text{ 円} (1 \text{ 日当たりの個室滞在費}) \times 0.1 (\text{キャンセル申し出の時期によるキャンセル料金歩合}) = 1,470 \text{ 円}$
- ② 4/1～4/15 の間、多床室利用予約をされていた方が 4/1 にキャンセルの申し出を行った場合のキャンセル料について
 $15 \text{ 日間} (4/1 \sim 4/15) \times 1,250 \text{ 円} (1 \text{ 日当たりの多床室滞在費}) \times 1.0 (\text{キャンセル申し出の時期によるキャンセル料金歩合}) = 18,750 \text{ 円}$

5 衛生管理等について

- (1) 利用者の使用する事業所、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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又は食中毒が発生し、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及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症及び食中毒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 職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的実施します。
 - ④ 前項①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処に関する手順に沿った対応を行います。

6 緊急時・事故発生時等の対応

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、別途提出いただいた主治医・家族等の緊急連絡表を下に、運営規定に定められた緊急時の対応手順で速やかに主治医への連絡等、必要な措置を講じます。

- (1) 施設内での事故発生時の対応については、次の手順で行います。
 - ① あわてずに、利用者の様子を確認します。
 - ② 他の職員にも異常を知らせ管理者又は、生活相談員、看護職員と連携をとりながら適切な処置を行います。
 - ③ 救急（119 番）に連絡。様子、状態、利用者の氏名、生年月日、年齢、病歴等を伝えます。
 - ④ 救急車が到着するまで適切な処置に努めます。
 - ⑤ 到着後、管理者又は、生活相談員は、至急家族等に電話を入れ状況の説明と搬送先の病院名を伝えます。
- (2) 送迎時の事故発生時の対応については、次の手順で行います。
 - ① あわてずに、利用者の様子を確認します。送迎従事者は、管理者又は、生活相談員に連絡します。
 - ② 管理者又は、生活相談員の指示の下、警察（110 番）、状況に応じて救急車の出動を要請します。
 - ③ 警察（救急車）、管理者又は、生活相談員が到着するまで利用者の安全確保（身体・精神）に努めます。
 - ④ 警察（救急車）が到着後、管理者又は、生活相談員が至急、家族等に連絡します。
- (3) 病気発生時の対応については、次の手順で行います。
 - ① 管理者又は、生活相談員又は、看護職員と連携をとり、主治医と家族等に連絡します。
 - ② 病状に応じて当事業所の配置医師・協力医療機関に連絡し、家族等による通院介助をお願いします。この際、利用者ファイルに基づき、必要な情報を提供します。
 - ③ 病状によっては、救急車の出動を要請します。

7 非常災害時の対策

運営規定に定められたとおり、年 2 回の計画的な防災訓練と設備改善を図り、安全に万全を期します。

8 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、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計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員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します。
- (3) 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。

9 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止する担当者を選定し、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、虐待防止のための指針の整備、虐待発生時の再発時の再発防止策の検討等を行い、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (2) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修（年 2 回以上）を実施しています。
- (3) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに市町村等関係者に報告します。

10 身体拘束について

事業所は、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、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意した上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録、身体拘束廃止に向けた委員会を定期的開催し、検討内容を 5 年間保存します。

11 ハラスメント対策について

サービス利用期間中に、利用者、家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合は、状況の改善や理解が得られない場合は、ご相談により契約を解除する場合があります。(・叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする等)

12 苦情・相談等の体制；苦情・相談については、次の手順により処理します。

- (1) 事業所内において管理者を中心として苦情処理の為に会議を開催します。
- (2) サービスを提供した職員からの概況説明を受けます。
- (3) 問題点の整理、洗い出し及び、今後の改善策について協議し「苦情・事故報告書」に、まとめます。
- (4) 文章により回答を作成し、管理者が事情説明を利用者に対して直接行った上で文章を渡します。
- (5) 苦情処理の場合、その概要についてまとめた上で利用者を担当する居宅介護支援事業所等及び、国民健康保険連合会に対して報告を行い、更なる改善点について助言を受けます。
- (6) 「苦情・事故報告書」において改善点を明記し、再発の防止を図ります。

13 苦情・相談窓口

- ① 短期入所生活介護等に対し苦情・意見・要望等は、遠慮なく相談窓口まで申し出て下さい。

窓口設置場所	ショートステイ おしあげ
担当者	伊藤 吉彦
連絡先(電話番号)	025(550)6551

- ② 事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てる事ができます。

苦情受付機関	連絡先(電話番号)
糸魚川市 福祉事務所	025(552)1511
新潟県国民健康保険団体連合会	025(285)3022

14 第三者評価の実施状況

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

15 利用者がサービスの利用にあたって注意すべき事。又、(4)(5)は、法令等にて禁止事項で違反行為となります。

- (1) 複数の方が同時にサービスを利用するので周りの方の迷惑にならないように注意して下さい。
又、事業所の円滑な運営を行う為に、職員の指示には、必ず従って下さい。
- (2) サービスの利用中に気分が悪くなった時は、職員に直ちに申し出て下さい。
- (3) 30日以上連続長期利用での減算又、年間利用日数についての行政の制限がありますので尋ねて下さい。
- (4) 看護職員以外の医療補助行為又、一包化されていない処方箋薬の配薬及び、服薬 (医師法17条他)
- (5) 本人財産/年金/現金等、取扱い・ケースにより双方に誤解を生むような高価物等の持ち込み (民法/省令/通知他)

16 その他運営にあたっての重要事項

事業者は、新潟県暴力団排除条例の基本理念に則り、事業所運営からの影響排除と適切な運営確保を図るものとします。

【サービスの提供に先立って上記のとおり説明します】

事業者名 株式会社 リポーン
代表者名 代表取締役 飛田 尚文
事業所在地 糸魚川市南押上1丁目3番11号
事業所名 ショートステイ おしあげ
説明者氏名

【上記の内容について説明を受け同意しました】

本契約同意の証として本重要事項説明書を2通作成し、事業者記名、利用者及び、事業所説明者署名の上、利用者に交付し、それぞれ1通ずつ保有します。

説明同意日：令和 年 月 日

(利用者)ご住所
お名前
*利用者の依頼により代筆した場合の代筆者氏名()

(代理人)ご住所
お名前

(身元引受人)ご住所
お名前

*続柄記名()