

梅香苑短期入所生活介護 重要事項説明書

当事業所は、利用者又はその家族に対して、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とおり説明します。

1、事業の目的と運営方針

要支援・要介護状態にある方に対し、適正な（介護予防）短期入所生活介護を提供することにより、要支援・要介護状態の維持・改善を目的とし、目標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、事業の内容

事業所名	梅香苑短期入所生活介護
指定番号	熊本県指定第4372700767号
所在地	熊本県阿蘇郡高森町大字高森3175番地
管理者氏名	田代元樹
電話番号	0967-62-3111
FAX番号	0967-62-3122
サービスを提供する地域	阿蘇郡高森町

(1) 事業所の従業者体制

当施設では、利用者に対して指定（介護予防）短期入所生活介護を提供する従業者として、以下の職種の職員を配置しています。

職種	職務の内容	人員
管理者（施設長）	業務の一元的な管理	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名以上
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	3名以上
介護職員	介護業務	29名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名以上
管理栄養士 栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名以上
介護支援専門員	介護計画の作成	1名以上

(2) 設備の概要

定員 14 名

○居室

2 人部屋 5 室 (多床室)

4 人部屋 1 室 (多床室)

利用者の居室は、ベッド、洗面台、タンス等を備品として備えています。

○食堂 3 室 (2 階・1 階 2 ヶ所)

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・椅子・箸や食器類などの備品等を備えます。

○浴室 5 室

浴室には利用者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のため特殊浴槽を設けています。

○便所 5 室

必要に応じて、各階に便所を設けています。

○機能訓練室 1 室

利用者が使用できる十分な広さの機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えています。

○その他の設備

設備としてその他に、医務室・静養室・洗濯室・介護材料室・調理室・面接室・介護職員室等を設けています。

3、サービスの内容

(1) 基本サービス

① (介護予防) 短期入所生活介護計画の立案

利用期間が 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。その内容を利用者及びその家族に説明し、同意を得ます。

② 食 事

- ・ 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の心身の状態、嗜好を考慮し、適切な時間に合わせて調理します。
- ・ 利用者の自立支援のため離床して、食堂にて食事を取っていただくことを原則としています。
- ・ 医師の指示による食事の提供を行います。

③ 入 浴

- ・ 最低週 2 回入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。
- ・ 寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④介 護

(介護予防) 短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・ 更衣、排泄、食事、入浴等の介助。
- ・ 体位交換、シーツ交換、事業所内の移動付き添い等。

⑤機能訓練

日常生活活動の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。

⑥生活相談

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑦健康管理

利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応いただきます。

なお、急変時等の場合は、かかりつけ医等への連絡を行い、外来受診する場合があります。

4、利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該(介護予防)短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

◇介護報酬告示額

(1) 要支援者利用料 (1日当たり)

要支援区分	サービス料金	利用者負担金 (1割負担)	利用者負担金 (2割負担)	利用者負担金 (3割負担)
要支援1	4,510円	451円	902円	1,353円
要支援2	5,610円	561円	1,122円	1,683円

(2) 要介護者利用料 (1日当たり)

要介護区分	サービス料金	利用者負担金 (1割負担)	利用者負担金 (2割負担)	利用者負担金 (3割負担)
要介護1	6,030円	603円	1,206円	1,809円
要介護2	6,720円	672円	1,344円	2,016円
要介護3	7,450円	745円	1,490円	2,235円
要介護4	8,150円	815円	1,630円	2,445円
要介護5	8,840円	884円	1,768円	2,652円

(3) 加算料金等

ア 送迎加算	片道につき	1 8 4 円
イ サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 日につき	1 8 円
ウ 機能訓練指導員配置加算	1 日につき	1 2 円
エ 緊急短期入所受入加算	1 日につき	9 0 円
オ 療養食加算	1 回につき	8 円
カ 生産性向上推進体制加算Ⅱ	1 月につき	1 0 円
キ 生活処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に 14.0% を乗じた単位数で算定	

※加算料金は、介護保険負担割合が 2 割の方は上記記載額の倍額、介護保険負担割合が 3 割の方は 3 倍となります。

◇その他の費用

(1) 「食費」及び「居住費」

ア 基本料金

350 円 (朝食) ・ 565 円 (昼食) ・ 530 円 (夕食)

介護保険負担限度額認定証がある場合は、以下の金額で打ち切りとなります。

負 担 段 階		食 費	居 住 費
第 1 段階	生活保護受給者	3 0 0 円	0 円
第 2 段階	市町村民税非課税世帯の者で 年金収入等 8 0 万円以下	6 0 0 円	4 3 0 円
第 3 段階①	市町村民税非課税世帯の者で 年金収入等 8 0 万円超 1 2 0 万円以下	1, 0 0 0 円	4 3 0 円
第 3 段階②	市町村民税非課税世帯の者で 年金収入等 1 2 0 万円超	1, 3 0 0 円	4 3 0 円
第 4 段階	上記以外の者	1, 4 4 5 円	9 1 5 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、実際に摂った食ごとの料金とします。

ただし、その額がアに定める負担限度額を下回った場合はその額とします。

なお、終日利用する場合には、特別な場合を除いて実際に摂った食数に関らず 1 日当りの額とします。(すべての食事を摂らない場合を除く。)

ウ 滞在に要する費用

基本料金入所、退所の時間に関わりなく 1 日当り 8 5 5 円

5、サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、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には、必ず従業員に声をかけて下さい。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ④ 従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6、非常災害対策

事業者は、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、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。

7、緊急時の対応

サービス提供時に利用者の症状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡等必要な措置を講じます。

8、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、ご家族、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取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。

9、守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族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、従業員との雇用契約の内容としています。

10、利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

11、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、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。

12、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： 住吉 真紀（生活相談員）

ご利用時間 : 8時00分～17時30分
ご利用方法 : 電話0967-62-3111

(なお、上記時間外でも受付し、担当者に連絡します。)

第三者委員 古庄秀子監事 0967-62-2365 高森町高森1952-5
瀬井幸一監事 0967-62-2001 高森町高森2027-6

※ 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。

◇ 高森町役場 健康推進課 介護保険係

所在地 : 熊本県阿蘇郡高森町大字高森2168番地
電話番号 : 0967-62-1111 (代)
FAX番号 : 0967-62-1174
受付時間 : 9時00分～17時00分(土日、祝日を除く)

◇ 熊本県国民健康保険団体連合会

所在地 : 熊本県熊本市東区健軍2丁目4-10
電話番号 : 096-365-0811
FAX番号 : 096-365-4188
受付時間 : 9時00分～17時00分(土日、祝日を除く)

◇ 熊本県社会福祉協議会

所在地 : 熊本県熊本市中央区南千反畑町3-7
電話番号 : 096-324-5454
FAX番号 : 097-355-5440
受付時間 : 9時00分～17時00分(土日、祝日を除く)

◇ 熊本県福祉サービス運営適正化委員会(県社協内)

所在地 : 熊本県熊本市中央区南千反畑町3-7
電話番号 : 096-324-5471
FAX番号 : 096-355-5440
受付時間 : 9時00分～17時00分(土日、祝日を除く)

13、緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

14、損害賠償について

当事業所において、施設の責任によりご利用者様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、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様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。

15、提供するサービスの第三者評価の実施状況

有

無

令和 年 月 日

指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの開始に当り、利用者に対して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。

〈事業者〉

所在地 : 熊本県阿蘇郡高森町大字高森3175番地
事業所名 : 梅香苑短期入所生活介護事業所
(指定番号熊本県指定第4372700767号)
管理者 : 田代元樹印

説明者 : _____ 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業所から指定（介護予防）短期入所生活介護サービスについて、重要事項説明書を受け同意しました。

〈利用者〉

住所 : _____

氏名 : _____ 印 (代筆者名 _____)

〈利用者代理人（選任した場合）〉

住所 : _____

氏名 : _____ 印 (続柄 _____)