

重要事項説明書

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 吉野誠心会
法人所在地	大分県大分市大字中戸次6022番地1
電話・FAX	電話：097-597-7007 FAX：097-597-7171
代表者氏名	理事長 平 嶋 吉 幸
設立年月	昭和54年9月11日

2. 事業所の概要

事業所の名称	誠寿園ショートステイサービス
事業所の所在地	〒879-7761 大分県大分市大字中戸次6022番地1
電話・FAX	電話：097-597-7007 FAX：097-597-7171
事業所長氏名	平 嶋 吉 幸
事業所の種類	(介護予防)短期入所生活介護 (指定令和2年4月1日) 介護保険事業所番号 第4470101207号 (併設型従来型個室・空床利用型、併設型ユニット型個室・空床利用型)
定 員	併設型従来型個室：20名 (ユニット型個室:空床利用型のみ)
通常の見迎 実施地域	大分市・臼杵市・豊後大野市犬飼町

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して(介護予防)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ています。[(従)は従来型に配置、(ユ)はユニット型に配置。印なしは兼務者]

職 種	資 格	職員数(配置数)	指定基準
事業所長(管理者)		1 名	1 名
生活相談員	社会福祉士・社会福祉主事任用資格	1 名	1 名以上
介護支援専門員	介護支援専門員	1 名	1 名以上
医 師	医 師	1 名	1 名以上
看護職員	(准)看護師	(従)3名 (ユ)2名	(従)2名以上 (ユ)1名以上
機能訓練指導員	(准)看護師・理学療法士・作業療法士他	1 名	1 名以上
介護職員	介護福祉士 他	(従)31名 (ユ)11名	(従)17名以上 (ユ)7名以上
事務職員		4 名	
栄 養 士	(管理)栄養士	2 名	1 名以上
調 理 員	調理師 他	10 名	

4. 設備の概要

従来型個室施設

(※)は特別養護老人ホームと兼用の設備

居室 個室(一人部屋)	20室	浴 室	1室
食 堂	1室	調 理 室 (※)	1室
医務室(看護室) (※)	1室	相 談 室 (※)	2室
静 養 室 (※)	1室	事 務 室 (※)	1室
機能訓練室 (※)	1室		

5. サービス内容について

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	朝食 8 時～ 、 昼食 12 時～ 、 夕食 18 時～ (基本的な開始時間であり、本人のご要望により変更も致します)
入 浴	週に 2 回以上入浴(一般浴及び特殊浴)していただけます。 ただし、健康状態に応じ清拭となる場合があります。
介 護	食事、排泄、離床、入浴、着替え、整容等の介護を行います。 シーツ交換(週 1 回)、おむつ交換、体位変換等を行います。
機能訓練	看護職員等により心身の状況に応じて身体機能訓練を行います。
生活相談	生活相談員による介護や日常生活等についての相談を行います。
レクリエーション等	①行事：季節等に応じた行事を実施いたします。誕生会なども実施いたします。 ②サークル活動：次のクラブがあります。美術、音楽、囲碁、習字等。 ※ユニット型施設では、ご本人と相談して何をするか個別決定いたします。
送 迎	利用者等が送迎を希望される場合、通常を送迎地域内において送迎サービスを実施いたします。

* 介護サービス計画において送迎サービスを利用することが計画されている場合、当事業所の送迎車両に乗車して送迎サービスを利用することについて、同意しているものとみなし送迎サービスを提供いたします。

(2) 介護保険給付外費用・サービス等(料金は別途必要となります。)

食 費	食材費、調理費および特別食の提供に必要な費用です。
滞 在 費	居室料・光熱水費(一部発生する場合は別に記載しています)
理容・美容	定期的に理容業者が散髪を行います。
日用品費	衣類、日用品等の購入を代行いたします。

6. 利用料金について

(1) 介護保険の対象となる保険給付費および自己負担分の利用料金

介護報酬額は次のとおり。介護報酬額(介護報酬上の告示額)から自己負担額(介護保険を適用した法定代理受領サービスの場合)を除いた額が介護保険給付費額となります。

①従来型個室施設

介 護 度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介 護 報 酬 額	6,030円	6,650円	7,370円	8,060円	8,740円
介 護 給 付 額	利用料金(介護報酬額)より自己負担額を除いた額				
自己負担額(3割)	1,809円	1,995円	2,211円	2,418円	2,622円
自己負担額(2割)	1,206円	1,330円	1,474円	1,612円	1,748円
自己負担額(1割)	603円	665円	737円	806円	874円
介 護 度	要支援 1	要支援 2			
介 護 報 酬 額	4,460円	5,550円			
介 護 給 付 額	(同 上)				
自己負担額(3割)	1,338円	1,665円			
自己負担額(2割)	892円	1,110円			
自己負担額(1割)	446円	555円			

②ユニット型個室施設

介 護 度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介 護 報 酬 額	6,960円	7,640円	8,380円	9,080円	9,760円
介 護 給 付 額	利用料金(介護報酬額)より自己負担額を除いた額				
自己負担額 (3割)	2,088円	2,292円	2,514円	2,724円	2,928円
自己負担額 (2割)	1,392円	1,528円	1,676円	1,816円	1,952円
自己負担額 (1割)	696円	764円	838円	908円	976円
介 護 度	要支援 1	要支援 2			
介 護 報 酬 額	5,230円	6,490円			
介 護 給 付 額	(同 上)				
自己負担額 (3割)	1,569円	1,947円			
自己負担額 (2割)	1,046円	1,298円			
自己負担額 (1割)	523円	649円			

③各種介護給付費加算サービス等

介護給付費加算名称	介護給付費 加算額	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
送迎加算 〈片道送迎1回あたり〉	1,840円	184円	368円	552円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 〈1日あたり〉	220円	22円	44円	66円
夜勤職員配置加算(Ⅲ)〈1日あたり〉	150円	15円	30円	45円
看護体制加算(Ⅰ)〈1日あたり〉 (※注1)	40円	4円	8円	12円
看護体制加算(Ⅱ)〈1日あたり〉 (※注1)	80円	8円	16円	24円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	基本の介護報酬及び各介護報酬加算・減算の合計額に1000分の83を乗じた額を加算。			
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	基本の介護報酬及び各介護報酬加算・減算の合計額に1000分の27を乗じた額を加算。			
介護職員等ベースアップ等支援加算(Ⅰ)	基本の介護報酬及び各介護報酬加算・減算の合計額に1000分の16を乗じた額を加算。			

(※注1)特別養護老人ホームの空床枠利用した場合に加算となるもの。

- * 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付費が直接事業者を支払われない場合は、一旦介護保険適用外の料金(介護報酬額相当)をお支払いいただき、利用料金お支払い時にサービス提供証明書を発行いたします。
サービス提供証明書を後日、市町村の窓口へ提出(及び所定の手続き)を行いますと、保険適用時の支払額との差額の払戻しを受けることができます。
- * 介護保険料の自己負担額は、介護保険被保険者証の要介護度及び介護保険負担割合証の利用者負担の割合に応じて決定されます。

(2) その他の費用(介護保険給付外サービス費等)

①滞在費および食費 (i または ii)

i 従来型個室施設

(介護予防)短期入所生活介護の従来型個室施設の滞在費(光熱水費相当額)は、1日につき1,171円です。食費は、1日あたり1,445円です。

ii ユニット型個室施設

(介護予防)短期入所生活介護施設のユニット型個室施設の滞在費(室料および光熱水費相当額)は、1日につき2,006円です。食費は、1日あたり1,445円です。

*ただし、利用者に介護保険負担限度額認定が付された場合、実際にご負担いただく滞在費および食費は、上記金額(負担限度額の基準額)にかかわらず、下記のとおり各利用者の介護保険負担限度額認定証に記載された滞在費・食費の負担限度額が上限金額となります。(上記金額との差額は国保連より施設に補足給付されます。)

*介護保険の要介護度や介護保険負担限度額認定等ご利用料負担に関わる変更事項があった場合、ただちに当事業所にご連絡ください。変更となる日付から、ご利用者の負担金額の変更をいたします。

i 従来型個室施設・(介護予防)短期入所生活介護

利用者負担	食 費	滞在費(光熱水費相当)
第1段階	300円/日	320円/日
第2段階	600円/日	420円/日
第3段階①	1,000円/日	820円/日
第3段階②	1,300円/日	820円/日
基 準 額	1,445円/日	1,171円/日

ii ユニット型個室施設・(介護予防)短期入所生活介護

利用者負担	食 費	滞在費(光熱水費相当)
第1段階	300円/日	820円/日
第2段階	600円/日	820円/日
第3段階①	1,000円/日	1,310円/日
第3段階②	1,300円/日	1,310円/日
基 準 額	1,445円/日	2,006円/日

②その他の費用

おむつ代・洗濯代	無 料
特別な食事	利用者又はその家族等の希望により提供する特別な食事 ・・・・・・要した費用の実費
理容・美容	理容・美容サービスは 実費(業者委託) [参考 散髪2,200円、部屋訪問理容料+300円、顔剃り、髭剃り他は実費]
通常の事業実施区域外への送迎	通常の事業実施区域外への送迎は片道20kmまでは2,000円とし、10kmごとに1000円を追加する。なお有料道路料金を利用する場合は利用者が別に負担する。※場所によっては実施できない場合がございます。予めご相談ください。
複写物の交付	・利用者又はその家族等は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、コピーが必要な場合、次の費用をご負担いただきます。 利用料金・・・用紙サイズに関係なく1枚(片面)につき10円
日常生活上必要となる諸費用	・日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で、以下のものについては、利用者負担といたします。 (1) テレビ貸出 (1日に付き100円又は月15日以上は1,500円) (2) 電気毛布貸出 (1日に付き100円又は月15日以上は1,500円) (3) (1)(2)以外のコンセント使用料 (1つの器具1日に付き100円又は月10日以上は1,000円) (4) 利用者・ご家族等のご希望により提供されるサービス・物品等で利用者が負担していただくことが適当と認められるものの費用 ・・・・・・その費用実費
口座振替料	利用料金を指定の金融機関口座より振替(引落)させていただく際に生ずる口座振替(口座引落・自動送金・自動振替)手数料 〈金融機関への支払手数料〉・・・・・・手数料実費
その他	※その他利用料をいただく事態が発生した場合は、その都度利用者等に了解をいただき費用を定めることといたします。

(3)支払方法等

- ①サービス利用終了時に、口座振替または現金にてお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。他のお支払方法をご希望の場合、別途ご相談下さい。
- ②ご利用料の支払が困難な方のうち、ご利用者およびご家族等の収入状況や資産状況他による社会福祉法人の利用者負担軽減制度がございます。
(行政が認定した方に対して、社会福祉法人による利用者負担軽減措置を実施します。)

7. 事業所利用に当たっての留意事項

面 会	いつでもお気軽にご来訪ください。(原則8:00~18:00) 来訪時にはお手数ですが職員に声を掛けて下さい。
喫 煙	建物内及び施設敷地内での喫煙は禁止です。
金品の管理	原則として利用者自身に管理していただきます。
所持品の管理	持込品については、事前にご相談ください。(特に「食物」)
事業所・設備の 使用上の注意	<ul style="list-style-type: none"> ・故意または過失により建物、設備、備品等を破損させたり、通常清掃等では回復できず修繕が必要な場合には、ご利用者の自己負担により現状に復元していただくか、あるいは現状復元の相当費用をお支払いいただきます。 ・ご利用者に対してサービス提供及び安全衛生上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室に立ち入り必要な措置(介護・医療行為等)を行うことが出来るものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等保護には十分配慮を行います。 ・当事業所において、職員や他の利用者他に対し、宗教活動、政治活動、営利を目的とした活動を行うことを禁止します。
事業所外での受診	事業所外にて医療機関受診を行う場合は、原則ご家族送迎にてお願いいたします。但し、やむを得ない事情のある場合はご相談下さい。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前に緊急連絡先等をお聞きすることにより、医師、ご家族、居宅介護支援事業者、救急隊他への連絡等の必要な処置を講じます。

○主治医は以下のとおりです。

主治医	電話 番号
-----	----------

※上記主治医のご記入がない場合、下記の医師に連絡いたします。

配置医師 (嘱託医)	事業所配置医氏名 (医療機関)	長松 宜哉 (社会医療法人関愛会 大東よつば病院)
	連 絡 先	TEL 097-520-3555
協力医療機関	<内科病院> 大東よつば病院 大分市松岡1946 TEL 097-520-3555 <歯科医院> やなる歯科医院 大分市中戸次5939 TEL 097-597-3880 さわみや歯科医院 大分市中戸次4339 TEL 097-574-6801	

○緊急時の連絡先(2箇所)

①氏名	続柄
電話 ()	勤務先等 () 携帯電話他
②氏名	続柄
電話 ()	勤務先等 () 携帯電話他

9. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当施設における利用者等からの相談又は苦情に対応するは、受付したとき又は苦情処理(福祉サービス相談)委員による苦情相談日を設け、人権擁護及びサービスの質の向上のため定期的かつ、積極的な意見の汲み上げに務めております。また、玄閑脇に苦情受付ボックスも設置しております。

サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口で受付します。

苦情受付担当者	電話番号
誠寿園ショートステイサービス(生活相談員) 宮本 真一 誠寿園ショートステイサービス(介護課長) 辻野 聡子	097-597-7007
受付時間 毎週月曜日～土曜日 8時00分～17時30分(但し、24時間受付可能)	

(2) 行政機関その他苦情受付機関(受付時間 8時00分～17時15分)

(受付時間 8時30分～17時15分 但し、土曜・日曜・祝日及び年末年始(12/29～1/3)を除く)

大分市役所 長寿福祉課	所在地 大分市荷揚町2-31 電話番号 097-534-6111
大分県国民健康保険団体連合会	所在地 大分市大手町2-3-31 電話番号 097-534-8470
大分県社会福祉協議会 大分県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 大分市大津町2-1-41 電話番号 097-558-0300

10. 事故発生時の対応

- (1)利用者に対する(介護予防)短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2)当事業所は、入所者に対する(介護予防)短期入所生活介護サービスの提供により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。
- (3)事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

11. 個人情報情報の取扱・秘密保持

- (1)事業者およびサービス従事者は、利用者に対する介護サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、ご利用中及びご利用後、第三者に漏らすことはいたしません。(介護記録について書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録とし、これを含みます。)
- (2)事業者は、サービス従事者が業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を正当な理由がある場合を除いて、在職中あるいは退職後に第三者に漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- (3)前項にかかわらず、利用者に係るサービス担当者会議等での利用など正当な理由がある場合、事業者がその会議等で利用者又はその家族等の個人情報を利用することができるものとします。

12. 身体拘束廃止取組について

- (1)利用者の尊厳と主体性を尊重し、事業者が定める身体拘束廃止に関する指針「身体拘束廃止に関する指針」等に則って、認知症等により利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため「切迫性」「非代替性」「一時性」を十分考慮検討した上で、緊急やむを得ない場合のみ身体拘束を行うことがあります。
- (2)身体拘束が必要な場合は、利用者又は家族に説明をし、同意を受けなければ行いません。
- (3)その様態及び時間、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を記録します。

以上

(介護予防)短期入所生活介護のサービス提供開始にあたり、利用者に対して本書により重要事項の説明をいたしました。

事業者

名 称 社会福祉法人吉野誠心会
所在地 大分市大字中戸次6022番地1
事業所 誠寿園ショートステイサービス

(説明者) 職 名 生活相談員

氏 名 (署名)

私(利用者)及び代理人は、本書に基づいて上記事業者から(予防介護)短期入所生活介護に関する重要事項の説明を受け、サービス提供内容・利用料等の内容について同意し、上記事業者(事業所)による介護サービスの提供(利用)を開始します。

また、居宅サービスの計画作成及び介護サービスの実施のために必要のある場合には、居宅サービス担当者会議等において居宅介護支援事業者、介護サービス提供事業者、主治医、嘱託医、医療機関、その他関係人等に対して、私(利用者)及び家族他に関する個人情報提示(開示)することに同意します。

令和 年 月 日

利用者

住 所	
氏 名	

代理人または身元保証人

住 所	
氏 名 (署 名)	
続 柄	

ご家族

住 所	
氏 名 (署 名)	
続 柄	

※枠内は、ご本人または代理人による自署での記入欄。(または記名押印も可)