

ショートステイ番城

重要事項説明書

事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定 第 3870302233 号)

事業所は利用者に対して、(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。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 寿楽会
- (2) 法人所在地 愛媛県松山市来住町 3 6 番地
- (3) 電話番号 089-975-1335 (代)
- (4) 代表者氏名 理事長 末廣 英誉
- (5) 設立年月日 昭和 53 年 9 月 7 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 (介護予防) 短期入所者生活介護事業所
※事業所は特別養護老人ホーム番城に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、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し、又必要な居室及び共用施設等を使用させ、(介護予防) 短期入所生活介護に係る介護保険給付対象サービス及び対象外のサービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 ショートステイ番城
- (4) 事業所の所在地 愛媛県宇和島市宮下字御薮甲 143 番地 5
- (5) 電話番号 0895-65-9111

(6) 事業所の運営方針

事業所の職員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に沿った(介護予防) 短期入所生活介護計画に基づく日常生活上の介護等を行うことにより、利用者の心身の機能維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るサービスの提供を行います。

- (7) 開設年月日 令和 2 年 1 1 月 1 日

(8) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
営業時間	24 時間

- (9) 利用定員 10 人

上記に定めるほか、併設する特別養護老人ホームの入所定員の範囲内において、入院等をした入所者の居室を利用して、(介護予防) 短期入所生活介護を提供します。

- (10) 通常の送迎の実施地域 宇和島市

(11) 居室等の概要

事業所では以下の居室、設備をご用意しています。利用される居室は原則として1人部屋となっております。

居室・設備の種類	室数	備 考
個室（1人部屋）	10 室	全室個室 ユニット数…1ユニット10名 居室の整備 ベッド(寝具一式)、タンス、トイレ、ナースコール
共同生活室	1 室	食堂、機能訓練
浴 室	1 室	一般浴
医 務 室	1 室	診療所

※上記は、厚生労働省が定める基準により、（介護予防）短期入所生活介護事業所に設置が義務付けられている居室、設備です。

☆居室の変更…利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。又、利用者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族等との協議の上決定するものとします。

3. 職員の配置状況（ユニット型併設型・空床利用型）

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。なお、特別養護老人ホームと併設の為、事業所と一体的な人員配置としており、空床利用型については、併設する特別養護老人ホームに勤務する職員の配置によるものとします。

〈 主な職員の配置状況 〉

職 種	員 数	職務の内容
1. 管理者	1 人	職員の管理及び利用調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う
2. 生活相談員	1人以上 (常勤換算方法)	相談業務
3. 介護職員	11人以上 (常勤換算方法。うち看護職員が常勤で1人以上)	介護サービスの提供
4. 看護職員		健康保持のための措置
5. 機能訓練指導員	1人以上	機能訓練
6. 医師	1人以上	療養上の指導
7. 栄養士	1人以上	食事の管理・栄養指導

※職員の配置については、指定基準を遵守しています

4. 事業所が提供するサービスと利用料金

事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

事業所が提供するサービスは、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額を利用者にご負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事に関する栄養管理（但し、食材料費及び調理にかかる費用は別途いただきます。）

- ・事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態、嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練は専門家の指導の下、職員により、利用者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（ユニット型併設型・空床利用型）

利用料金は厚生労働大臣が定める告知上の額であり、下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（利用者の負担割合に応じた自己負担額）をお支払い下さい。サービスの利用料金の内、加算分については、加算対象となっている利用者に、個別に請求いたします。

【基 本】								
利用者の 要介護度 とサービス 利用料金 (円)【基本報酬】 (/日)	自己負担割合	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
	1割	529	656	704	772	847	918	987
	2割	1,058	1,312	1,408	1,544	1,694	1,836	1,974
	3割	1,587	1,968	2,112	2,316	2,541	2,754	2,961

【加 算】	加算料金 1割/2割/3割 (内 容)
送迎加算 (/片道)	184 円/ 368 円/ 552 円 (利用者の心身の状態、家族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利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行う場合)
緊急短期入所受入加算 (介護予防除く) (/日)	90 円 / 180 円 270/円 (居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合、当該指定短期入所生活介護を行った日から起算して7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度とする)
若年性認知症利用者受入加算 (/日)	120 円 / 240 円 / 360 円 (若年性認知症利用者に対して指定短期入所生活介護を行った場合)
サービス提供体制加算 (Ⅲ) (/日)	6 円 / 12 円 / 18 円 (①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上 ②看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上 ③直接提供職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上 のいずれかに適合)
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	要介護度別のサービス利用料金とサービス加算料金の合計に113/1000 を乗じたもので算定。 (介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして指定権者に届け出ている)

☆利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。又、居宅サービス計画作成(変更)依頼届出がされていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆利用者に提供する滞在に要する費用及び食費は別途いただきます。但し、特定入所者介護サービス費の対象者は、一部、介護保険より補足給付があります。

(下記(2)①②参照)

☆介護保険からの給付額及び特定入所者介護サービス費の補足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の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担になります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 居住費 利用者の滞在に要する費用です。 料金：個室 2,066 円／日

② 食 費 利用者に提供する食材料及び調理にかかる費用相当です。

料金：1 日あたり 1,540 円（朝 420 円、昼 590 円、夕 530 円）

但し、入退所日及び外出等により 1 日 3 食を摂られない場合は、1 食毎に設定した料金をお支払いいただきます。

①及び②について、特定入所者介護サービス費の対象者（利用者負担第 1 段階から第 3 段階(2)の方）は、下記の料金表のとおり、利用者負担段階に応じて負担限度額をお支払いいただきます。基準費用額との差額は、介護保険より補足給付されます。

第 4 段階の方は、基準費用額相当の全額をお支払いいただきます。介護保険からの補足給付はありません。

利用者負担段階	食 費（日 額）		居住費（日 額）	
	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額
第 1 段階	1,445 円 (朝 390 円、昼 555 円、夕 500 円)	300 円	個室 2,066 円	880 円
第 2 段階		600 円		880 円
第 3 段階(1)		1,000 円		1,370 円
第 3 段階(2)		1,300 円		1,370 円
第 4 段階	1,540 円		2,066 円	

食事の提供は、利用者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ共同生活室で食事が摂れるように支援し、共同生活室で食事を摂ることができない利用者にとっては、居室に配膳し必要な食事補助を行うものとします。

○食事は生活のリズムを配慮し、概ね下記の時間を食事時間とします。

朝食 8:00～8:45 昼食 11:45～12:30 夕食 16:45～17:30

○食事は栄養士が作成したメニューに基づき、利用者お一人お一人の身体状態等に合わせ提供します。

○アレルギーその他食べられないものがある場合は、他のものに代えて提供します。

③ レクリエーション活動

利用者の希望により、レクリエーション活動に参加していただくことができます。

費用は実費となります。

④ 複写物の交付

利用者は、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、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。・・・一枚につき 20 円

⑤ 預り金等管理料

利用者の希望により、貴重品（現金・通帳等）の預かり管理を行います。なお、その際に管理料をご負担いただきます。1 日 50 円（月額 1,500 円）。

⑥ 立替金管理料

利用者の希望により、立替金の申し出があった場合、立替管理料として、1 日 50 円いただきます。（月額 1,500 円）。

⑦ 理美容代 実費

⑧ 電気料金・・・個人所有の電気製品を持ち込んだ場合

・テレビの場合 1 か月 500 円、1 日 20 円（25 日を超える場合は上限を 500 円）

・他の製品については、その都度相談により決めます。

⑨ 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のうち、利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

◎おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月末締め翌月15日口座引き落としで、ご利用期間分の合計金額をお支払いください。事業所での現金支払、指定の口座への振込をご希望の場合は、翌月10日までにお支払下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、利用者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしく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、サービスの実施日前日までに事業所に申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用料の利用者負担 割合に応じた額

但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

○サービスの利用の変更・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、他の利用可能日を利用者に提示して協議します。

○利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

5. 事故発生時の対応

事業所がサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに都道府県、市町、家族等への連絡等必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

併せて事故発生の原因・再発防止の検討を行います。サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。事業所は損害賠償責任保険に加入します。

6. 非常災害対策

(1) 事業所は、非常災害が発生した場合における利用者の安全の確保のための体制、避難の方法等を定めた計画を策定し、事業所の見やすい場所に掲示します。

(2) 事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行うものとします。

(3) 事業所は、上記の訓練結果に基づき、事業所防災計画の検証を行うとともに、必要に応じて事業所防災計画の見直しを行います。

(4) 事業所は、非常災害が発生した場合に職員及び利用者が事業所内において当面の避難生活をするように、必要な食糧、飲料水、医薬品その他の生活物資の備蓄に努めます。

7. 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療危機の管理を適正に行うこととします。
- (2) 事業者は、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、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
 - 一 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
 - 二 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
 - 三 職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに訓練を定期的に年1回以上実施します。

8. 苦情の受付

(1) 事業所における苦情の受付

事業所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：ショートステイ番城
- 電話番号：0895-65-9111
- 受付時間：9:00～17:00（土・日を除く）
- 苦情解決担当者及び責任者：管理者

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

宇和島市高齢者福祉課	所在地：宇和島市曙町1 電話番号：0895-24-1111 受付時間：8:30～17:15（月～金曜日（祝日除く））
愛媛県国民健康保険団体連合会	所在地：松山市高岡町101番地1 電話番号：089-968-8700 受付時間：8:30～17:15（月～金曜日（祝日除く））
愛媛県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地：松山市持田町三丁目8番15号 電話番号：089-998-3447 受付時間：9:00～12:00、13:00～16:30 （月～金曜日（祝日除く））

9. 緊急時における対応方法

職員は、（介護予防）短期入所生活介護を提供中に、利用者の病状に急変その他緊急事態が生じた場合は、速やかに管理者及び主治医に報告します。

10. 身体的拘束等の適正化について

事業者は、サービスの提供にあたっては、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行わないこととし、身体的拘束等の適正化のため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。
- (2) 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回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (4) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

1 1. 虐待の防止のための措置

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ため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) (1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を設置します。

1 2. 第三者評価の実施状況

実施の有無：なし

実施した直近の年月日：なし

実施した評価機関の名称：なし

評価結果の開示状況：なし

1 3. サービスの利用に関する留意事項

事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持ち込みの制限

以下のものは原則として持ち込むことができません。

刃物などの危険物、ペット、騒音・異臭など共同生活上問題となる物

又、大きな家具及び所持品の数量にも制限があります。

(2) 面会

面会時間 9：00～17：30（但し、事情・状況に応じて対応します。相談下さい。）

☆ 来訪者は、必ずその都度面会簿に記入し、職員の確認を得てください。

(3) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、利用者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但しその場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(4) 喫煙

事業所内は全フロア禁煙となっております。

(5) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

協力医療機関（嘱託医）	名称	上甲外科クリニック
	診療科目	外科・胃腸科
協力医療機関（入院・治療）	所在地	宇和島市寄松甲 230-1
	電話番号	0895-25-5811
協力医療機関（入院・治療）	名称	医療法人徳洲会 宇和島徳洲会病院
	診療科目	内科等
協力医療機関（入院・治療）	所在地	宇和島市住吉町 2-6-24
	電話番号	0895-22-2811
協力歯科医療機関	名称	医療法人吉田歯科
	診療科目	歯科
協力歯科医療機関	所在地	宇和島市夏目町 2 丁目 7-9
	電話番号	0895-22-3418
協力歯科医療機関	名称	医療法人真穂会 ますだ歯科医院
	診療科目	歯科
協力歯科医療機関	所在地	宇和島市栄町港 2-2-25
	電話番号	0895-23-2255

1 4. 損害賠償

事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 5. 個人情報の保護・秘密保持について

(1) 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切に取扱います。

(2) 事業者が得た利用者及びその家族の個人情報については、事業所でのサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者及びその家族及び代理人の同意を得ます。

(3) 職員は業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。

職員であった者に、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

1 6. 利用者の安全・介護サービスの質の確保・職員の負担軽減に資する方策検討委員会について

事業者は、事業所の生産性向上の取組を推進する観点から、事業所における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じた必要な対応を検討し、利用者の尊厳や安全性を確保しながら事業所全体で継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置する。

(※令和9年3月31日までの経過措置)

1 7. その他運営についての重要事項について

(1) 事業者は、職員の質的向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務体制を整備します。

①採用時研修 現場において研修を受け、継続研修により実施

②継続研修 年間計画により実施

(2) 事業者は、職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備し、保管するものとします。

(3) 事業者は、(介護予防)短期入所生活介護計画、提供した具体的なサービス内容等の記録、身体的拘束等の態様及び時間、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の記録、利用者に関する市町への通知に係る記録、苦情の内容の記録、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録等を整備し、サービスの完結の日から5年間保管します。

(4) 重要事項説明書に記載している事項の外、運営に関する重要事項は、事業者と事業所の管理者との協議に基づき定めることとします。

●説明確認

(介護予防)短期入所生活介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

説明年月日	令和 年 月 日
所 在 地	愛媛県松山市来住町３６番地
法 人 名	社会福祉法人 寿 楽 会
代 表 者	理事長 末廣 英誉
事 業 所	ショートステイ番城
説 明 者	

私（利用者）は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意し、本書の交付を受けました。

利用者

住 所	
氏 名	(印)

身元引受人等（利用者との関係： ）

住 所	
氏 名	(印)

署名代理人（利用者との関係： ） ※上記と同じ場合は同上可

住 所	
氏 名	(印)