

短期入所生活介護

介護予防短期入所生活介護

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

あなた(利用者)に対する短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の提供開始にあたり、当法人があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業所の名称	短期入所施設 桑の里	県指定年月日	平成21年1月1日 (番号1570302776)
所在地	新潟県上越市大字京田字三角田134番1		
電話番号	025-521-0770	管理者	横尾保朋
通常の送迎の実施地域	上越市(高田地区・直江津地区)		

2. 設備の概要

定員	35人		
設備の種類	室数または箇所数	備 考	
居室	個室	19室	2階 9室・3階 10室
	2人室	4室	2階 4室
	4人室	2室	2階 2室
	計	25室	
食堂	2室	機能訓練室と兼用	
機能訓練室	2室	食堂と兼用	
浴室	2室	2階特別浴槽・リフト介助浴槽・一般浴槽 3階リフト介助浴槽・一般浴槽	
脱衣所	2室	2階・3階 各1ヶ所	
便所	18か所	車椅子トイレ・男子トイレ	
洗面設備	24か所	各居室に1ヶ所	
医務室	1室	2階	
静養室	1室	2階	
面談室	1室	1階	
喫煙室	2室	2階・3階 各1ヶ所	
多目的室	3室	1階 1室 2・3階 各1室	

3. 従業員の勤務体制 □

職 種	員 数			職 種	員 数		
	常 勤	非常勤	計		常 勤	非常勤	計
医 師	人	1人	1人	栄 養 士	1人	人	1人
生活相談員	2人	人	2人	機能訓練指導員	1人	人	1人
介護職員	14人	1人	15人	調 理 員	8人	人	8人
看 護 師	1人	人	1人				
准看護師	2人	人	2人				

4. 提供するサービスの内容 □

① 「短期入所生活介護」及び「介護予防短期入所生活介護」は、事業者が設置する施設（事業所）に短期間入所していただき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の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です。

② 具体的なサービスの内容は、次のとおりです。

食 事 の 提 供	栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を、適切な時間に、十分な時間を確保して提供します。また、利用者の食事の自立に配慮するとともに、可能な限り離床して、食堂（または共同生活室）で召し上がることを支援します。
入 浴 の 介 助	利用者が身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、（1週間に2回以上、）適切な方法により、入浴の介助を行います。また、利用者の状態から入浴することが困難な場合は、清しきを行うなど利用者の清潔確保に努めます。
排 せ つ の 介 助	利用者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排せつ介助等を適切に行います。なお、おむつを使用する利用者については、その心身および活動の状況に適したおむつを提供するとともに、排せつ状況を踏まえて適切に取り替えます。
日常生活上の世話	利用者の1日の生活の流れに沿って、離床、着替え、整容など利用者の心身の状況に応じた日常生活上の世話を適切に行います。
相 談 及 び 援 助	常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族から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。
機 能 訓 練	利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善または維持のための機能訓練を行います。

健康管理	医師および看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。
レクリエーション	利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送るうえで必要なレクリエーション（季節の行事等）を行います。

5. 業務取扱い方針 □

- ① あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」と、わたしたちの作成する「短期入所生活介護計画」及び「介護予防短期入所生活介護計画」に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、短期入所生活介護を提供します。
- ② わたしたちは、短期入所生活介護計画書を必ず作成します。

6. 担当の職員 □

あなたを担当する職員（生活相談員等）及びその管理責任者は次の者です。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

	氏名	資格	連絡先
担当		<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事	025-521-0770
管理者	横尾保朋		025-521-0770

7. 利用料金 □

① 利用者負担金 □

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の利用料の1割（下段（ ）内の額）です。なお、利用者負担金が2割の場合は（ ）内料金の2倍となります。但し、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、利用料の全額（10割負担）をご負担いただきます。

要介護度	要支援1	要支援2			
従来型個室	4,610円 (461円)	5,720円 (572円)			
多床室 (2・4人部屋)	4,600円 (460円)	5,730円 (573円)			

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
従来型個室	6,200円 (620円)	6,870円 (687円)	7,550円 (755円)	8,220円 (822円)	8,870円 (887円)
多床室 (2・4人部屋)	6,400円 (640円)	7,070円 (707円)	7,750円 (775円)	8,420円 (842円)	9,070円 (907円)

【加算】 □

加算の種類	加算の要件及び加算額	
送迎加算	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ついて、その居宅と事業所との間の送迎を行った場合。片道につき <u>1,840円(184円)</u>	
機能訓練体制加算	当事業所は、常勤専従の機能訓練指導員を必要数配置しているため、1日につき <u>120円(12円)</u> を加算します。	
看護体制加算	I	当事業所は、常勤の看護師を1名以上配置しているため、1日につき <u>40円(4円)</u> を加算します。
	II	当事業所は、看護職員を入所者数が25名又はその端数を増すごとに1名以上配置しているため、1日につき <u>80円(8円)</u> を加算します。
サービス提供体制強化加算	(I)イ	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上である場合。1日につき <u>180円(18円)</u>
緊急短期入所受入加算	利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めた利用者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合。 一日につき <u>900円(90円)</u>	
介護職員処遇改善加算(I)イ	<p>「介護職員処遇改善加算」 ○以下の要件を満たしている場合に加算する。 ※なお、要件(7)及び(8)の適合状況により、加算算定区分[(I)イ、(I)ロ、(II)、(III)]が異なる。</p> <p>(1)賃金改善見込額が加算算定見込額を上回る計画を作成し、適切な措置を講じていること (2)「介護職員処遇改善計画書」を作成し、全ての介護職員に周知し、指定権者へ届け出ていること (3)加算算定額相当の賃金改善を実施すること (4)事業年度ごとに指定権者に実績を報告すること (5)労働関係法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと</p>	

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)イ	<p>(6) 労働保険料の納付が適正に行われていること</p> <p>(7) キャリアパス要件（下記a又はbのいずれか）に適合していること</p> <p>a) 介護職員の任用の際に職責や職務内容等の要件を書面で定め、全ての介護職員に周知していること</p> <p>b) 介護職員の資質向上に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は機会を確保し、全ての介護職員に周知していること</p> <p>(8) 定量的要件に適合していること</p> <p>=賃金改善以外の処遇改善の内容と費用をすべての介護職員に周知していること</p> <p>◆介護職員処遇改善加算（Ⅰ）イ（上記の全要件に該当）</p> <p>=所定単位数（基本部分+各種加算・減算）×サービス別加算率</p> <p><対象サービス及びサービス別加算率></p> <p>1日につき5.9%</p>
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症の利用者に対してサービスを提供した場合。1日につき <u>1,200円（120円）</u>
療養食加算	医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に、1日につき <u>230円（23円）</u> を加算します。

【長期利用について】

連続で30日以上の利用をした場合、31日目以降1日目以降1日につき30円減額いたします。

※ 上記の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

② 滞 在 費 □

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく滞在費は、次の基準費用の金額です。但し、保険者が交付する介護保険負担限度額認定証（第1段階から第3段階）をお持ちの方は、認定証に記載されている負担限度額となります。

	□ 基準費用 (1日につき)	負担限度額（1日につき）		
		□ 第1段階	□ 第2段階	□ 第3段階
多床室	840円	—	370円	370円
従来型個室	1,360円	320円	420円	820円

③ 食 費 □

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく食費は、次の基準費用の金額です。但し、保険者が交付する介護保険負担限度額認定証（第1段階から第3段階）をお持ちの方は、認定証に記載されている負担限度額となります。但し、負担限度額を超えない場合には、その金額となります。

□ 基準費用			負担限度額（1日につき）		
朝食	昼食	夕食	□ 第1段階	□ 第2段階	□ 第3段階
570円	770円	570円	300円	390円	650円

④ その他の費用 □

交 通 費	<input type="checkbox"/> 不要です。 <input type="checkbox"/> 実費（片道の送迎につき <u>1,300円(税込み)</u> ）をご負担いただきます。
理美容代	理美容サービスを提供した場合、ご負担いただきます。 理容サービス：実費 美容サービス：実費
家電製品持込料	利用者の希望により、施設に持込使用した場合、1品目1日につき次の額をご負担いただきます。 <input type="checkbox"/> 1品目1日：実費 <u>54円</u>
テレビ使用料	利用者の希望により、居室備え付けのテレビを使用される場合には、専用プリペイドカードを購入してお使いください。 プリペイドカード 1枚 <u>1,000円（利用料の請求とは別にその都度、現金販売となります。）</u>

⑤ ①から④の利用料金（テレビカードの料金は除く）は、1か月ごとにまとめてご請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。

<input type="checkbox"/> 口座引き落とし	サービス利用月の翌月 <u>28日</u> に、お客様ご指定の口座より引き落とします。
<input type="checkbox"/> 銀行振込	サービス利用月の翌月末日までに、下記の口座にお振り込み願います。 <input type="checkbox"/> 第四銀行 高田営業部 （普通）1755043 <input type="checkbox"/> 上越信用金庫 高田中央支店（普通）0545609 口座名義：社会福祉法人 清和会（シャイクケホクジン セイカイ）
<input type="checkbox"/> 現金支払い	サービスを利用された月の翌月末日までに、現金にてお支払い願います。

⑥ 銀行振込等にかかわる手数料については、ご利用者様の負担となりますので、よろしく願いいたします。

8. サービスの中止

- ① あなたの都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、すみやかに次の連絡先（または6の担当の職員の連絡先）迄、ご連絡ください。

連絡先（電話番号）： _____

- ② 利用開始予定日の直前に利用をキャンセルする場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用開始予定日の前前日まで	無 料
利用開始予定日の前日	利用開始予定日の利用者負担金の20%の額
利用開始予定日当日	利用開始予定日の利用者負担金の50%の額

9. 協力医療機関、緊急時等の対応

- ① 当事業所の協力医療機関は次のとおりです。

名 称	所 在 地	主 な 診 療 科 名
上越地域医療センター病院	上越市南高田町6番9号	内科・外科・整形外科 リハビリテーション科

- ② あなたがサービスを利用しているときに病状が急変した場合その他必要な場合は、速やかにあなたの主治医または協力医療機関へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。

主 治 医	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	
	連 絡 先	

10. 事故発生時等の対応

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利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 身体拘束 □

介護保険指定基準の身体拘束禁止規定に基づき、サービス提供時、ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限するようなことは致しません。

緊急やむを得ず身体拘束を行った場合には、その様子及び時間、その際のご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ご家族等に報告いたします。

12. 非常災害対策 □

- ① 管理者は、自然災害、火災、その他の防災対策について、計画的な防災訓練と設備改善を図り、ご利用者の安全に対して万全を期します。
- ② 前項の実施について、少なくとも年2回以上の避難訓練を実施します。

13. 苦情相談窓口 □

- ① 当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓 口 設 置 場 所	短期入所施設 桑の里 事務所
担 当 者	施設長 横尾保朋
連絡先(電話番号)	025-521-0770

- ② 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦 情 受 付 機 関	連絡先(電話番号)
上越市高齢者福祉課	025-526-5111
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

14. サービスの利用に当たっての留意事項 □

サービスの利用に当たってあなたに注意していただきたいことは、次のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、職員に直ちにお申し出ください。
- (2) 複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方のご迷惑にならないように注意してください。
- (3) 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の
居宅介護支援事業者 _____

(電話番号： _____)

または当事業所の担当者 _____ 生活相談員 _____

(電話番号：025-521-0770)

迄、ご連絡ください。

平成 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、重要事項説明書のとおり説明しました。

事業 者 所在地 新潟県上越市大字京田字三角田134番地1

事業者名 社会福祉法人 清和会

代表者職・氏名 理事長 北川たい子 ⑩

説明者職・氏名 生活相談員 ⑩

事業者より重要事項説明書の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者 ご住所

お名前 ⑩

代 理 人 ご住所

お名前 ⑩

立 会 人 ご住所

お名前 ⑩