

短期入所生活介護事業所 かなえ
(介護予防)
重要事項説明書

No.20241001

当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。

尚、当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも、認定見込みのある方については、申請日から「みなし」でサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 かなえ会
- (2) 法人所在地 宮崎県宮崎市大字恒久 5311 番地 1
- (3) 電話番号 0985-52-8001
- (4) 代表者氏名 理事長 牛谷 義秀
- (5) 設立年月日 平成 25 年 5 月 31 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護
平成 26 年 10 月 1 日 宮崎県指定 第 4570107658 号

- (2) 事業所の目的

社会福祉法人かなえ会が運営する短期入所生活介護事業所かなえが行う短期入所生活介護事業、介護予防短期入所生活介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護又は要支援状態にあり、居宅における生活に一時的に支障が生じた高齢者に対し、介護予防短期入所生活介護等を行い、利用者の心身の特性を踏まえ、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう居宅介護サービスを提供することを目的とする。

- (3) 事業所の名称 短期入所生活介護事業所 かなえ
- (4) 事業所の所在地 宮崎県宮崎市大字恒久 5311 番地 1
- (5) 電話番号 0985-82-6005
- (6) 管理者 後藤 裕史
- (7) 事業所の運営方針

利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、自立した日常生活をその居宅において営むことができるよう、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、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るものとする。

- (8) 開設年月日 平成 26 年 10 月 1 日
- (9) 通常の事業の実施地域 宮崎市（清武町、田野町、佐土原町除く）
- (10) 営業日及び営業時間等

営業日	年中無休
営業時間	24 時間体制
受付時間	8 時 30 分～17 時 30 分

- (11) 利用定員 10 人

- (12) 居室等の概要

介護予防短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は各自個室となっております。

☆ 居室の変更

居室の変更希望があった場合は、居室の空き状況等により対応しますが、心身の状況によりご希望に沿えない場合があります。

また、利用者の心身の状況等により、居室の変更をお願いする場合があります。

☆ 特記事項

当事業所では、利用者の生活リズムに合わせた生活ができるように援助します。
また、思い出やなじみの家具に囲まれたプライベートな空間や、家族やお友達、地域の
方々と交流できるスペースもあります。

ユニットには、トイレ3ヶ所、共同生活室、テレビ、ミニキッチンがあります。

居室・設備の種類	室数	備考
全個室	10室	ユニットに10室
共同生活室	1室	ユニットに1ヶ所
浴室	1室	ユニットに1ヶ所（機械浴）
浴室	3室	機械浴
トイレ	3室	ユニットに3ヶ所
医務室	1室	
地域交流スペース	2室	

※浴室（機械浴）、医務室、地域交流スペースは、特別養護老人ホームかなえと共用

※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必置が義務づけられている施設・設備です。個室を除く他の施設・設備のご利用にあたって、契約者及び利用者にご負担いただく費用はありません。

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して介護サービスを提供する職種として、以下の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

1 管理者	1名	（特別養護老人ホームの施設長が兼務）
2 生活相談員	1名	（特別養護老人ホームの生活相談員が兼務）
3 看護職員	3名以上	（特別養護老人ホームの看護職員が兼務）
4 介護職員	17名以上	（特別養護老人ホームの介護職員が兼務）
5 機能訓練指導員	1名	（特別養護老人ホームの機能訓練指導員が兼務）
6 事務員	1名以上	（特別養護老人ホームの事務員が兼務）
7 管理栄養士	1名以上	（特別養護老人ホームの栄養士が兼務）

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

①食事の提供及び介助（食事代は別途いただきます。）

- ・ 当事業所では、管理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況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご本人の自立支援の為、離床し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。
（食事時間） 朝食 7:30 昼食 11:30 夕食 17:30

②入浴の提供及び介助

- ・ 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。但し、心身の状態に応じて清拭又は中止させて頂く場合があります。

③排泄介助

- ・ 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

- ・ 機能訓練指導員により、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また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。
- ・ 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。
- ・ 日常の更衣や口腔ケア、体位変換等を実施します。

⑥移送サービス

- ・ 介護度に関わりなく、介護予防短期入所生活介護を利用する際に、ご自宅から施設、施設からご自宅への送迎をいたします。ただし、配車の関係がありますので、利用可能な日時についてはその都度、ご確認ください。

◎サービス利用料金（1日あたり）（契約書第7条参照）

【基本部分：併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（I）】

利用者の要介護度	介護予防短期入所生活介護費（1日あたり）			
	基本利用料	利用者負担金	利用者負担金	利用者負担金
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要支援1	5,290円	529円	1,058円	1,587円
要支援2	6,560円	656円	1,312円	1,968円

- ・ 上記の基本利用料は、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、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。
- ・ 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、超えた額の金額をご負担いただく事になりますのでご注意ください。

※長期利用者に対して介護予防短期入所生活介護を提供する場合

- ・ 要支援1の場合、介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の75に相当する単位数を算定します。
- ・ 要支援2の場合、介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の93に相当する単位数を算定します。

【加算】 定められた要件を満たす場合に、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算額			
	基本利用料	利用者負担金	利用者負担金	利用者負担金
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
生活機能向上連携加算Ⅱ（月額）	2,000円	200円	400円	600円
機能訓練体制加算（日額）	120円	12円	24円	36円
個別機能訓練加算（日額）	560円	56円	112円	168円
送迎加算（片道）	1,840円	184円	368円	552円
口腔連携強化加算（月額）	500円	50円	100円	150円
療養食加算（1回）	80円	8円	16円	24円
認知症専門ケア加算Ⅰ（日額）	30円	3円	6円	9円
生産性向上連携体制加算（Ⅰ）（月額）	1,000円	100円	200円	300円
生産性向上連携体制加算（Ⅱ）（月額）	100円	10円	20円	30円

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(日額)	180円	18円	36円	54円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ(月額)	所定単位数×11.3%			

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 居住費・・・2,066円。

※介護保険負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載してある負担限度額とします。

② 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。

③ 食費

料金：朝食 300円 昼食 600円(おやつ込) 夕食 600円

1食単位で費用の支払いを受けるものとします。

④ 理髪

月に1回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金は利用者の負担となります。後日、業者より請求があります。

⑤ その他

内容	利用料金
紙おむつ代	サービス料金に含まれます
ティッシュ等日用品	ご持参下さい
その他	実費

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第7条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月毎に清算し、翌月までにご請求致します。

料金のお支払いについては、原則として宮崎県社会福祉協議会が行う「介護M-NET代金回収サービス」を利用した指定口座からの振替によるお支払いとさせていただきます。

(毎月20日(休日の場合、翌営業日)の振替となります。)

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第8条・9条参照)

① 利用予定日の前に、利用者ご本人の都合により、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、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。なお、当日の利用中止・変更の申し出の場合は、食費の支払いをお願いすることもあります。

② サービス利用の変更・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、他の利用可能期間又は日時をご利用者に提示して協議します。

5. サービス利用にあたっての留意事項

(1) 利用日にご持参いただくもの

短期入所(ショートステイ)ご利用時にご持参いただく物は、次のとおりです。

① 介護保険証及び健康保険証(初回及び保険証更新時)

② 内服薬及び処置に必要な医療用材料

③ 上履き及び着替え

④ 洗面用具等

⑤ その他必要な介護用品(杖、車椅子等)

※ 紙おむつ類、石鹸類等は用意してあります。

※ 金銭、貴重品はお持ちにならないで下さい。

※ また菓子や漬け物等食品類の持ち込みは最小限とし、他のご利用者へのお裾分けは、食事規制の方もおりますのでご遠慮下さい。

※ 職員へのお心付けは、一切お受けしないことになっております。

(2) 禁煙

施設敷地内はすべて禁煙となっております。

6. 緊急時の対応について

利用者の容態に急変等があった場合は、配置医師に報告するなど必要な措置を講じるほか、下記の協力医療機関との連携により速やかな対応を行います。

〈協力医療機関〉

医療機関名	医療法人将優会 クリニックうしたに
所在地	宮崎市大字恒久 5065 番地
電話番号	0985-52-8080
診療科目	外科・内科・胃腸科・肛門科・整形外科・放射線科・リハビリテーション科

〈協力歯科医療機関〉

医療機関名	医療法人あおぞら ニコ歯科クリニック
所在地	宮崎市本郷北方字山崎 3587-1
電話番号	0985-52-6875
診療科目	歯科

7. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護予防短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する介護予防短期入所生活介護の提供及び送迎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。

8. 非常災害対策について

当事業所は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対する計画を作成し、防火管理者を定めます。年2回、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。別途定めるBCP（事業継続計画）により、大規模な災害や感染症が発生した場合でも出来る限り事業が継続できる様に尽力していきます。

9. 身体拘束の廃止

- (1) 当事業所は、介護予防短期入所生活介護の提供に当たっては、当該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緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為は行いません。
- (2) 当事業所は、前項の身体的拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います。
 - ① 身体拘束廃止委員会を設置します。
 - ② 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束に係る態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
 - ③ 利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

重要事項の説明を行ったことを称するため、本書を2通作成し、契約者、事業者が署名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

介護予防短期入所生活介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

〈事業者〉 所在地 宮崎県宮崎市大字恒久5311番地1

名称 社会福祉法人 かなえ会
短期入所生活介護事業所 かなえ

理事長 牛谷 義秀

説明者： _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防短期入所生活介護サービス提供開始に同意しました。

また、サービス計画の作成・実施等において、私及び私の家族の個人情報をうい、職員間で共有することに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

電話 _____