

「指定（介護予防）短期入所生活介護」重要事項説明書

特別養護老人ホームひまわり園

「指定（介護予防）短期入所生活介護」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

（岡山県指定 第 72300313 号）

当施設はご契約者に対して指定（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。

※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」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定等をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

目次

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 1. 事業所 | 6. 非常災害対策 |
| 2. 事業所の概要 | 7. 秘密保持等 |
| 3. 職員の配置状況 | 8. 苦情の受け付けについて |
| 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 9. 面会時間について |
| 5. 事故発生時の対応 | |

1. 事業者

(1) 法人名 社会福祉法人 虹の会

(2) 法人所在地 岡山県和気郡和気町佐伯158

(3) 電話番号 0869-88-9088

(4) 代表者氏名 理事長 渋藤 行雄

(5) 設立年月 平成10年4月1日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 指定（介護予防）短期入所生活介護事業所・平成12年4月1日指定

岡山県72300313号

※当事業所は特別養護老人ホームひまわり園に併設されています。

(2) 事業所の目的 個人の人権を尊重し、日々楽しく充実した生活ができるよう援助していく。

(3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム ひまわり園

(4) 事業所の所在地 岡山県和気郡和気町佐伯158

(5) 電話番号 0869-88-9088

(6) 施設長（管理者氏名） 施設長 小西 己津子

(7) 当事業所の運営方針

1) 心の通い合う介護の提供・・・相手の話をよく聞き、その人らしさが保てるよう心のこもった介護を

提供す

2) 質の高い安全な介護の提供・・・研修・講習等に参加し安全で安心できる介護技術を身につけ

質の高い介護を提供する

3) 健全な経営の確立・・・法令、法規、指示、命令を遵守し、又収支を考慮した改修業務改善

を図り健全で自立した経営を目指す

(8) 開設年月日 平成10年4月1日

(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8:30~17:30

(10) 利用定員 20人(空床利用あり)

(11) 居室等の概要

当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2人部屋ですが、個室など他の種類の居室の利用を希望される場合は、その旨お申し出ください。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合があります。)

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	10室	
合計	10室	
食堂	1室	(特養と共用)

機能訓練室	1 室	〃
浴室	1 室	機械浴・特殊浴槽 〃
〃	1 室	一般浴 〃
医務室・静養室	1 室	〃

※上記は、岡山県条例に定める基準により、指定（介護予防）短期入所生活介護事業所に義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更：ご契約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の可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所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。

< 主な職員の配置状況 > ※職員の配置については、指定基準を遵守しています

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理職）	1	1
2. 生活相談員	1名以上	1
3. 介護職員	常勤換算 17名以上	17

4. 看護職員	(内看護職員 3 名以上)	
5. 機能訓練指導員	非常勤 1	(1)
6. 介護支援専門員	1	1
7. 医師	非常勤 1	(1)
8. 管理栄養士	1	1
9. 理学療法士	非常勤 1	
10. 事務職員	2	

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 施設長（管理者）	月～金曜日（祝日は省く）8：30～17：30
2. 生活相談員	月～金曜日（祝日は省く）8：30～17：30
3. 介護職員	早朝： 7：00～16：00 日勤： 8：30～17：30 遅出： 10：30～19：30 夜間： 16：30～翌 9：30
4. 看護職員	早朝： 7：00～16：00 日中： 9：30～18：30
5. 機能訓練指導員	月～金曜日

6. 介護支援専門員	月～金曜日（祝日は省く）8：30～17：30
7. 医師	毎週火・土曜日
8. 管理栄養士	月～金曜日（祝日は省く）8：30～17：30
9. 理学療法士	日曜日
10. 事務職員	月～金曜日（祝日は省く）8：30～17：30

☆土日は上記と異なります。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

(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）

以下のサービスについては、利用料金は1割・2割・3割負担のいずれかとなります。

<サービスの概要>

① 入浴

・入浴又は清拭を週2回行います

・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 機能訓練

・機能訓練指導員により、ご契約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。

④ 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） >（契約書第7条）

費用の一定割合を利用者様の方へご負担を頂くことが必要です。前年度所得より判定された負担割合を記載した「介護負担割合証」が要介護（支援）認定を受けている方全員へ市町村より発送されます。

「介護負担割合証」の適用期間は8月1日から翌年7月31日までとなります。毎年7月頃に「介護負担割合証」が発送されますので、提示を宜しくお願い致します。

現在介護認定を新規申請中の方については認定決定後に介護保険被保険者証と併せて発送されます。

「介護負担割合証」には1割負担、2割負担、3割負担があります。

下記の料金表によって、ご契約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額

を除いた金額（自己負担金）と食費及び、滞在費に係る標準自己負担額をお支払いください。

介護サービス費<1割負担の場合>		
介護度別介護サービス費日額（円）		
	多床室	従来型個室
要支援 1	451	451
要支援 2	561	561
要介護 1	603	603
要介護 2	672	672
要介護 3	745	745
要介護 4	815	815
要介護 5	884	884

送迎加算（片道） 1 8 4 円

通常の送迎実地地域以外に居住する入所者を送迎した場合は 1 kmあたり 1 0 円

療養食加算 8 円

看護体制加算（Ⅱ） 8 円（要支援は加算なし）

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6円

夜間職員配置加算（Ⅰ） 13円（要支援は加算なし）

介護職員処遇改善加算Ⅱ 所定単位数に13.6%を乗じた単位数

☆ご契約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金額をいったんお支払いいただきます。要支援・要介護の認定を受けた後、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）。また、居宅サービス計画が作成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、ご契約者が保険給付の申請を行うため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。

☆ご契約者の送迎は利用した場合お支払いください。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約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（契約書第6条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食費

ご契約者に提供する食事の材料と調理にかかる費用です。当事業所では、栄養士（管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとって頂くことを原則としています。

朝食 7：30～8：30 昼食 12：00～13：00 夕食 17：30～18：30

② 滞在費

ご契約者に提供する居室にかかる費用（室料と光熱水費）です。

☆施設サービスや短期入所のサービスを利用した時に一定の低所得要件を満たした方を対象に食費と滞在費が軽減する「介護保険負担限度額認定証」が発行されます。

申請先はお住まいの市町村役場になります。

申請が必要な書類もありますので市町村役場にご確認して下さい。

「介護保険負担限度額認定証」の有効期間は毎年 7 月 31 日までです。引き続きこの制度を受けるには毎年 8 月までに更新申請が必要です。提示がない場合には、食費、滞在費の減額の対象にはなりませんのでご注意ください。

具体的には下記の条件を満たす必要があります。

- ・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税を課税されていない。
- ・本人及び配偶者の預貯金が単身で 500 万円、夫婦で 1500 万円以下であること等。
- ・合計所得金額+課税年金収入+非課税年金収入額が 80 万円以下であること。

※非課税年金とは遺族年金、障害年金等です。

利用者負担区分	食費・滞在費（1日分）
---------	-------------

		食費	滞在費	日額（円）
第4段階	多床室	1,445	915	2,360
	従来型個室		1,231	2,676
第3段階②	多床室	1,300	430	1,730
	従来型個室		880	2,180
第3段階①	多床室	1,000	430	1,430
	従来型個室		880	1,880
第2段階	多床室	600	430	1,330
	従来型個室		480	1,080
第1段階	多床室	300	0	300
	従来型個室		380	680

※ご利用者の世帯の収入によって第1段階から第4段階に区分されます。どの段階になるのかは、市町村

役所に申請し認定証（介護保険負担限度額認定証）をご持参下さい。

③日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者にご負担いた

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。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することが

あります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前ま

でにご説明します。

④おやつ代 希望の方におやつを提供いたします。 1日 70円

(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カ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、事業者が指定する方法でお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第8条参照)

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、(介護予防)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者申し出てください。

○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契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します

○ご契約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) 衛生管理者及び従業員の健康管理

当施設使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等常に衛生管理には十分留意します。

当施設は、職員に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の健康診断を受診させ、深夜勤務に就く者は年2回以上の健康診断を受診させ健康管理を十分留意します。

(6) 急変時等における対応方法

職員は、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときには、速やかに嘱託医に連絡する等の対応を行います。又その他必要な場合は主治医、ご家族へ連絡を行う等の必要な措置を行います。

(7) 医療機関の利用

短期入所生活介護（介護予防含む）利用中に医療機関を利用する場合には原則として契約者及び家族等が行って頂きます。

5. 事故発生時の対応

(1) 事故が発生した場合には、その原因を分析し、市町村等の関係機関、利用者及びその家族に対して速やかに報告を行うとともに必要な措置を講ずるものとします。

(2) 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います

(3) 万一の事故に備えて「社会福祉施設総合賠償補償共済制度」に加入しています。

(4) その他

ア、市町村が行う文章その他の物件の提出もしくは提示の求め又は市町村の職員からの質問もしくは照会に応じ、利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、助言に従って必要な改善を行います。

イ、国民健康保険団体連合会が行う調査についても同様とします。

6. 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画及び風災害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に非難、救出その他必要な訓練を行います。

す。

7. 秘密保持等

当事業所の従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守します。従業者であった者が、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

8. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

生活相談員 藤倉敬典

介護支援専門員 友次智美

○苦情解決責任者

施設長 小西 己津子

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日

8：30～17：30

（2）行政機関その他苦情受付機関

和気町役場 岡山県和気郡和気町尺所555

介護保険担当課 0869-93-1139

赤磐市役所 岡山県赤磐市下市344

介護保険担当課	0 8 6 9 - 9 5 5 - 1 1 1 6
岡山市保健福祉局	岡山市北区大供一丁目 1 番 1 号
介護保険課	0 8 6 - 8 0 3 - 1 2 4 0
備前市役所	岡山県備前市東片上 1 2 6
介護保険係	0 8 6 9 - 6 4 - 1 8 2 8
美咲町役場	岡山県久米郡美咲町原田 1 7 3 5
保健福祉課	0 8 6 8 - 6 6 - 1 1 1 5
岡山県国民健康保険団体連合会	岡山市北区桑田町 1 7 番 5 号
	0 8 6 - 2 2 3 - 8 8 1 1
岡山県運営適正化委員会	岡山市北区南方 2 丁目 1 3 - 1
	0 8 6 - 2 2 6 - 9 4 0 0

(3) 第三者委員

片岡輝夫	0 8 6 9 - 8 8 - 0 7 3 5
梶崎政輝	0 9 0 - 8 7 1 0 - 7 0 0 8

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
-------	-----------------

10. 面会時間について

当施設における面会時間は以下の通りとします。

ただし、緊急を要する場合はこの限りではない。

面会時間 (無休)

午前 9 時から 11 時、午後 2 時から 4 時まで

※インフルエンザ等の感染症蔓延時には面会時間を制限させて頂く場合があります。

指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

指定（介護予防）短期入所生活介護 特別養護老人ホーム ひまわり園

説明者 氏名 印

- ・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、指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供開始に同意します。
- ・私は、サービス担当者会議等の個人情報の提供に同意します。

本書は二通作成し、契約者、事業者（説明者）が記名捺印の上、各一通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利 用 者

住所

氏名 印

代 理 人

私は、利用者（本人）の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

代理人

住所

氏名

印

利用者との関係（ ）