

介護予防・短期入所生活介護 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(茨城県指定 第0870102803)

当事業所は、契約者に対して指定短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

事業所の概要と提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事項を次の通り説明します。

目 次

1	事業所運営法人	1
2	ご利用事業所	1
3	職員の配置状況	2
4	当事業所が提供するサービスと利用料金	3
5	苦情の受付について	7
6	身体的拘束等の適正化について	8
7	秘密の保持と個人情報の保護について	8
8	事故発生時の対応	8
9	非常災害時の対応	9
10	福祉サービス第三者評価実施状況	10

社会福祉法人 徳泉会 ショートステイ東野の家

令和5年9月18日改定

介護予防・短期入所生活介護重要事項説明書

1 事業所運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 徳泉会
- (2) 法人所在地 茨城県水戸市東野町215-1
- (3) 電話番号 029-247-1551
- (4) 代表者名 理事長 鬼澤 紘一
- (5) 法人設立年月日 平成17年10月13日

2 ご利用事業所

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所及び介護予防短期入所生活介護事業所
平成18年10月10日指定
茨城県 第0870102803号
- (2) 事業の目的 当事業所は、介護保険法令に従い、契約者（利用者）が、その有する能力に応じて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することを目的として、契約者に日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等を利用いただき、短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 ショートステイ 東野の家
- (4) 事業所の所在地 茨城県水戸市東野町215-1
- (5) 電話番号等 電話番号 029-247-1551
FAX 029-297-3370
E-mail tono1551@car.ocn.ne.jp
- (6) 管理者（施設長） 荒川 恭子
- (7) 当事業所の運営方針
 - ① 契約者に係る居宅サービス計画(ケアプラン)が作成されている場合には、それに沿って契約者の介護予防・短期入所生活介護計画を作成し、自立をめざすサービスを提供します。
 - ② 契約者に係る居宅サービス計画(ケアプラン)が作成されていない場合でも、介護予防・短期入所生活介護計画を作成し、契約者に対して、居宅介護支援事業所を紹介する等、居宅サービス計画作成のために必要な支援を行います。
 - ③ 作成した介護予防・短期入所生活介護計画については、契約者・ご家族等に親切丁寧に説明してご理解いただき、同意を得て決定するようにします。
 - ④ 契約者に係る居宅サービス計画が変更された場合、若しくは契約者・ご家族等の要請に応じて介護予防・短期入所生活介護計画について変更の必要があるかどうかを検討し、計画変更の必要があると認められるときは、契約者・ご家族等との協議を経て対処します。
 - ⑤ 介護予防・短期入所生活介護計画を変更したときは、契約者には書面にて内容確認頂くことにします。
 - ⑥ 契約者の意思や人格を尊重した対応を行い、常に契約者の立場に立った介護予防・短期入所生

活介護サービスを提供します。

- ⑦ 各市町村や居宅サービス事業者、その他保健医療福祉サービス提供者等との連携を図り、契約者に統一されたサービスが提供できるよう努めます。
- ⑧ 管理者は、その提供する介護予防・短期入所生活介護サービスの質の評価を行い、常にその改善に取組みます。

(8) 事業所の開設年月日 平成18年10月10日

(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	9時00分～18時00分

(10) 利用定員 ① 併設型 10名

② 空床利用型 特別養護老人ホームの定員90名以内

(11) 通常の事業の実施地域 水戸市、茨城町及び近隣市町村

(12) 居室等の概要

当事業所では、次のような居室及び設備を用意しており、利用される居室は全て個室となっておりますが、契約者の心身の状況や居室の空き状況等を考慮して居室を決定しております。

設備等の種類	室数	備考
居室(全室1人部屋)	10室	各室エアコン,タンス,洗面台付
キッチン	1室	ユニットに1か所
食堂兼リビング	1室	ユニットに1か所、床暖房設置
浴室	2室	個浴5個、特別浴槽(チェアイン型、ストレッチャー型各1台)
脱衣室	4室	各浴室に2か所設置
談話室	1室	2階に1か所(1階にミニ談話室1)
トイレ	2か所	ご希望によりポータブル利用可

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に設置が義務付けられているものです。

※ 居室の変更;契約者から変更申込みがあった場合は、居室の空き状況により検討し決定します。
また、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が、その場合は、契約者・ご家族と協議のうえとします。

3 職員の配置状況

(1) 主な職種の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定短期入所生活介護サービス及び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、指定基準を遵守して次の職種の職員を配置しています。

職種	項目	常勤換算※	指定基準※
管理者(施設長)		1名(兼務)	1名(兼務可)
介護職員又は看護職員		4名	4名
生活相談員		1名	1名(兼務可)
機能訓練指導員		—	1名(兼務可)
介護支援専門員		1名	—
医師(非常勤)		1名(兼務)	1名(兼務可)
管理栄養士		1名(兼務)	1名(兼務可)
事務職員		1名(兼務)	1名(兼務可)

※ **指定基準**では、管理者、医師、栄養士及び機能訓練指導員について、併設本体施設に配置されている場合には、当該施設の事業に支障を来さない時は兼務させても良いとしております。

なお、生活相談員、介護職員及び看護職員の員数については、特養併設の場合、特養で確保すべき員数と指定短期入所生活介護事業所として確保すべき員数の合計を特養入居者と併設事業所の利用者数と合算した数について、常勤換算方法により必要とする従業者の数とする、としております。

※ **常勤換算**とは、職員それぞれの1週当たりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除して算出します。

(例) 週20時間勤務の介護職員が4名いる場合の常勤換算は…20時間×4名÷40時間=2名となります。

(2) 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
介護職員	①早番 =7:00~16:00 ②日勤 =9:00~18:00 ③遅番 =11:00~20:00 ④遅番2 =13:00~22:00 ⑤夜勤 =22:00~翌7:00
医師	毎週金曜日=13:00~17:00
看護職員	①早番 =8:00~17:00 ②日勤 =9:00~18:00

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、契約者に対して以下の短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

当事業所の提供する介護予防・短期入所生活介護サービスについては、

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額を契約者に負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険給付の対象となるサービス(契約書第4条)

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割(契約者の所得段階により8割乃至7割)が介護保険から給付されます。

① 食事

- ・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。
- ・契約者の自立支援のため離床して食堂(リビング)にて食事をとっていただくことを原則としておりますが、体調・健康状態等ご希望により居室にてとることもできます。

(食事時間※) 朝食; 8:00~10:00

昼食; 12:00~14:00

夕食; 18:00~20:00

※食事時間は、個人の生活リズムに合わせてお好きな時間にとって頂きますが、衛生管理上、調理から2時間以内とさせていただきます。

② 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。
- ・契約者に疾病がある場合や伝染性疾患の疑いがあるなど、医師が入浴を適当でないと判断する場合は、入浴を行わない事があります。

③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、契約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

- ・理学療法士又は機能訓練指導員により、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援助します。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員が健康管理を行います。

⑥ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限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。

⑦ 送迎サービス

- ・契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

<サービス利用料金(日当たり)> (契約書第7条)

次の料金表によって、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(自己負担額)と居室と食事に係る標準自己負担額の合計をお支払いください(サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。)

○ 短期入所生活介護サービス料金の仕組み

(金額単位=円)

項目	介護度等	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短期入所介護費		5,517	6,846	7,342	8,060	8,840	9,579	10,296	
介護保険 給付額	②1割負担の方	4,965	6,161	6,607	7,254	7,956	8,621	9,266	
	③2割負担の方	4,413	5,476	5,873	6,448	7,072	7,663	8,236	
	④3割負担の方	3,861	4,792	5,139	5,642	6,188	6,705	7,207	
自己負担額	⑤1割負担の方	552	685	735	806	884	958	1,030	
	⑥2割負担の方	1,104	1,370	1,469	1,612	1,768	1,916	2,060	
	⑦3割負担の方	1,656	2,054	2,203	2,418	2,652	2,874	3,089	
項目	所得段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階			
⑧居住に係る自己負担額		820	820	1,310		2,006			
⑨食費に係る自己負担額		300	600	1,000	1,300	1,445			
自己負担合計		(⑤または⑥または⑦)と⑧+⑨の合計額となります。							

注) 食費については、食事を提供した分のみご負担頂きます。

朝食 325 円、昼食 600 円、夕食 520 円…第 4 段階の方の例

- ① 料金の計算は、上記の自己負担合計に、下記の加算を含めた合計単位数に対して 1 単位当たり 10.55 円を加えた金額となります。
- ② 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全額を一旦お支払い頂き、要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとって頂くこととなります(償還払い)。
- ③ 介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて契約者の負担を変更して頂きます。
- ④ 契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額が上表と異なることがあります。

○ 加算料金

上記サービス利用料とは別に一日当たり次の料金が加算となります。(1 単位当たり 10.55 円)

加算項目	単位数	適用条件(概略)
サービス提供体制強化加算(I)	22 単位	介護福祉士を 80%以上配置
サービス提供体制強化加算(II)	18 単位	介護福祉士を 60%以上配置
夜勤職員配置加算(II)	18 単位	夜間該当時間帯に指定の職員を配置
送迎加算(片道) ※	184 単位	該当した方のみのご負担です
介護職員処遇改善加算(I)	—	合計単位数の 8.3%です
介護職員等特定処遇改善加算(I)	—	合計単位数の 2.7%です

※ サービス体制強化加算(I)と(II)は、職員の配置状況によって変更となります。なお、上記記載事項以外にも看護体制加算、機能訓練体制加算、緊急短期入所受入加算、療養食加算、若年性認知症利用者受入加算など加算項目の制度があり、加算適用条件が整い指定が得られた状況で対象となる場合には、事前にご負担額変更の連絡をさせていただきます。

(2) 介護保険給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者負担となります。

① 契約者が使用する居室料

契約者のご利用いただく居室を提供します。

利用料金は所得段階により異なりますが、「短期入所生活介護サービス料金表」記載の金額となり、所得段階 1～3 の方はご負担が軽減されております。

② 食材料費

提供する食事の材料にかかる費用です。

利用料金は所得段階により異なりますが、「短期入所生活介護サービス料金表」記載の金額となり、所得段階 1～3 の方はご負担が軽減されております。

③ 理美容サービス

ご希望により、理美容師による整髪等(@1,100 円)の利用が可能です。

④ レクリエーション、クラブ活動

契約者のご希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加いただくことができます。この場合の利用料金は、材料代等の実費をご負担いただきます。

⑤ 電気使用及びテレビの貸出し

暖房器具や電気髭剃り等の充電や通電が必要な電化製品の使用の際は、1 品目につき 1 日 50 円の使用料を負担いただきます。またご希望に応じてテレビの貸出しを 1 日 100 円(電気代込み)で行います。

⑥ 介護サービス外の移送サービス費

介護サービスの送迎以外で、自費の送迎サービスを利用した際は、10 km 以内 1,000 円、20 km 以内で 2,000 円、以降 1km あたり 100 円の割合で距離に応じて実費をご負担いただきます。

⑦ 複写物の交付

契約者は、サービス提供についての記録を何時でも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には 1 枚につき 20 円をご負担いただきます。

⑧ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活用品の購入代金等契約者の日常生活に要する費用で、契約者ご負担が適当なものはその実費をご負担いただきます。

(3) 利用料金の支払い方法（契約書第 7 条）

契約者は、指定短期入所生活介護(ショートステイ)利用契約書第 7 条各項の定めに従い、1 か月毎に計算したサービス利用料金等を、翌月 20 日までに事業所の窓口持参乃至契約者ご指定預金口座からの自動引落の方法により事業所に支払っていただきます。

また諸事情により契約者が支払いに困難である場合は、契約書第 22 条の定めに従い、身元引受人が契約者と連帯してその債務を負います。

(4) 利用料金の変更（契約書第 9 条）

① 契約書第 7 条第 1 項及び第 2 項に定めるサービス利用料金については、介護保険給付体系の変更があった場合、該当サービス利用料金を変更させていただきます。

② 契約書第 7 条第 3 項及び第 4 項に定めるサービス利用料金については、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、事前に契約者・ご家族等に説明し、該当サービス利用料金を相当額に変更させていただきますが、同意できない時は本契約の解約ができます。

(5) 介護予防・短期入所生活介護サービス利用の中止・変更・追加(契約書第8条)

- ① 利用予定期間の前に、契約者の都合により短期入所生活介護サービス 利用を中止または変更、若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。

この場合は、サービス実施前日までに事業所にお申し出ください。

- ② 利用予定日の前日までに利用中止の申出がなく、当日の申出となった場合は、取消料として次の料金をお支払い頂きます。但し、契約者の体調不良等正当な理由がある場合はこの限りではありません。

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	当日の利用料金の10%又は20% 乃至30%(自己負担相当分)

- ③ サービス利用の変更・追加の申出に対しては、事業所の稼働状況により、ご希望の期間にサービスの提供ができない場合がありますので、その場合は、他の利用可能日時を提案・協議します。

- ④ 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頂きます。

5 苦情の受付について

(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、次の窓口で受け付けます。

- ① 苦情受付窓口（担当者） 介護長 佐藤 栄作、生活相談員 菱沼 翔太
- ② 第三者委員 檜山 信久、杉山 長司
- ③ 受付時間 毎週月曜日～金曜日、10:00～16:00

また、苦情受付ボックスを玄関口及びエレベータ前に設置しておりますのでご利用ください。

(2) 行政機関等苦情受付機関

機関名称	項目	所在地・電話番号・受付時間等
水戸市 介護保険課	所在地	〒310-8610 水戸市中央1丁目4-1
	電話番号	029-297-1018
	受付時間	8:30～17:15
茨城町役場 長寿福祉課	所在地	〒311-3192 東茨城郡茨城町大字小堤 1080 番地
	電話番号	029-291-8407
	受付時間	8:30～17:00
茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談室	所在地	〒310-0852 水戸市笠原町 978-26
	電話番号	029-301-1565
	受付時間	8:30～17:00

茨城県社会福祉協議会	所在地	〒310-8586 水戸市千波町 1918
	電話番号	029-305-7193
	受付時間	9:00～17:00

6 身体的拘束等の適正化について

事業者は、指定短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービスの提供にあたっては、自傷他害等の恐れがある場合等、当該契約者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除き、原則として身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。

緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、①切迫性(直ちに身体拘束を行わなければ、契約者ご本人又は他のご利用者等の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合) ②非代替性(身体拘束以外に、契約者ご本人又は他のご利用者等の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合) ③一時性(身体拘束その他の行動制限は一時的なものであることが必要です。契約者ご本人又は他のご利用者の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解除します)の要件を満たしていることをカンファレンスにて確認の後、契約者及びご家族等に説明し、同意を得たうえで対処し、その実施状況や時間等について経過観察記録を作成し保管いたします。また、事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取組みを積極的に行います。

7 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者は、契約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ドライン」を遵守し、且つ事業者の内部規程「個人情報保護規程」の定めに従い、次により適切に取扱います。

- (1) 事業者は、契約者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、契約者の個人情報を用いません。また、契約者のご家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で契約者のご家族の個人情報を用いません。
- (2) 事業者は、契約者又はそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるもののほか電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意義務をもって管理し、また処分の際にも第三者への遺漏を防止するものとします。
- (3) 事業者が管理する情報については、契約者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料等が必要な場合は契約者のご負担となります。)

8 事故発生時の対応

(1) 事故の分類

事故の分類は、①外傷、②骨折、③誤嚥、④誤薬、⑤転倒・転落、⑥離設行為、⑦異食行為、⑧呼吸停止、⑨感染症の複数発症(インフルエンザ、新型コロナウイルス、ノロウイルス、その他食中毒、疥癬等)、⑩その他

(2) 事故発生時の対応

- ① 万一事故が発生した場合は、速やかに管理者(施設長)に連絡するとともに、応急措置を行います。

- ② 連絡を受けた管理者は、事故の状況及び症状に応じ、嘱託医乃至主治医へ連絡して指示を仰ぐ。
- ③ 管理者は、嘱託医の指示により必要に応じて救急車の出動要請、病院への搬送などの措置を講ずるとともに、主治医・ご家族等への連絡を行います。
- ④ 夜間時においては、看護職員オンコール当番者への連絡体制を活用するほか、前各号に準じて対策します。

(3) 報告及び記録

- ① 職員には、事故に対する応急措置の結果を、管理者に速やかに連絡させます。
- ② 管理者は、事故内容が大規模に亘る場合、関係職員に連絡(夜間時は「非常災害時召集連絡網」を活用)し、対策を講じます。
- ③ 事故発生の状況及び経過については、職員に必ず記録させます。
- ④ 管理者は、事故の内容及び経過をご家族等に報告し、事故に関する説明を行うほか、事故の記録等の書類を閲覧に供するようにします。

(4) 再発防止への取組み

管理者は、事故処理の後、速やかに事故の発生原因の究明と再発防止 のための対策に取組み、その徹底を図ります。

(5) 関係機関等への報告

管理者は、状況に応じ、事故の内容等について関係機関に報告します。

なお、報道機関への対応は、管理者の指示のもとに対処するものとし、施設利用者等の不安を助長することやプライバシーの侵害の恐れがある施設内の撮影を行わないよう報道機関に協力要請し、対処します。

(6) その他

食中毒事故、無断外出(離設)、災害事故等については、社会福祉法人徳泉会緊急対策マニュアル・東野の家消防計画・東野の家災害対策マニュアル等により対応します。

9 非常災害時の対応

避難訓練及び 防災設備	施設ご利用者等参加の下、年2回以上の総合訓練(避難訓練)のほか、水戸市主催のシェイクアウト訓練への参加、防災機器類の操作訓練などに取組んでおります。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	熱感知器	262 個	粉末消火器	33 本
	煙感知器	34 個	誘導灯	53 台
	スピーカー	183 個	避難滑り台	2 台
	スプリンクラー・ヘッド	717 個	非常階段	3 か所
	加圧放水装置ポンプ及び電動機	1 組	補助散水栓	5 基
	原動機	1 台		
	カーテン・暖簾・カーペット類=防災製品使用			
消防計画等	水戸消防署への届出=R4.11.30 防火管理者・木内康二			

10 福祉サービス第三者実施評価状況

項 目	内 容
(1) 実施の有無	有 ・ 無
(2) 実施年月日(直近実施日)	令和 年 月 日
(3) 実施した評価機関	
(4) 評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービス・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の説明を行いました。

ショートステイ東野の家

説明者職名 生活相談員 氏名 _____ 印

私等は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービス・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した。

ご住 所 _____

契約者

ご氏 名 _____ 印

ご住 所 _____

身元引受人

ご氏 名 _____ 印

契約者が署名できないため、本人の意思を確認のうえ私が署名を代行します。

署名代行者 ご住所 _____

ご氏名 _____ 契約者との関係 _____