

公益財団法人^{しょうこうかい}正光会

基準該当短期入所生活介護事業所結いショートステイ

重要事項説明書

《令和6年8月1日現在》

1. ・サービス提供責任者
職氏名 管理者 田栗 圭記 連絡先 0895-72-5133
- ・当事業所が提供するサービスについての相談窓口
電話 0895-72-5133
受付時間 月曜日～日曜日 午前9時30分から午後6時30分
担当 大西 麻衣
- ※ご不明な点はなんでもお尋ねください。

2. 公益財団法人正光会 基準該当短期入所生活介護事業所結いショートステイの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業者	公益財団法人正光会 理事長 渡部三郎 愛媛県宇和島市柿原 1280 番地
事業所	基準該当短期入所生活介護事業所結いショートステイ 愛媛県愛南町城辺甲 2935 番地
サービスの種類	・基準該当短期入所生活介護 ・介護予防基準該当短期入所生活介護
介護保険事業所番号	3884000013
サービスを提供する地域	愛南町

(2) 事業所の職員体制

職名	員数	業務内容
管理者	1人(常勤)	業務管理総括
生活相談員	1人以上(非常勤含む)	利用者・家族の日常生活相談
看護職員又は 介護職員	常勤換算方法で6.0人以上 (非常勤含む)	利用者の健康管理、機能訓練、日常生活介護・助言
機能訓練指導員	1人以上 (常勤・専従又は非常勤)	機能訓練
栄養士	1人以上(非常勤含む)	献立作成

(3) 職員の勤務体制 (1日)

摘要	始業		終業	備考	
管理者	A	9:30	18:30		
生活相談員	A	9:30	18:30		
早出	①	B	6:30	15:30	介護職員・看護職員
	②	C	7:00	16:00	〃
日勤	A	9:30	18:30	機能訓練指導員・介護職員・看護職員	
遅出	D	13:30	22:30	介護職員・看護職員	
夜勤	E	22:30	7:00	〃	
4時間勤務	F	9:30	13:30	管理者・介護職員・看護職員	

(4) 事業所の設備の概要

定員	19名	居室(1人部屋)	19室	リビング	1室
食堂及び機能訓練室	2室(66.79㎡)	浴室	一般浴槽	キッズルーム	1室
相談室	1室		リフト付き浴槽	送迎車	1台

(5) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
営業時間	24時間

3. 基準該当短期入所生活介護サービス (以下、「サービス」といいます。) 内容

(1) 基準該当短期入所生活介護

- ①計画立案 (基準該当短期入所生活介護計画書を立案します。) し写しを交付・説明してサービスを実施します。
- ②生活相談 (心身機能の維持、向上や介護以外の日常生活に関することなどを相談できます。)
- ③機能訓練 (利用者様の在宅における自立、状況の改善等を目標に支援します。)
- ④集団プログラム (レクリエーション内容に利用者様の趣味や学習活動を取り入れます。)
- ⑤健康チェック (家族、主治医の意見を参考にして看護職員が健康管理に努めます。)
- ⑥送迎 (家屋構造、利用者様の身体状況等勘案し車の乗降の安全な支援を行います。)
- ⑦食事 (食事療法の有無、内容、利用者の嗜好等考え合わせ、家庭的な食事を提供します。)
- ⑧入浴 (身体状況を観察しながら、利用者に満足していただけるよう支援します。体調に合わせてリフト浴や清拭を実施します。)
- ⑨排泄支援 (居宅における介護の情報をいただきながら自立を目標に支援します。)

(2) 介護予防基準該当短期入所生活介護

- ①生活指導 (見守りを主とし、自立に向けた心身機能の改善に助言・援助します。)
 - ②機能訓練 (回想法や音楽療法または園芸療法などの手法により趣味・学習活動を援助し、健康体操等により身体機能の改善に努めます。)
- 尚、③～⑨は、(1)と同様とする。

4. 利用料金

(1) 保険給付内サービス利用料

①基準該当短期入所生活介護費・介護予防短期入所生活介護費

サービス利用料金（1日につき）

介護度	基準額 (10割)	自己負担額 (利用者負担割合1割)	自己負担額 (利用者負担割合2割)	自己負担額 (利用者負担割合3割)
要支援1	4,510円	451円	902円	1,353円
要支援2	5,610円	561円	1,122円	1,683円
要介護1	6,030円	603円	1,206円	1,809円
要介護2	6,720円	672円	1,344円	2,016円
要介護3	7,450円	745円	1,490円	2,235円
要介護4	8,150円	815円	1,630円	2,445円
要介護5	8,840円	884円	1,768円	2,652円

②看護体制加算（I）

常勤の看護師を1名以上配置していることにより加算されます。

1日あたり 40円

③機能訓練指導体制

専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整体師又はあん摩マッサージ指圧師を1以上配置している場合に算定される体制加算です。

1日あたり 120円

④認知症行動・心理症状緊急対応加算

医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に基準該当短期入所生活介護を利用することが適当であると判断した方に対し、サービスを開始した場合、利用を開始した日から起算して7日を限度として加算されます。

1日あたり 2,000円

⑤若年性認知症利用者受入加算

受け入れた若年性認知症利用者様ごとに個別に担当者を定め、その物を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に加算されます。

1日あたり 1,200円

⑥送迎加算（片道につき）

利用者様の心身の状態、家族等の事情からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者様に対して、その居宅と基準該当短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき加算されます。

片道につき 1,840円

⑦サービス提供体制強化加算Ⅲ

当該事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上である場合に加算されます。

1日あたり 60円

⑧長期入所減算

連続して30日を越えて同一の基準該当短期入所生活介護事業所に入居している場合に所定単位数から減算されます。

1日あたり △300円

⑨緊急短期入所受入加算

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基準該当短期入所生活介護を緊急に行った場合は、緊急短期入所受入加算として、当該基準該当短期入所生活介護を行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として、加算されます。

1日あたり 900円

※②～⑨の自己負担額については、介護保険負担割合証の負担割合分（1割または2割または3割）に応じた料金を負担いただきます。

※②、⑧、⑨については介護予防基準該当短期入所生活介護では加算・減算されません。

⑩介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）

所定単位数に9/100を乗じた単位数となります。

（所定単位数は基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）

(2) 保険給付外サービス利用料

①食費・滞在費

- * 食費
 - 1食あたり 朝食321円
 - 〃 昼食602円（うち、おやつ代80円）
 - 〃 夕食522円
- * 滞在費 1日当たり 1,231円

但し、利用者負担限度額認定申請をすることによって、第1段階から第3段階までの利用者負担段階の利用者につきましては、食費、居住費の負担限度額（日額）は次のとおりとなります。

利用者負担段階	主な対象者		滞在費	食費
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ） 全員が市町村民税非課税である 老齢福祉年金受給者	預貯金が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下	380円	300円
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入額（※）+合計所得金額が80万円以下	預貯金が単身で650万円（夫婦で1,650万円）以下	480円	600円

第3段階①	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外 ・年金収入等80万円超～120万円以下	預貯金が単身で550万円、(夫婦で1,550万円)以下	880円	1,000円
第3段階②	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外 ・年金収入等120万円超	預貯金が単身で500万円(夫婦1,500万円)以下	880円	1,300円
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		1,231円	1,445円

※平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

②その他

ご契約者の希望によりレクリエーションに参加された場合の材料費等の実費や理美容代、洗濯代がかかります。

※キャンセル料:利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ・ご利用日の前日午後6時までにご連絡をいただいた場合 → 無料
- ・ご利用日の前日午後6時までにご連絡がなかった場合→入所予定時間以降の1日分の食費

③通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費は別途頂きます。

(3) 料金のお支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、25日までに現金か口座振替、口座振込でお支払い下さい。但し、口座振替によりお支払いの場合、25日が休日の場合は、指定した金融機関の翌営業日となります。利用料金のお支払いを受けたときは、領収書を発行いたします。

銀行振込先口座

伊予銀行 愛南支店 普通 1610843

こうえきざいだんほうじんしょうこうかいきじゆんがいとうたんきにゆうしよせいかつかいごじぎょうしよゆ
公益財団法人正光会基準該当短期入所生活介護事業所結いショートステイ

※ 口座振込の場合の振込手数料は、利用者の負担となります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話でお申し込み下さい。当事業所の担当者が相談に応じます。居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

やむをえない事情により、サービスを終了させていただく場合がございます。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知いたします。

①自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者様が介護保険施設に入所された時
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護状態区分が、非該当（自立）と認定された場合。

②その他

- ・当事業所が理由なくサービスを提供しない場合
- ・守秘義務に反した場合
- ・利用者様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当事業所が解散した場合
- ・利用者様が、利用料金の支払いを6ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、支払わない場合。
- ・利用者様が入院や他施設に入所された場合。
- ・利用者様、ご家族が当事業所や当法人の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。

(3) よりよいサービス提供のために定期的に以下を検討し、改善に努めます。

- ・利用者様、ご家族様の満足度
- ・サービスと利用者様の意向との差がないか。
- ・利用者様のニーズとサービスの差がないか。
- ・自立度、介護度等利用者様の状況の改善度

6. 守秘義務

- (1) 職員および事業者がサービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業所は、【利用者の個人情報取扱いについて】及び関係法令、ガイドライン等に基づいて利用者及びその家族の個人情報を管理します。また、使用する個人情報は、別紙、利用目的以外のものは使用いたしません。

7. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変更があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をいたします。

協力医療機関	病院名	粉川ファミリークリニック 愛南町城辺甲 86 電話：0895-72-2111
		御荘診療所 愛南町御荘平山 846 電話：0895-74-0111
主治医	病院名	
	主治医	
ご家族	氏名	
	連絡先	住所： 電話：

8. サービスに対する苦情

(1) 当事業所苦情担当

公益財団法人正光会 基準該当短期入所生活介護事業所結いショートステイ
愛媛県南宇和郡愛南町城辺甲 2935 番地

苦情受付担当者： (機能訓練指導員) 大西麻衣

苦情解決責任者： (管理者) 田栗圭記

電話 0895-72-5133

利用申し込み者またはその家族に見える場所に苦情受付窓口と解決のための要綱を掲示します。

(2) その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

① 愛南町 愛南町城辺甲 2420 番地

愛南町高齢者支援課

電話 0895-72-7325 FAX 0895-70-1777

②愛媛県 松山市高岡町 101-1

愛媛県国民健康保険団体連合会

電話 089-968-8700

9. 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止責任者：管理者 田栗圭記
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待を受けた利用者を発見するように努めるとともに、発見した場合は、市町村・関係機関に通報します。
- (6) 虐待防止のための対策を検討する委員会の開催等を実施しています。

10. 事故発生時の対応について

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに主治医、家族、指定居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を行ないます。
- (2) 利用者に対する基準該当短期入所生活介護の提供により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ないます。
- (3) 事故発生の場合は、その事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- (4) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

11. 非常災害時の対応

非常災害時には、別途定める防災計画に則って対応を行います。また、災害に備え避難訓練を年2回以上、利用者と共に実施します。その際に地域住民にも参加が得られるよう努め、非常災害時に避難する際の対策を確認します。

防火管理者：田栗 圭記

防災設備：自動火災報知器、スプリンクラー、非常通報装置、非常用照明、消火器等

12. 身体拘束について

- 1 原則として身体拘束を行いません。但し、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶと考えられる時は、利用者及び家族に説明し同意を得た上で、下記事項に留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。
 - (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
 - (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・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に限ります。
 - (3) 一時性……身体拘束は、一時的な場合に限ります。
- 2 身体拘束等の適正化を図るための委員会の開催等を実施しています。
- 3 身体拘束等の適正化のための研修を実施しています。

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

当事業所は、第三者による評価は実施していません。

14. 衛生管理

- (1) 職員の清潔の保持及び健康管理状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

15 感染症・食中毒の防止等に関する取組

事業所は、感染症または食中毒が発生し、またはまん延しないように、従業者に対し、手指や他の消毒、必要に応じての手袋着用等を行うなど、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止を行っています。また予防の研修を年2回実施しています。

16 ハラスメント対策について

- (1) ハラスメントは、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、マタニティハラスメントをいいますが、個人の人格や尊厳を侵害する言動を繰り返し行い、精神的・身体的苦痛を与える行為や労働条件に関して不利益を与える行為または職場環境を悪化させたりするような行為すべてをハラスメントといいます。
- (2) 相談及び苦情窓口を設け、情報の取り扱いに十分注意します。
- (3) 被害者に不利益にならない取組を行い、方針の明確化等の必要な措置を講じて再発防止に努めます。
- (4) 対象は職員、関係団体職員、利用者及び家族への行為も含まれます。

17. その他 利用に当たっての留意事項

- (1) 何らかの理由で送迎時間に変動があった場合は、速やかに連絡いたしますが、利用日には準備を早めをお願いします。
- (2) サービスの利用の際には、介護保険被保険者証等を提示してください。
- (3) 風邪、病気等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (4) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容の変更または中止することがあります。
- (4) 時間の変更の際、居宅介護支援事業所の担当者に連絡し、当事業所へご連絡下さい。
- (5) 他の利用者さんの迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (6) 事業所内の設備や器具は、本来の用途に従ってご利用下さい。これに反し、ご利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
- (7) 事業所内での他の利用者さんに対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (8) 緊急時に連絡が取れるよう、連絡先が変更の場合は、速やかにお知らせ下さい。
- (9) 事業所は、職員、設備、備品及び会計に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しています。
 - 一 居宅サービス計画
 - 二 基準該当短期入所生活介護計画
 - 三 市町村への通知に係る記録

- 四 苦情内容の記録
- 五 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録
- 六 事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

基準該当短期入所生活介護・介護予防基準該当短期入所生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面の写しを交付し、重要事項を説明いたしました。

交付・説明日 令和 年 月 日

事業者

所在地 愛媛県宇和島市柿原 1280 番地

名称 公益財団法人正光会 理事長 渡部三郎 印

事業所

所在地 愛媛県南宇和郡愛南町城辺甲 2935 番地

名称 公益財団法人正光会
基準該当短期入所生活介護事業所結いショートステイ

交付及び説明者 管理者 田栗圭記 印

私は、本書面の写しを交付され、事業所から基準該当短期入所生活介護の重要事項の説明を受け、同意いたしました。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

代理人 住所
氏名 印