

介護予防短期入所生活介護 ショートステイ敬愛園 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対し、適正な介護予防短期入所生活介護を提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名 介護予防ショートステイ敬愛園
指定番号 愛知県指定 2 3 7 4 5 0 0 1 3 6
所在地 尾張旭市平子町長池上 6 4 4 7 - 1
管理者の氏名 柳原 大介
電話番号 0 5 6 1 - 5 3 - 9 5 0 7
FAX番号 0 5 6 1 - 5 3 - 4 3 9 5
サービスを提供する地域 尾張旭市・瀬戸市・名古屋市守山区

(2) 施設の従業者体制

令和7年8月1日現在

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1人
生活相談員	生活相談及び事務手続き	2人
介護職員	介護業務全般	22人以上
看護職員	健康管理全般	1人以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1人
栄養士（管理栄養士）	栄養管理、献立作成、栄養指導等	1人以上
医師	健康管理及び療養上の指導	1人（非常勤）

(3) 設備の概要

定員 20名

○居室（短期入所専用居室）

2人部屋 2室

個室 16室

居室の決定、変更については利用者の心身の状況・居室の空き状況等を勘案し、当施設にて決定させていただきます。

○食堂 2室（各階に1室）

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○浴室 2 室（一般浴室＜車椅子浴も設置＞・機械浴室）

浴室には利用者が使用しやすい適切なものを設けます。

○洗面所及び便所 10 室（一部居室には洗面所あり）

必要に応じて各階各所に洗面所や便所を設けます。

○機能訓練室 1 室

利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設けて、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○その他の設備

設備としてその他に、医務室・静養室・洗濯室・汚物処理室・リネン室・調理室・相談室・介護職員室等を設けます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 介護予防短期入所生活介護計画の立案

利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、介護予防短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

介護予防短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

② 食事

- ・食事は利用者の摂取状況に合わせて調理します。
- ・医師の指示による食事の提供を行います。

③ 入浴

週に2回入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。（4日未満の利用者の場合はこの限りではありません。1泊2泊の方でもご希望があれば入浴できます。）

④ 介護

介護予防短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・更衣、排泄、食事、入浴等の介助
- ・体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付添等

⑤ 機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。

⑥ 生活相談

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑦ 健康管理

利用中の医療機関の受診は、基本にご家族に対応いただきます。ただし、ご利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合がございます。

(2) その他のサービス

① 理美容

毎週月曜日、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申出ください。

② レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがございます。(利用期間中に行われた時で参加した場合)

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護予防短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額 (併設型の料金を記載)

(1) 基本料金 (1日当り)

要支援1 451単位

要支援2 561単位

(2) 加算料金等

ア 送迎加算 片道につき 184単位

イ サービス提供体制強化加算Ⅱ 18単位

ウ 介護職員等特定処遇改善加算 1か月の合計単位数×14.0%

※地域区分6級地となるため1単位当たり10.33円での計算となります。

*別紙の料金表にて料金提示あり。確認して下さい。

*利用に際しましては、上記料金に、食費・居住費が加算されますのでご確認下さい。

□その他の費用

(1) 食事の提供に要する費用 (食費)

基本料金 1日当り ¥1,445円です。

但し、食べた分の請求となります。

内訳； 朝食：355円 昼食：501円 おやつ：100円 夕食：489円

(2) 滞在に要する費用

基本料金 入所・退所の時間にかかわらず1日当り 915円

(1)(2)の金額については、所得額に応じて負担額が異なります。1段階～3段階に認定された方は認定証に記載されている金額が1日あたりの、食費・居住費となります。また、利用時には認定証の提出が必要となります。4段階の方は上記金額をお支払いいただきます。

(3) 利用者が選定する特別な食事に関する費用の額

予め利用者の選択により外食、注文食、行事食など(1)に定める通常の食事の提供に要する費用の額では困難な食費の額については、通常の食費を控除した額を利用者が負担します。当該額は、提供ごとの食事の内容による価格とします。

(4) 理美容代 実費 (¥2,000円前後かかります。希望者のみ)

(5) その他

- ・テレビレンタル代・・・300円
- ・電気代・・・30円 (使用者のみ。1台につき)
- ・教養娯楽費・・・50円～ (習字・絵画など)

5. 利用料金のお支払い方法

- ・支払い基準：月末締め 翌月払い

① 金融機関・郵便局からの自動引き落とし

所定の用紙にて口座の登録をしていただきます。

利用月の27日に引き落とし（27日が土日・祝日の場合はその翌日）

※口座が開始されるまでの期間は指定口座への振り込みをお願いします。

※残高不足などにより引き落とされなかった場合、翌月請求書にて手数料（100円）を請求させていただきます。

②指定口座への振り込み

金融機関名：名古屋銀行 尾張旭支店
口座： 普通 番号 3162222
振込み先：社会福祉法人 敬愛会
ショーステイ 敬愛園
施設長 柳原 大介
※ 振込み手数料は各自にてご負担下さい
※ 利用者のお名前で振り込んでください

※請求書が届いた月の月末までをお願いします。

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

7. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。（日中想定1回・夜間想定1回）

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合は、救急車を呼び医療機関に搬送します。その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

※救急時以外の通院（定期受診）については、ご家族をお願いします。

※緊急連絡先を変更された場合（携帯電話の番号など）は必ずお知らせ下さい。

※当施設は医療機関ではありません。身体の状態によっては利用できない場合もあります。

※入所中の医療については、看護師にご相談下さい。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

11. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

12. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

13. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：生活相談員

ご利用時間：月～金曜日 9時00分～17時00分

ご利用方法 電話 0561-53-9507

※第三者委員 宮島 貴美子 (080-5453-0127)

山内 正道 (052-736-3032)

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

○尾張旭市役所 長寿課

尾張旭市東大道町原田2600番地1

電話番号：0561-53-8143（直通） F A X 番号：0561-52-0831

○瀬戸市役所 高齢者福祉課

瀬戸市追分町64番地1

電話番号：0561-88-2621（直通） F A X 番号：0561-88-0831

○名古屋市健康福祉局介護保険指導課 東桜分室

名古屋市東区1丁目14番11号DPスクエア東桜8階

電話番号：052-959-2592（直通） F A X 番号：052-959-4155

○愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室

所在地：愛知県名古屋市東区泉1丁目6番5号

電話番号：052-971-4165（苦情専用直通電話）

*福祉サービス第三者評価事業の評価については、以下のとおりです。

○評価の実施なし

14. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関
 - ・名称 旭ろうさい病院
 - ・住所 尾張旭市平子町北6 1 番地

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

15、損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

16、サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間中は、以下のような事由がない限り継続してサービスを利用する事ができますが、仮に下記のような事項に該当するに至った場合は当事業所との契約は終了します。

- ① 利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定により利用者の心身の状態が自立と判断された場合
- ③ 事業者が解散・破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は辞退した場合
- ⑥ 利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合
- ⑦ 事業所から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1)契約者からの退所の申し出（中途解約・契約介助）

契約の有効期限であっても契約者から当施設の退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する7日前までに解約届出書をご提出下さい。

但し、下記の場合には即日に契約を解約・解除し施設を退所する事ができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ 利用者が入院した場合
- ④ 利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ⑤ 事業所もしくは職員が正当な理由なく本契約を定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑥ 事業所もしくは職員が守秘義務に違反した場合
- ⑦ 事業者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ。又は著しく不信行為、その他本契約を継続したいが重大な事情が認められる場合
- ⑧ 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

(2)事業者からの契約介助の申し出

下記の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① 契約者がその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 利用者が、故意又は重大な過失により事業者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3)契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 愛知県尾張旭市平子町長池上6-4-47-1
事業所名 短期予防 ショートステイ敬愛園（指定番号2374500136）

管理者名 柳原 大介 印

説明者 樋口 麻代 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護予防短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印（続柄 ）