

指定（介護予防）短期入所生活介護重要事項説明書

1. 当法人・事業所の概要

法人名称	社会福祉法人 琉球キリスト教奉仕団
代表者役職・氏名	理事長 浜端 宏次
施設名（種別）	短期入所生活介護事業所愛の村 (ユニット型指定短期入所生活介護事業)

2. 短期入所生活介護事業所愛の村の概要

(1) 運営の方針

地域社会と一体となって、キリスト教的愛の精神を持って、利用者の人格とプライバシーを尊重し相互の信頼関係を築くよう心がけます。

(2) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	指定（介護予防）短期入所生活介護事業所愛の村
所在地	沖縄県中頭郡北中城村字島袋1320番地
指定番号	4 7 7 2 5 0 0 0 1 5
サービス提供地域	北中城村 沖縄市

*その他の地域にお住まいの方もご相談下さい。

(3) 職員体制

(職種)	(計)
管理者	1名
副施設長・事務長・他管理職	1名以上
事務員	2名以上
生活相談員	1名以上
介護職員	40名以上
看護職員	5名以上
機能訓練指導員	1名以上
介護支援専門員	1名以上
嘱託医師	1名
管理栄養士	1名

① 時間帯による職員数	
(時間帯)	(介護職員等の数)
日勤帯	8名～16名
夜勤帯	4名～12名

②配置医師による診察日	
曜日・時間	医師
毎週土曜日 14:00～16:00	潮平俊治先生

②歯科医師による診察日	
曜日・時間	医師
協議の上 実施日時は決定	高良歯科医院

(4) 設備概要

定員	10名
居室	10室 (13.55㎡～15.75㎡)
浴室	ユニットに配置 ※シャワー浴・ストレッチャーあり
医務室	1室
共同生活室	ユニットに配置
相談室	1室

3. サービス内容

(1) サービスの提供について

指定居宅介護支援事業者または利用者本人等の作成した(介護予防)「居宅サービス計画」に基づいて担当者間で協議のうえ個別ケアのサービスを提供いたします。
相当期間の利用については「短期入所生活介護計画」を作成し、利用者および家族に説明し同意をいただきます。

(2) 食事の提供

- ① 生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、心身の状況に応じて自立して食事を摂ることができるよう適切な方法により支援を行います。
- ② 利用者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ共同生活室で食事を摂ることを支援します。

・朝食 7:00～9:00 ・昼食 11:00～13:00 ・夕食 16:30～18:00

※以上のほか、おやつ、湯茶等のサービスがあります。

(3) 栄養管理

食事の提供は管理栄養士によって管理致します。利用者の嗜好、年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行います。医療上必要な場合は療養食(糖尿病食、腎臓病食、貧血食、その他)を提供致します。療養食は別途料金がかかります。詳しくは管理栄養士にお尋ね下さい。

(4) 介護

- ① ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、利用者の心身の状況等に応じて、適切な技術をもって行います。
- ② 利用期間に応じた、適切な回数・方法により入浴または清拭を行います。
- ③ 心身の状況に応じて適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行います。
- ④ オムツを使用せざるを得ない利用者のオムツは適切に随時取り替えます。
- ⑤ 離床、着替え、整容等の介護を適切に行います。
- ⑥ 褥瘡が発生しないような適切な介護を行います。

(5) 機能訓練

心身の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な身体機能維持のための生活リハビリを、機能訓練員の助言を受けながら行います。

(6) 健康管理

嘱託医師又は看護職員は、常に利用者の健康状態に注意し、必要に応じて、健康維持のための適切な措置を取ります。

- (7) 希望者を対象に、理美容サービスを月に1回程度、理髪業者により実施しております。料金は実費分をご負担していただきます。
- (8) レクリエーション等
施設内において、様々な活動を実施しております。また、行事によって別途参加費のかかるものもあります。その都度担当よりご説明させていただきます。
- (9) サービス提供の記録
① 指定（介護予防）短期入所生活介護を提供した際には、提供した具体的なサービス内容を記録し、その他必要な記録とともに、利用者に対して提示します。
② サービスの内容に関する諸記録を整備し、指定（介護予防）短期入所生活介護の終了後5年間保管します。
- (10) 生活・介護相談
担当のほか、介護支援専門員もおります。お気軽にご相談下さい。

4. サービス利用方法

- (1) サービス利用契約
担当の居宅介護支援専門員にご相談の上、お申込み下さい。ご利用期間決定後、契約を締結いたします。
- (2) サービス利用契約の終了
① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合
実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書や電話等でのお申出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。
- ② 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。
- ・利用者が他の介護施設に入所した場合
 - ・介護保険給付サービスでサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - ・利用者がお亡くなりになった場合
- ③ その他
利用者がサービス利用料金の支払を3ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払われない場合、または利用者やご家族等が当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、30日前までに文書等で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただく場合があります。なお、この場合契約終了後の予約は無効となります。

5. サービス利用にあたっての留意事項

事項	内容
利用の際お持ち頂くもの	・衣類（ズボン・上着・肌着・パンツなどの普段着を日数分） ・洗面用具（歯ブラシ・歯磨き粉・コップ等） ・タオル・バスタオル※入浴用のタオルは用意されています。 ・ティッシュ ・薬（日数分。薬局からの薬の説明書もご準備ください） ・保険証のコピー （介護保険被保険者証・介護負担割合証・介護保険負担限度額認定証・医療被保険者証・その他） ※すべての持ち物に名前の記入をお願いします。 ※紙おむつ・尿取りパット・紙パンツは施設にて準備いたします。 ※その他、嗜好品の持ち込みについてはご相談ください。
衣類の洗濯	施設で実施いたします。大型の洗濯機と乾燥機を使用しますので、木綿などの丈夫な素材の衣類をご準備ください。すべての衣類に名前の記入をお願いします。
金銭・貴重品の管理	担当者にご相談下さい。
喫煙	原則敷地内全面禁煙、利用者の喫煙は指定の場所で行います。
食べ物の持ち込み	健康管理・衛生管理上の理由により制限される場合があります。その都度職員にお尋ねください。
面会時間	基本的には午前11：00～午後16：00です。 それ以外の時間帯についてはご相談ください。 ※感染症の状況により面会の制限、面会者へのマスク着用、検温、手洗い等をお願いすることがあります、事前にご確認ください。

6. 短期入所生活介護ご利用の中止

（１） 利用開始予定日以前の中止

利用前に利用者のご都合でサービスを中止する場合、早めにその旨を担当者にご連絡ください。キャンセル料はありません。

（２） 利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。

- ・利用者が中途退所を強く希望され、心身共に不安定な様子がみられた場合。
- ・利用日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合。
- ・利用中に体調が悪くなった場合。
- ・他の利用者及び職員等の生命、精神、身体、財物、信用等を傷つけ、または背信行為を行うことによって本契約を維持しがたい重要な事情を生じさせた場合など

※上記の場合で必要なときは、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医に連絡を取る等、必要な措置を講じます。また、料金は退所日までの日数を基準に計算します

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。病院受診を行う場合は、基本的にご家族で対応をお願いします。ご家族への連絡や緊急時の搬送先は、別紙の連絡名簿に基づき対応致します。

8. サービス内容に関する相談・苦情

サービスに関する相談・要望・苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

『特別養護老人ホーム愛の村相談・苦情窓口』

担当：生活相談員

電話：098-933-1166 FAX：098-932-7372

意見箱：相談課室カウンターに設置

当事業所以外に、介護保険の保険者（市町村）の相談・苦情窓口や沖縄県福祉サービス運営適正化委員会でも受け付けています。

＊「沖縄県福祉サービス運営適正化委員会」

電話：098-882-5704 FAX：098-882-5714

E-mail：kuzyou@okishakyo.or.jp

9. 非常災害対策

- (1) 事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従事者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。
- (2) 事業者は、感染や非常災害の発生において、利用者に対する介護サービス提供を継続するため、非常時の体制下での早期業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画(BCP)に従い必要な措置を講じるものとする。
- (3) 事業所は従業者に対し、業務継続計画(BCP)について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。
- (4) 事業者は、定期的に業務継続計画(BCP)の見直しを行い、必要に応じて変更を行うものとする。

10. 虐待防止の措置に関する事項（虐待防止のための措置に関する事項）

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 虐待防止のための指針を整備すること。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施すること。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

11. 身体拘束等の適正化に係る措置に関する事項（身体拘束等の適正化に係る措置）

1. 事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束など」という）を行わない。

2. 事業所はやむを得ず身体拘束等を行う場合には、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その他必要な事項を記載する。
3. 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講ずる。
 - (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修定期的に実施する。
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

202（令和）年　　月　　日　　

私は、指定（介護予防）短期入所生活介護の提供開始に当たり、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

（事業者）所在地：沖縄県中頭郡北中城村字島袋1320番地
名 称：社会福祉法人 琉球キリスト教奉仕団
指 定（介護予防）短期入所生活介護事業所 愛の村

説明者：_____

私は、契約書および本書面により、事業者から指定（介護予防）短期入所生活介護について、重要事項の説明を受けました。

（利用者）

住 所：_____

氏 名：_____

（代理人）

住 所：_____

氏 名：_____ 続柄（_____）

○重要事項説明書（別紙）

（１） 基本料金

① 施設サービス費

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
一日当り自己負担額	704円	772円	847円	918円	987円

要支援度	要支援 1	要支援 2
一日当り自己負担額	529円	656円

※お手持ちの介護保険負担割合証により負担していただく費用を確認いたします

（１日あたりの食費・居住費）

利用者負担段階	食費（短期入所サービス）	居住費（ユニット型個室）
第４段階（基準）	1,500円	2,066円
第３段階②	1,300円	1,370円
第３段階①	1,000円	1,370円
第２段階	600円	880円
第１段階	300円	880円

※該当者は食費・居住費の負担軽減の制度があります。市町村の担当窓口にて申請ください。

一食ごとの料金設定は下記の通りです（召し上がった分の請求となります）

○基本料金（第４段階）（朝食400円、昼食600円、夕食500円）

※利用者都合で食事を中止する場合は、食費を請求させていただきます。

② 短期入所生活介護事業所 加算項目（１日あたり）

機能訓練体制加算	12円	
療養食加算（１食）	8円	療養食を召し上がった方のみの加算
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円	
看護体制加算Ⅱ	8円	
看護体制加算Ⅰ	4円	
夜勤職員配置加算Ⅱ	18円	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		基本報酬に各種加算現在を加えた
※所定の単位数の14%（１ヶ月あたり）		総単位数
送迎費 片道あたり	184円	介護保険適応

※ 当法人は社会福祉法人による利用者負担軽減制度を実施しています。

対象となる方の要件については、市町村の担当窓口にお問い合わせください。
(軽減対象) 施設サービス費、食費、居住費

(2) その他の料金

上記のほか、水道光熱費、理美容料金、レクリエーション費用等は
実費をいただきます。

(3) 支払方法

指定(介護予防)短期入所生活介護を利用された翌月の10日以降に請求書を郵送いたします。
支払方法は、預金口座自動振替、窓口支払、銀行振込のいずれかをお選びください。

※現金取り扱いの安全な管理面を考慮して、預金口座自動振替の手続きを推奨いたします。
※土日祝日は窓口での対応ができません。

私は、重要事項説明書(別紙)の説明を受けました

202 (令和) 年 月 日

氏 名 (本人) _____

代 理 人 _____