

「指定介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業所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。

1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 心の会
- (2)法人所在地 沖縄県島尻郡久米島町字嘉手苺533番地1
- (3)電話番号 098-985-3900
- (4)代表者氏名 理事長 照屋 圭太
- (5)設立年月日 2011(平成23)年10月14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者生活介護事業所
※当事業所は特別養護老人ホーム球美の杜に併設されています。
- (2)事業所の目的 要支援状態にあり、居宅における生活に一時的に支障が生じた高齢者に対し介護予防短期入所生活介護サービスの事業を行い、利用者の心身の特性を踏まえ、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるようサービスを提供します。

- (3)事業所の名称 社会福祉法人 心の会 特別養護老人ホーム 球美の杜

- (4)事業所の所在地 沖縄県島尻郡久米島町字嘉手苺533番地1

- (5)電話番号 098-985-3900

- (6)事業所長(管理者)氏名 與那 梓次

(7)当事業所の運営方針

- ① 事業所は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図ることをもって、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- ② 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ③ 利用者への質の高い介護を行うため、従業者の介護への知識及び技術の向上を図り人材の育成に努めます。
- ④ 事業の実施に当たっては、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、指定介護予防支援事業者(地域包括支援センター)、保険医療機関及び関係市町村などと連携し、効率性・柔軟性を考慮した上で、要支援者ができることは要支援者が行うことを基本としたサービス提供に努めます。

(8)開設年月日 2012(平成24)年5月1日

(9)営業日及び受付時間

営業日	年中無休
受付時間	月曜日～日曜日 9時～17時

(10)利用定員 1人(指定)

(11)居室等の概要

当事業所では以下の主な設備と居室をご用意しています。居室は多床室となります。

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	1室	多床室で滞在に要する費用を算定いたします
合計	2室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	1室	
医務室	1室	

☆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その可否を決定します。又、ご契約者の心身の状況等に応じ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の協議の上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、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	人数	勤務形態
1. 管理者	1名	常勤兼務
2. 医師	1名	嘱託医
3. 生活相談員	1名以上	常勤(専従/兼務)
4. 看護職員	1名以上	常勤(専従/兼務) 非常勤(専従/兼務)
5. 介護職員	常勤換算 10名以上	常勤(専従/兼務) 非常勤(専従/兼務)
6. 機能訓練指導員	1名以上	常勤(専従/兼務) 非常勤(専従/兼務)
7. 栄養士	1名	常勤専従

〈 主な職種の勤務体制 〉

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	第1、第3火曜日 13:00～14:00
2. 介護職員	標準的な時間帯 早番 7:00～16:00 早2 7:30～16:30 日中 8:30～17:30 日2 9:00～18:00 遅番 10:00～19:00 夜勤 17:00～翌9:00
3. 看護職員	標準的な時間帯 早番 7:00～16:00 日中 8:30～17:30 遅番 9:00～18:00

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- (1) 利用者の要支援状態の維持又は向上に資するよう、利用者の心身の状況を踏まえ、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行います。
- (2) 介護予防支援事業者(地域包括支援センター)と連携を図ること等により利用者の心身の状況を把握し、これらを踏まえ、また、概ね4日以上継続して入所する利用者については、サービスの目標及び当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した介護予防短期入所生活介護計画を作成し、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。
- (3) サービスの提供方法等について、丁寧に理解しやすいように説明いたします。
- (4) 利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
 なお、緊急かつ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を記録いたします。
- (5) 事業所は、自らその提供する事業の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

〈サービスの概要〉

- ① 食事に関する栄養管理(但し、食材料費及び調理にかかる費用は別途いただきます。)
 - 当事業所では、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いただくことを原則としています。

(食事時間) 朝食 7:30～ 昼食 11:35～ 夕食 17:35～
- ② 入浴
 - 心身の状態により入浴又は清拭を週2回行います。

③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。

④機能訓練

○心身等の状況に応じて日常生活を営むために必要な機能を改善又は維持するための訓練を実施します。

⑤その他自立への支援

○利用者の要介護度の維持又は向上ため、できるかぎり自らの能力において行うことに配慮します。

○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) 〉

(1)介護保険給付サービスの利用料金

指定介護予防短期入所者生活介護の利用料金は、厚生労働大臣が定める介護報酬告示上の額とし、当該サービスが法定代理受領サービスの場合は、利用者の自己負担額は、各利用者の負担割合に応じた額を利用者の負担額とする。

(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度及び負担割合に応じて異なります。)

※ 下記料金表の2及び3は負担割合1割の場合の額となります。2割該当又は3割に該当される方は、ご注意ください。

	要支援1	要支援2
1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金	4,510円	5,610円
2.うち、介護保険から給付される金額	4,059円	5,049円
3.サービス利用に係る自己負担(1-2)	451円	561円

◎ケアマネージャーが必要と認めた場合、送迎サービスを利用できます。

(病院から施設及び施設間の送迎は対象外となります)

1.送迎サービス費(片道)	1,840円
2.うち、介護保険から給付される金額	1,656円
3.自己負担(1-2)	184円

1.若年性認知症利用者受入費(1日につき)	1,200円
2.うち、介護保険から給付される金額	1,080円
3.自己負担(1-2)	120円

1.サービス提供体制強化加算(Ⅲ)1日	120円
2.うち、介護保険から給付される金額	108円
3.自己負担(1-2)1日につき	12円

介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

総報酬単位数に11,3%を乗じる。

☆ご契約者がまだ要支援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いったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、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)。又、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為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。

☆ご契約者に提供する滞在費(光熱水費相当)及び食費(食材料及び調理にかかる費用相当)は別途いただきます。但し、特定入所者介護サービス費の対象者は、一部、介護保険より補足給付があります。

(下記(2)①②参照)

☆介護保険からの給付額及び特定入所者介護サービス費の補足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

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担になります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 滞在費

ご契約者の滞りに要する費用です。(光熱水費相当)

料金: 多床室 1日あたり **855 円**

② 食費

ご契約者に提供する食材料及び調理にかかる費用相当です。

料金: 1日あたり **1,445 円(朝 421 円、昼 502 円、夕 522 円)**

但し、入退所日及び外出等により1日3食を摂られない場合は、1食毎に設定した料金の合計額をお支払いいただきます。

①及び②について、特定入所者介護サービス費の対象者(利用者負担第1段階から第3段階①②の方)は、下記の料金表のとおり、利用者負担段階に応じて負担限度額をお支払いいただきます。基準費用額との差額は、介護保険より補足給付されます。

第4段階の方は、基準費用額相当の全額をお支払いいただきます。介護保険からの補足給付はありません。

利用者負担段階	食 費 (日 額)		滞 在 費 (日 額)			
	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額
第1段階	1,445 円	300 円	多床室 915 円	0 円	従来型個室 1,231 円	380 円
第2段階		600 円		430 円		480 円
第3段階①		1,000 円		430 円		880 円
第3段階②		1,300 円		430 円		880 円
第4段階	1,445 円		915 円		1,231 円	

※基準費用額を超える額は、全額自己負担となります。

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

④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ご負担いただきます。

◎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。

⑥理容・美容

[理美容サービス]

理容師又は美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

利用料金:実費

※ ご契約者の希望により、出張サービスの手配をいたします。

☆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1か月前までにご説明します。

(3)利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用時又は終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払いください。

(4)利用の中止、変更、追加

○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所に申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

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% (自己負担相当額)

但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

○サービスの利用の変更・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. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受け付け

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。

○ 苦情受け付け窓口 ケアマネージャー兼生活相談員 田端 靖

○ 苦情解決責任者 〈職名〉管理者 與那 梓次

○ 受付時間 毎週 月曜日～日曜日 9:00～17:00

又、苦情受け付けボックスを玄関ホール及び2階エレベーターホールに設置しています。

(2) 第三者委員

〈職名〉田端 努 地域委員

〈職名〉大城 秀文 地域委員

※ 苦情解決までの流れについては、苦情受付担当者へご確認ください。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

久米島町役場 福祉課	所在地 久米島町字比嘉2870 電話番号 098-985-7124 受付時間 8:30～17:15
沖縄県介護保険広域連合	所在地 読谷村字比謝町 55 複合施設2階 電話番号 098-911-7505 受付時間 8:30～17:15
沖縄県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理相談窓口	所在地 那覇市西3-14-18 電話番号 098-860-9026 受付時間 8:30～17:15

6. サービス提供の記録

施設は、利用者に対して提供したサービスに関する記録を作成し、この契約終了後5年間保存します。

【 附属書類① 】

個人情報使用同意書

私(利用者及びその後見人もしくは家族又は身元引受人)の個人情報については、
以下に記載する目的においてのみ使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- ① 介護保険サービスを円滑に提供するために、実施されるサービス担当者会議に必要となる場合
- ② 介護支援専門員、地域包括支援センター、介護サービス事業所、自治体(保険者)、医療機関、その他社会福祉団体等との連絡調整での情報提供
- ③ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合
- ④ サービス利用にかかわる管理運営のため
- ⑤ サービスの維持・改善にかかる資料のため
- ⑥ 利用者に病状の急変が生じた場合
- ⑦ 利用者の心身の状況などを家族に説明する場合
- ⑧ 介護保険事務に関する情報提供の場合
- ⑨ 損害賠償保険等に係わる保険会社又は公的機関等への相談または届出
- ⑩ 法令上義務付けられている、関係機関(医療・警察・消防等)から依頼があった場合
- ⑪ 当事業所内部での利用
 - ・事業所内でのカンファレンス・介護記録
 - ・送迎車両への氏名等の掲載

2. 使用する期間

契約締結日から契約終了日まで(契約書署名日の日付とする)

3. 条件

- (1)個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2)個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録し請求があれば開示する。
- (3)個人情報については、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。

【肖像権について】

当法人の社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきましては以下に○をご記入ください。

同意する ・ 同意しない

【 附属書類② 】

【特別養護老人ホーム 球美の杜 入所及び短期入所利用時リスク説明書】

特別養護老人ホーム 球美の杜では、入所者又は利用者様が快適な入所生活を

送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、入所者又は利用者様の身体状況や病状により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

(ご確認いただきましたら、□にチェック(☑)をお願いします。)

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による事故の恐れがあります。
- 当施設では原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- 夜勤帯は、排せつ確認や安否確認の巡視を定期的に行いますが、職員2名体制の為、異常の発見等が遅れる場合があります。

安全の配慮に細心の注意を払い、業務に努めますが、上記項目にご留意いただきますようお願い申し上げます。なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、急変時に関する項目や上記項目について、急変時及び入所者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解し内容について同意し交付を受けました。

＜重要事項説明書付属文書＞

1.事業所の概要

- | | |
|-------------|--|
| (1)建物の構造 | 鉄筋コンクリート造3階建て |
| (2)建物の延べ床面積 | 1,573.91㎡ |
| (3)事業所の周辺環境 | 耕作地が広がる静かな環境で隣接地には公立久米島病院や久米島自然文化センター、近隣には久米島町消防本部、久米島郵便局等の公共施設が整備されています。また、久米島小学校、久米島中学校、久米島高校等の教育施設が整備された地域です。 |

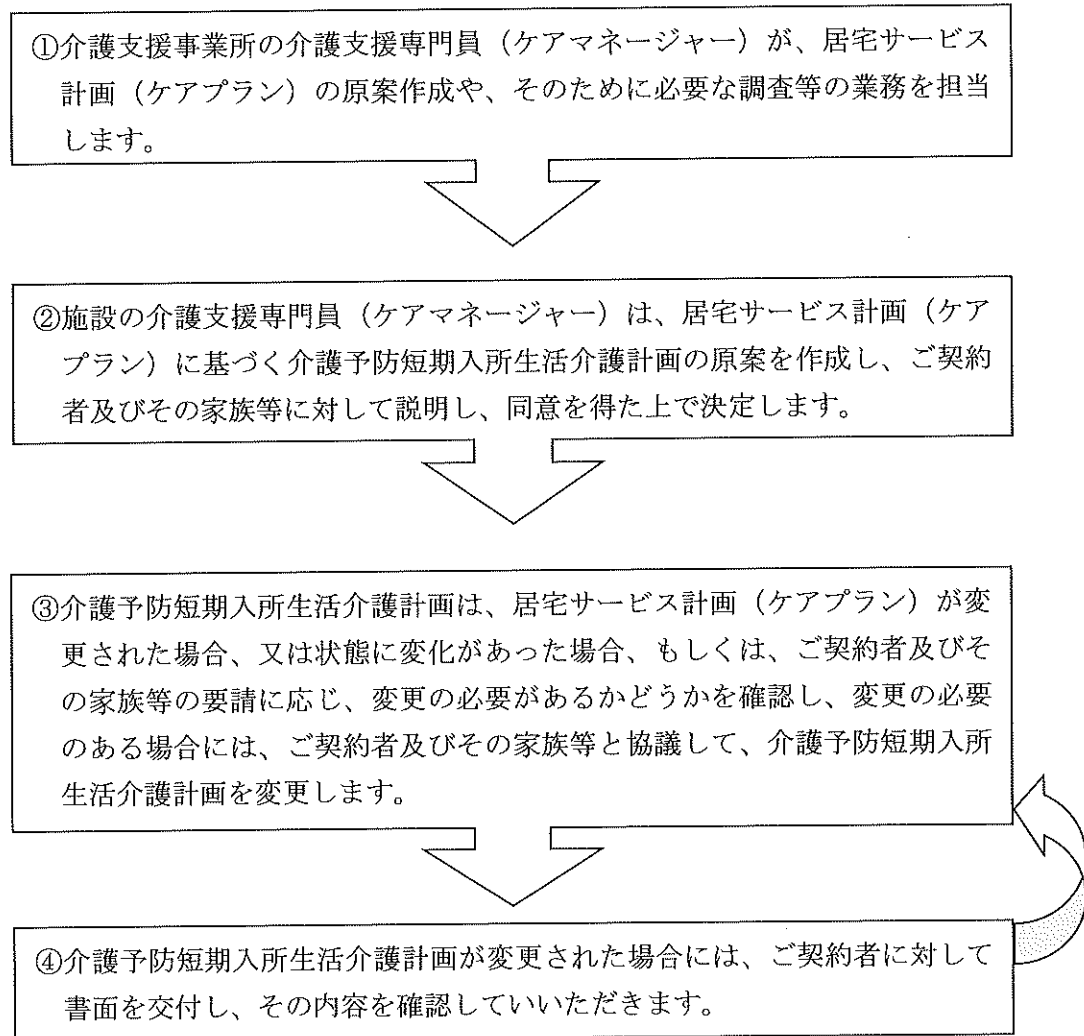
2. 職員の配置状況

〈 配置職員の職種 〉

- 介護職員…………ご契約者の日常生活上の介護を行います。
- 生活相談員…………ご契約者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
- 看護職員…………主にご契約者の健康管理や療養上の世話をします。
- 機能訓練指導員…………ご契約者の機能訓練を担当します。
- 栄養士…………ご契約者の食事に関する栄養管理を行います。
- 医師…………ご契約者に対して健康上の管理及び療養上の指導を行います。

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1)ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「短期入所生活介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。



(2)ご契約者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 短期入所生活介護計画を作成し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金を一旦全額お支払いいただきます。(償還払い)

居宅サービス計画(ケアプラン)の作成

- 作成された居宅サービス計画に沿って、短期入所生活介護計画を変更し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金(自己負担額)をお支払いいただきます。

②要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 短期入所生活介護計画を作成し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金を一旦全額お支払いいただきます。(償還払い)

要介護と認定された場合

自立・要支援と認定された場合

- 居宅サービス計画(ケアプラン)を作成していただきます。必要に応じて、居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。

- 契約は終了します。
- 既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

居宅サービス計画(ケアプラン)の作成

- 作成された居宅サービス計画に沿って、短期入所生活介護計画を変更し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金(自己負担額)をお支払いいただきます。

4. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- サービスの提供中にご契約者の病状に急変が生じた場合は、速やかにご契約者の主治医又は嘱託医若しくは予め事業所の定めた協力医療機関へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。
 - サービスの提供にともなって、事故が発生した場合には、速やかにご契約者のご家族、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
 - 事業所及びその従業者は、サービスの提供を行う上で知り得たご契約者及びご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。この守秘義務は、従業者の退職後及びご契約者との契約終了後も同様の取り扱いとします。
- 個人情報の取り扱いについては、あらかじめご契約者及びご家族から文書にて同意を得て取り扱うものとします。

5. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

- ご契約者が外出される場合は、必ず職員に申し出て頂き、外出願いの申請書提出をお願い致します。
- ご家族やご友人等の面会者については、事業所事務室窓口にて面会簿への必要事項の記入をお願い致します。
当該施設における面会時間は、9:00から20:00までとします。
- 事業所内の設備や器具の使用については、職員の指示に従ってご利用願います。
- 事業所内において、職員又は他の利用者に対し、宗教的活動及び政治的活動、その他営利を目的とした勧誘等の行為を行わないようお願い致します。
- 施設内において、暴力行為や誹謗中傷等の他の利用者の迷惑になる行為を行わないようお願い致します。
- 事業所内は、全館禁煙となっておりますので、所定の場所以外での喫煙は行わないようお願い致します。

6. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. 協力医療機関等

① 嘱託医

医療機関の名称	公立久米島病院
医師名	院長 並木 宏文
所在地	久米島町字嘉手苺572-3
連絡先	098-985-5555

② 協力医療機関

医療機関の名称	公立久米島病院
所在地	久米島町字嘉手苺572-3
連絡先	098-985-5555

③ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	具志川歯科医院
所在地	久米島町字太田564
連絡先	098-985-7771

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の説明を行い交付しました。

事業所名称	特別養護老人ホーム 球美の杜
説明者氏名	印
説明者職名	

私は、重要事項説明書に基づいて、短期入所者生活介護サービス内容及び重要事項について説明を受け同意し受領しました。

また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

また、附属する個人情報使用同意書及びリスク説明書についても説明を受け同意し受領しました。

年 月 日

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 沖縄県島尻郡久米島町字
	氏名	印

私は、本人に代わり、上記署名・捺印を行いました。私は、本人の同意を確認しました。

また、利用者家族を代表し重要事項説明書内容について同意します。

家族代表 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/>	住所	<input type="checkbox"/> 沖縄県島尻郡久米島町字
	氏名	印

(続柄:)