

社会福祉法人すばる

ショートステイ醍醐（介護予防短期入所生活介護） 重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対して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、次のとおり説明します。

1. 事業所経営法人

法人名	社会福祉法人すばる
代表者氏名	理事長 多田 恵一
法人所在地	山形県寒河江市大字慈恩寺 235 番地
電話番号	0237-84-0307
ファクシミリ番号	0237-84-0308
設立年月日	平成 28 年 3 月 14 日

2. 事業所概要

事業所の名称	ショートステイ醍醐
事業所の類型	指定介護予防短期入所生活介護
事業所長名	大下 健作
開設年月日	平成 29 年 5 月 19 日
指定年月日（指定有効期間）	令和 5 年 5 月 12 日（令和 5 年 5 月 12 日～令和 11 年 5 月 11 日）
事業所番号	0671200657
入所定員	10 名
所在地	山形県寒河江市大字慈恩寺 235 番地
電話番号	0237-84-0309
ファクシミリ番号	0237-84-0308
建物の構造	木造 2 階建て、一部平屋
併設事業	特別養護老人ホーム

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	地域に開かれた老人福祉を实践することを目的としています。
運営方針	<ul style="list-style-type: none">・事業所は、利用者の心身の状態を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて、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援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。・指定短期入所生活介護事業（以下、事業という。）は、利用者の介護予防に資するよう、心身の状況等、利用者の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切に行わなければなりません。・この事業を行うにあたっては、相当期間以上にわたり継続して入所する利用者については、介護予防短期入所生活介護計画を作成し、提供するサービス及び機能訓練等の目標を 設定し、計画的に行うものとします。・この事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。

4. 居室・設備の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、全て個室となっています。尚、トイレは共同になっています。

居室・設備の種類	室数	備考
居室	10床	全室個室
食堂兼機能訓練室	1室	
浴室	1室	一般浴室・特殊浴室
洗濯室	1室	
医務室	1室	
多目的室	1室	
娯楽室	1室	

※居室の変更：ご利用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事業所でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議の上決定するものとします。

5. 職員体制（主たる職員）

職種	員数
1. 事業所長（管理者）	1名
2. 介護職員	4名以上
3. 看護職員	1名
4. 生活相談員	1名
5. 機能訓練指導員	1名
6. 医師	1名
7. 管理栄養士	1名

6. 職員の勤務体制

区分	勤務体制	備考
介護職員	① 6：45～15：45	変形労働時間制
	② 7：00～16：00	
	③ 7：15～16：15	
	④ 8：30～17：30	
	⑤ 10：45～19：45	
	⑥ 12：15～21：15	
	⑦ 12：30～21：30	
	⑧ 14：15～23：15	
	⑨ 21：00～ 7：00	
	⑩ 21：30～ 7：30	
	⑪ 23：00～ 8：00	
看護職員	① 7：30～16：30	変形労働時間制 ※上記時間帯以外（夜間）は、オンコール体制で常時連絡可能な体制とする。
	② 8：00～17：00	
	③ 8：15～17：15	
	④ 8：30～17：30	
	⑤ 9：30～18：30	
	⑥ 10：00～19：00	
上記以外	① 6：00～15：00	変形労働時間制
	② 7：00～16：00	
	③ 8：00～17：00	
	④ 8：00～17：30	

	⑤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	
	⑥	8 : 3 0 ~ 1 8 : 0 0	
	⑦	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0	
	⑧	1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0	

7. 営業日

営業日	年中無休
-----	------

8. 提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（食費・居住費に係る自己負担分を除き通常 7 割又は 8 割又は 9 割）が介護保険から給付されます。

①居室の提供

②食事

- ・当事業所では、事業所内に厨房を設けているため、ご利用者の身体状況及び思考、食生活習慣を速やかに反映させた食事内容を提供できます。献立は、管理栄養士・栄養士が作成し、地元の特産を使用して、季節感あふれる家庭的な食事を提供します。
- ・ご利用者にも手伝っていただき、簡単ですが、事業所内で栽培された食材を使った食事も提供していきます。
- ・食を通じた楽しみを感じていただけるよう、行事食や、地域住民とも触れ合える食のイベント開催なども行っていきます。また、ご利用者にも調理や食材の買い物等を行っていただける機会を設けます。
- ・ご利用者の自立支援の為、離床してリビングにて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食事の提供形態は、ご利用者の状況、意向に応じ、常菜、刻み、極刻み、ミキサー食等を提供します。
- ・各種治療食（糖尿食、腎臓食、減塩食等）を提供します。
- ・食事提供時間は次の通りです。（朝食：8:00～9:30 昼食：12:00～13:30 夕食 17:30～19:00）

③入浴

- ・週 2 回以上実施します。利用者の身体程度に応じ普通浴、特殊浴槽入浴を行います。

④排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用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低下を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、出来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、適切な静養が行われるように援助します。

- ・ご利用者及びご家族様からの相談には誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。
- ・ご家族様が、面会しやすいような、事業所づくりを目指していきます。
- ・ご利用者が、いつも家族に囲まれているような気持ちになっていただけるように、適切な情報交換、相談を行っていきます。

<サービス利用料金（併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護）>

区 分	個 室			
	1日あたりの利用料金	介護予防給付適用時の1日あたりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	5290 円	529 円	1058 円	1587 円
要支援 2	6560 円	656 円	1312 円	1968 円

送迎加算（片道） 1,840 円/片道 184 円(1割負担) 368 円(2割負担) 552 円(3割負担)

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 各単価の合計金額に1000分の136を乗じた料金

・サービス利用時には、介護保険負担割合証を必ずご提示ください。

- ・ご利用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金額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、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）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要とされる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ・介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の予防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利用者の負担となります。居住費・食費については所得等により負担軽減制度があります。

種 類	内容・利用料金
介護保険給付の支給限度額を超えるサービス	・介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の金額がご利用者の負担となります。 (料金) 全額自己負担
食 費	・ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。 朝食：384 円、昼食：737 円、おやつ代：100 円、夕食：424 円
居 住 費	・ご利用者が利用される居室にかかる費用です。 日額 ユニット型個室 2,066 円
理美容代	・(料金) 1回あたり 2,500 円
レクリエーション・クラブ活動	・ご利用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。 (料金) 材料代等の実費をいただく場合があります。
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、ご利用者の日常生活に要する費用でご利用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いただきます。 (料金) 実費
特別な食事	・ご利用者のご希望に応じ、特別食をご用意することができます。 (料金) 実費
複写物の交付	・ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 (料金) 1枚につき 20 円

※上記介護保険の給付対象とならないサービス費用（理美容代や薬代等）は当施設において立て替え払いをし、ご利用料金と合わせてご請求致します。

- ・食事の提供に要する費用

ご利用者に提供する食事の材料費及び調理にかかる費用です。

介護保険負担限度額の認定を受けている場合には、その認定証に記載された食費の金額を負担いただきます。

通常 (4段階以上)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額		
	第1段階	第2段階	第3段階
1,545円	300円	600円	①1,000円/日②1,300円/日

・居住に要する費用（室料）

事業所及び設備を利用し居住されているに当たって、室料を負担していただきます。但し、介護保険負担限度額の認定を受けている場合には、その認定証に記載された居住費の金額を負担していただきます。

通常 (4段階以上)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額		
	第1段階	第2段階	第3段階①,②
2,066円	880円	880円	1,370円

※電化製品の持ち込みは個別にご相談致します。

・送迎に関する費用

通常の送迎の実施地域は、寒河江市、天童市、中山町、山辺町、河北町、大江町、西川町、朝日町とします。その他、地域外の送迎の場合は、片道1km毎25円加算されます。

(3) 利用料金のお支払い

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月毎に集計しご請求しますので、翌月20日までに下記の方法でお支払いください。

ア.	金融機関口座からの自動引き落とし 集金代行サービス会社（リコーリース）に委託し行います。 通帳には <u>RL)ダイゴ リョウリョウ</u> と記載されます。
イ.	下記指定口座への振り込み 庄内銀行 寒河江支店 (普) 1064839 口座名義：社会福祉法人すばる 理事長 多田 恵一
ウ.	窓口での現金支払い

※口座からの自動引き落としでのお支払いにあたり集金代行サービス会社の様式により依頼書・申込書の記入をお願いします。(初回のみ)

※振り込み手数料につきましてはご利用者の負担とさせていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加

- ・利用予定日の前に、ご利用者の都合により、介護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の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。但し、ご利用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% (自己負担1割相当額)

- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

9. 事故発生時の対応

- (1) 介護事故防止のための指針を定め、基本的考え方や職員教育に関する基本方針の設定、委員会の設置などを行い、安全確保を目的とした改善のための方策を講じます。
- (2) ご利用者に対する事業所サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族・県・市町村、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 介護事故発生時には、その状況、背景等を所定の事故報告書により報告するものとし、委員会では事故報告書及びヒヤリ・ハットの集約結果から防止策を検討します。
- (4) 委員会は定期的に開催するものとし、特に重大事故が発生した場合等に於いては、緊急に会議を開催し、再発防止策を検討します。
- (5) ご利用者に対する事業所サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

10. 緊急時の対応

サービス提供時に事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせにより、利用者の主治医、救急隊、ご家族等へ連絡をいたします。

11. 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により下記医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	山形県立河北病院
所在地	山形県西村山郡河北町谷地字月山堂 111
電話番号	0237-73-3131

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	佐藤歯科医院
所在地	山形県寒河江市島字島東 75
電話番号	0237-86-7201

また、必要に応じて速やかに下記の主治医、緊急時の医療機関等に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

主治医	医療機関名		主治医名	
	住 所			
	電話番号			
緊急時の 医療機関	医療機関名			
	住 所			
	電話番号			
ご家族・ 身元引受人	氏 名		利用者との関係	
	住 所			
	電話番号			
	氏 名		利用者との関係	
	住 所			
	電話番号			

12. サービス利用にあたっての注意事項

持参品	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用日にご持参いただく物は次のとおりです。 ①介護保険証及び健康保険証（初回及び保険証更新時） ②介護保険負担割合証・介護保険限度額認定証 ③衣類（肌着、パンツ、上着、ズボン、タオル等） ④内服中の薬 ⑤その他（歯ブラシ、歯磨き粉、上履き等） <p style="text-align: center;">※上履きは介護シューズや運動靴のようなものが最適です。スリッパは転倒の危険性がありますのでご遠慮ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・持参品は、必要最小限にさせていただきますようお願いいたします。また、利用期間中に追加で持ち込まれる場合は、必ず職員までお申し出ください。 ・持参品には、すべての物品に氏名を記入してください。 ・持参される前にご自宅でチェックシートの記入をお願いします。 ・紛失防止の為、持参品の写真撮影をさせていただきます。
貴重品	<ul style="list-style-type: none"> ・貴重品は、自己の責任で管理してください。
来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> ・来訪者は、面会の都度、職員に届け出てください。また面会時間（8:00～20:00）を遵守してください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出	<ul style="list-style-type: none"> ・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て、届け出を行ってください。原則として、ご家族の同伴をお願いします。
居室の利用 迷惑行為	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。 ・騒音の発生等他の利用者の迷惑になる行為をご遠慮願います。
医療機関への受診	<ul style="list-style-type: none"> ・利用期間中の病院受診は、ご家族の責任においてお願い致します。当事業所から受診のための送迎もいたしかねますのでご了承ください。利用期間中に内服薬がなくなった場合も、ご家族の責任においてお取り寄せいただき、ご持参くださいますようお願いいたします。
喫煙	<ul style="list-style-type: none"> ・決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ・飲酒はご相談に応じます。
宗教活動・政治活動	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

13. 個人情報の利用について

ご利用者様およびご家族様の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することがあります。

(1) 使用目的

- ① 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員等と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、ご利用者様の状態、ご家族様の状況を把握するために必要な場合。
- ② 上記①の他、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- ③ 現に介護サービスの提供を受けている場合で、ご利用者様が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- ④ 地域への事業所活動の広報の為。
- ⑤ 事故報告及び保険会社からの照会に応じる為。
- ⑥ 当事業所ではご本人、ご家族、ケアマネージャー、関係諸機関へのサービス実績の報告、ケアの成果を把握、共有するために、画像や動画による撮影を行います。尚、画像につきましては新聞形式で利用し、他の利用者様との励まし合いにも活用させていただきます。

(2) 個人情報を提供する事業所

- ① 介護予防サービス計画に掲載されている介護予防サービス事業所
- ② 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

(3) 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

(4) 使用する条件

- ① 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当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、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

1 4. 苦情受付

- (1) 当事業所の居宅介護支援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。

苦情受付窓口 ※苦情の受付、確認、記録 を行います。	<ul style="list-style-type: none">・担当者 ショートステイ醍醐 生活相談員 成沢 裕佳理・受付時間 毎日 8:30～17:30・電話番号 0237-84-0309 ※また、苦情受付ボックスを社会福祉法人すばる事務所受付に設置しています。
----------------------------------	---

※苦情受付担当者が不在の場合は、当事業所職員が受け付け、担当者へ引き継がせていただきます。

(2) 行政機関その他苦情受け付け機関

山形県国民健康保険団体連合会	0237-87-8006
寒河江市高齢者支援課	0237-85-0777 (直通)
大江町役場健康福祉課	0237-62-2114 (直通)
西川町役場健康福祉課	0237-74-5057 (直通)
河北町役場健康福祉課	0237-73-2111 (代表)
朝日町役場健康福祉課	0237-67-2111 (代表)
山辺町役場健康福祉課	023-667-1107 (代表)
中山町役場健康福祉課	023-662-2673 (直通)
天童市健康福祉課	023-654-1111 (代表)

1 5. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実 施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

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ました。

令和 年 月 日

ショートステイ 醍醐

説明者職名 _____

氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明を受け、同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ (印)

請求書および領収書の送付先

住所 _____

氏名 _____