

「指定短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています（熊本県指定第 4373201039 号）

当事業所は、ご契約者に対して指定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、契約上ご注意頂きます事を、次のとおり説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定を受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 相愛会
- (2) 法人所在地 熊本県天草市河浦町河浦 1971 番地
- (3) 電話番号 0969-76-0355
- (4) 設立年月日 昭和 50 年 7 月 21 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所（熊本県指定番号 4373201039 号）

※当事業所は、特別養護老人ホーム実相園に併設されています。

- (2) 事業所の種類 指定短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、ご利用者（契約者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事ができるように支援する事を目的として、ご利用者に日常生活を営む上で必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 実相園短期入所サービスセンター

- (4) 施設の所在地 熊本県天草市河浦町河浦 1971 番地

- (5) 電話番号 0969-76-0355

(6) 事業所 所長（管理者） 氏名 大 橋 俊 教 精神的負担の軽減を図る。また、要介護・要支援者の心身機能の維持を図り、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練等適切な短期入所生活介護サービスを提供する。

- (8) 開設年月日 平成 12 年 4 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～金曜日 土曜・日曜・祝祭日 午前 8 時～午後 5 時 30 分

- (10) 利用者定員 利用者の定員は、併設型で 3 名、空床型で 3 名とする。

(11) 居室等の状況

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、原則として1人及び2人部屋ですが、空きベッドなど他の種類の居室の利用をご希望される場合は、その旨お申し出ください。(ただし、ご利用者の心身の状況や空き状況によっては、ご希望に添えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室 数	備 考
居室 (1人部屋)	1 室	
2 人 部 屋	1 室	
合 計	2 室	
食 堂	2 室	
機能訓練室	1 室	平行棒・電気熱療法装置その他
浴 室	1 室	一般浴・リフト浴・特殊浴槽
医 務 室	1 室	

※ 上記は、厚生省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご利用者に対し特別にご負担頂く費用はありません。

☆ 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施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室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で決定するものとします。

☆ 居室に関する特記事項 ショート2人部屋には専用のトイレが設置され、また、A・B・C棟前にそれぞれ共用トイレが設置されています。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して短期入所生活介護サービスを提供する職員として、下記の種類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、指定規律を遵守しています。)

職 種	常 勤 職 員	指 定 基 準
1. 事業所所長 (管理者)	0.125 名	0.125 名
2. 介護職員	1 名	1 名
3. 生活相談員	0.125 名	0.125 名
4. 看護職員	0.125 名	0.125 名
5. 機能訓練指導員	0.125 名	0.125 名
6. 介護支援専門員	0.125 名	0.125 名
7. 医 師	必要数	必要数
8. 栄養士	1 名	1 名

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延時間総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

(例) 週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では 1 名 (8 時間×5 名÷40 時間=1 名) となります。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	毎週火・木曜日 14:00 ～ 15:00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出: 6:45 ～ 16:15 1名 遅出: 9:30 ～ 19:00 1名 夜間: 16:30 ～ 9:00 2名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出: 6:30 ～ 16:00 平常: 8:00 ～ 17:30
4. 機能訓練指導員	標準的な時間帯における最低配置人員 毎月曜日～金曜日: 11:00 ～ 17:00

☆ 土・日曜日は上記と異なります。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- ・当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。
- ・当事業所が提供するサービスについて、以下があります。

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合 |

(1) 介護保険の給付対象となるサービス (契約書第4条参照)

- | | | |
|---------------|------------|----------------|
| ○ サービス提供体制加算1 | ○ 送迎加算 | ○ 新短期生活処遇改善加算Ⅰ |
| ○ 個別機能訓練加算 | ○ 夜勤職員配置加算 | |

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

① 食事の提供に要する費用 (食材料費及び調理費)

利用者に提供する食事の材料費及び調理費に係る費用です。実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額 (1日当たり) のご負担となります。

② 居住に要する費用 (光熱水費及び室料)

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、光熱水費相当額をご負担いただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された居住費 (1日あたり) のご負担となります。

<サービスの概要>

① 居室の提供

② 食 事

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体状況及び嗜好を配慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事を摂って頂く事を原則としています。

(食事時間)

朝 食	8:00 ~	昼 食	12:00 ~	夕 食	18:00 ~
-----	--------	-----	---------	-----	---------

③ 入 浴

- ・入浴または清拭を行います。寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴する事ができます。
- ・短期入所生活介護では、入浴または清拭は一日おきに行います。
- ・入浴時間は： 通常 午前9:30～ 午後1:30～

④ 排 泄

- ・排泄は自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ・ご利用者の排泄パターンを把握し、随時及び定時におむつ交換を行います。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥ 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事ができます。

⑦ その他の自立支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活リズムを考え、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。

⑧ 通常の送迎

- ・事業所の通常の実施区域は、天草市(河浦町、旧本渡市、旧牛深市、天草町、新和町)とします。

<サービス利用料金> (1日当たり) > (契約書第8条参照)

下記の料金によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払下さい。

(サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。) 令和6年6月1日改正

	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5
1. 利用者サービスの利用料金	4,510 円	5,610 円	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円
2. サービス利用に係る自己負担額 (1割負担時の負担額)	451 円	561 円	603 円	672 円	745 円	815 円	884 円
3. サービス提供体制加算 I	22 円						
4. 送迎加算(片道)	184 円						
5. 個別機能訓練加算	12 円						
6. 夜勤職員配置加算	16 円						
7. 新短期生活処遇改善加算 I	2~6 を合計した単位数の 140/1000 に相当する単位数 (14.0%)						
8. 居室に係る自己負担額	被保険第 1-2-3①-3②-4 段階相当額						
9. 食事に係る自己負担額	被保険第 1-2-3①-3②-4 段階相当額						
10. 自己負担額合計 (2~9) の合計							

☆ご利用者がい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全額をいったんお支払頂きます。(償還払い) また、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、ご利用者が保険給付の申請を行うため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。

☆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。

☆サービス利用にかかる自己負担額は、介護保険負担割合証に記載された、利用者負担割合(1割から3割)に応じた割合で自己負担して頂きます、

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

<当施設の居住費・食事の負担額>

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、ショートステイの居住費(滞在費)・食費の負担が軽減されます。

対 象 者		区 分	居住費(多床室)	食 費
生活保護受給者		利用者負担第1段階	0 円	300 円
市 町	高齢年金受給者			
村 民	課税年金収入額の合計が 80 万円以下の 方	利用者負担第2段階	430 円	600 円
税 非		利用者負担第3段階①	430 円	1,000 円
課 税				
世 帯	課税年金収入+合計所得金額が 80 万円超 120 万円未満の方など	利用者負担第3段階②	430 円	1,300 円
市町村民税課税世帯で1~3段階に該当しない方		利用者負担第4段階	915 円	1,445 円

☆食 費(朝食 400 円 昼食 500 円 夕食 545 円)

令和6年8月1日改正

(2) 介護保険給付の給付負担対象とならないサービス（契約書第 5 条参照）

＜サービスの概要と利用料金＞以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者の負担となります。

① 理容・美容

理容・美容については、施設職員による無料整髪サービスを行うが、理・美容師の出帳によるサービスについては、理・美容料実費を支払っていただきます。

② 前項の他、ご利用者の日常生活上必要となる諸経費実費（おむつ代を除く）を各業者に支払うものとします。

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第 8 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用はサービス終了時にご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 10 条参照）

- ・利用予定期間の前にご利用者の都合により、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者申し出て下さい。
- ・サービス利用の変更、追加の申し立てに対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。
- ・ご利用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。その場合すで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. 事故発生時の対応について

- ・当施設サービスの提供において骨折、入院等重症事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご利用者の家族、所属する居宅介護支援事業者等に連絡を行い、必要な措置を行います。
- ・当施設サービスの提供において賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

6. 苦情の受付について（契約書第 24 条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

職名 生活相談員 担当者 大橋 正幸

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9:00 ～ 17:00

また、苦情受付ボックスを玄関及び中央廊下横に設置しています。

○苦情解決責任者 実相園短期入所サービスセンター所長 大橋 俊教

○第三者委員 平野 悦子 〒863-1212 天草市河浦町今田 2643-1

0969-78-0403

福岡 円 〒863-1204 天草市河浦町崎津 512

0969-79-0037

(2) 行政機関その他苦情受付期間

天草市役所	所在地 天草市東浜町 8 番 1 号 電話番号 0969-23-1111 受付時間 9:00 ~ 16:00
国民健康保険団体連合会	所在地 熊本市東区健軍 2 丁目 10 電話番号 096-214-1101 受付時間 8:30 ~ 17:15
熊本県社会福祉協議会	所在地 熊本市中央区南千反畑町 3 番 7 号 電話番号 096-324-5454 受付時間 8:30 ~ 17:00

令和 年 月 日

指定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。

実相園短期入所サービスセンター

説明者職名 介護支援専門員 氏名 中原 みちる 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

代理人（選任した場合）住所 _____

氏 名 _____ 印