

# 「指定短期入所生活介護及び指定介護予防 短期入所生活介護」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。(事業所番号 4370200638)

当事業者は、契約者（利用者）に対して指定短期入所生活介護及び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。

※ 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。要介護認定をまだ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 ま心苑会     |
| (2) 法人所在地 | 八代市敷川内町2251番地の1 |
| (3) 電話番号  | 0965-31-7600    |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 山本 正        |
| (5) 設立年月日 | 1994年7月6日       |

## 2. ご利用施設

- |            |                        |
|------------|------------------------|
| (1) 事業所の種類 | 指定短期入所生活介護事業所          |
| 指定年月日      | 2020年4月1日 熊本県指令高齢第98号  |
| 事業所番号      | 4370200638             |
| 事業所の種類     | 指定介護予防短期入所生活介護事業所      |
| 指定年月日      | 2018年4月1日 熊本県指令高齢第120号 |
| 事業所番号      | 4370200638             |

### (2) 事業所の目的

指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、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ことができるよう支援することを目的として、契約者に日常生活を営むために必要な居室及び共同施設等をご利用いただき、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

- |                |   |
|----------------|---|
| (3) 施設の名称      | ま心苑ショートステイ  |
| (4) 施設の所在地     | 八代市敷川内町2251番地の1   |
| (5) 電話番号       | 0965-31-7600  |
| (6) 施設長（管理者）氏名 | 山本 啓宏   |
| (7) 当施設の運営方針   | 措置制度から介護保険制度への移行に伴い、利用者本意の立場から選ばれる施設としてその役割を發揮し、利用者の自立支援に努め、職員は意識改革を図り謙虚さと向上心を持ち、協力してサービスの質の向上に努める。 |
| (8) 開設年月日      | 1995年1月1日   |

(9) 営業日及び営業時間

営業時間	年中無休
受付時間	月曜日～金曜日 8時～17時 土曜日・日曜・祝日 8時～17時

(10) 通常の送迎の実施区域

八代市及び八代郡の区域

(11) 利用定員 15人

(12) 居室等の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は原則として1人部屋、2人部屋、4人部屋他の種類の居室への居住を希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。)

1人部屋	1室
2人部屋	3室
4人部屋	2室

※ 上記は、厚生省が定める基準により、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・設備のご利用にあたって、従来型個室、多床室（2人部屋、4人部屋）の居住費の負担があります。P5の（3）の「②居住費」にて記載し、説明するものとします。

☆ 居室の変更：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、施設での可否を決定します。また、契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、契約者や家族等と協議のうえ決定するものとします。

### 3. 職員の配置状況

当施設では、契約者に対して指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護を提供する職員として、以下の種類の職員を配置しています。

(1) 介護職員

3名の利用者に対し1名の職員の介護職員を配置しています。

契約者の日常生活上の介護並びに健康保持の相談・助言等を行います。

(2) 看護職員

2名以上の看護職員の配置をしています。

契約者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護・介助も行います。

(3) 生活相談員

1名の生活相談員を配置しています。

契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

(4) 管理栄養士

1名の管理栄養士を配置しています。

契約者の栄養や、心身の状況、および嗜好を考慮した献立を作成します。

(5) 機能訓練指導員

1名の機能訓練指導員を配置しています。

契約者の機能訓練を担当します。

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤加算では1名（8時間×5名÷40時間=1名）

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制	
1. 医師	毎週月・金曜日 15：00～17：00	
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早 出 7：00～16：00 日 勤 8：00～17：00 遅 出 9：00～18：00 超 遅出 10：30～19：30 夜 間 16：30～ 9：30	
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早 出 7：30～16：30 日 勤 8：00～17：00 遅 出 8：30～17：30 夜間待機看護職員 17：00～ 8：00	
4. 機能訓練指導員	日 勤 8：00～17：00	

#### 4. 施設サービスの概要と利用料

当施設では、契約者に対して、以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- ・利用料金が介護保険から給付される場合
- ・利用料金の全額を契約者に負担いただく場合があります。

##### (1) 介護保険給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食 事

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。食事開始時間・食事場所・メニューの選択も出来ます。
- ・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 8：00～9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 17：00～19：00

②入 浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上契約者の状態に合わせ行います。
- ・寝たきり等で座位保持がとれない方も機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排 泄

- ・排泄の自立を促すため、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

- ・機能訓練指導員により、契約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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎりの離床に配慮します。

(2) 介護保険給付の対象となるサービス費用（円／介護保険の給付率 90 %の場合）

① 基本的な費用（1日あたり）（契約書第8条参照）

(一) 併設型短期入所生活介護費（I）<従来型個室>

要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料金	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,427 円	6,048 円	6,705 円	7,335 円	7,956 円
3. サービス利用に係る自己負担額	603 円	672 円	745 円	815 円	884 円

(二) 併設型短期入所生活介護費（II）<多床室>

要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1. サービス利用料金	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,427 円	6,048 円	6,705 円	7,335 円	7,956 円
3. サービス利用に係る自己負担額	603 円	672 円	745 円	815 円	884 円

(三) 併設型介護予防短期入所生活介護費（I）<従来型個室>

要支援	要支援1	要支援2
1. 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額	451 円	561 円

(四) 併設型介護予防短期入所生活介護費（II）<多床室>

要支援	要支援1	要支援2
1. 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額	451 円	561 円

② 基本的な費用に係る加算

加 算	費 用	具 体 的 な 内 容 等
機能訓練指導体制加算	12 円／日	常勤の理学療法士等を1名以上配置している場合。
個別機能訓練加算	56 円／日	専ら機能訓練指導員職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置し、利用者の居宅を訪問したうえで、機能訓練指導員その他の職種の者が共同して、個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき計画的に機能訓練を行っている場合。
看護体制加算（II）	8 円／日	常勤換算方法で看護職員を1名以上配置することと、24時間の連絡体制を確保している場合。

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円／日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が6割以上配置している場合。
夜勤職員配置加算（Ⅲ） ※介護予防算定不可	15円／日	夜勤配置職員を基準より1名以上配置し、看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合 夜勤時間帯 16：30～9：30
緊急短期入所受入加算	90円／日	居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短入所生活介護を緊急で行った場合、利用した日から起算して7日（家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限定として加算。
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円／月	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、事業年度毎に1回、生産性向上の取組に関する実績データを厚生労働省に報告する場合。
送迎加算 (送迎希望時のみ)	184円／回	送迎を希望され、自宅等へ送迎を行った場合。
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年6月以降より算定	上記①+② (1月合計)の 14.0%／月	国が定める基準に適合し、介護職員の処遇改善等を実施しているものとして、所定単位数（基本サービス費に各種加算を加えた総単位）に14.0%の割合を乗じた単位数を加算。

### （3）介護保険給付の対象とならないサービス費用

#### ①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

食事種類	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている食費の額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
朝食	500円／回				
昼食	700円／回				
夕食	600円／回	300円／日	600円／日	1000円／日	1300円／日

- ・食材料費及び調理に係る費用を食費として、喫食数によりご負担頂きます。
- ・介護保険負担限度額認定証の交付を受けた方は、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。
- ・契約者の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は実費負担になりますので、上記の金額を超える場合があります。1食単位で計算します。

#### ②居住費（滞在に要する費用（光熱水費及び室料（建物整備等の減価償却費）））

居室の区分	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている居住費の額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
従来型個室	1,231円／日	380円／日	480円／日	880円／日	880円／日
多床室	915円／日	0円／日	430円／日	430円／日	430円／日

- ・従来型個室…1人部屋 多床室…2人部屋、3人部屋、4人部屋
- ・介護保険負担限度額認定証の交付を受けた方は、認定証に記載された居住費の金額（1日当たり）のご

負担となります。

- ・但し、既入所者、新規入所者について経過措置があります。
- ・おむつ代は介護保険対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

☆経済状況の著しい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場合があります。

その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、事前にご説明します。

#### ③その他の事項

- |   |       |
|---|-------|
| ・預かり金管理料（施設代行事務手数料）   | 50円／日 |
| 貴重品（現金等）のお預かりは致しませんが、諸事情により貴重品をお預かりする場合や契約者に発生する支払い等の代行を致します（医療費・買い物代行等）。 |       |
| ・理美容代   | 実費    |
| 2ヶ月に1回、理容師の出張による理髪サービス（理髪、顔剃り）を利用いただけます。                                  |       |
| ・契約者専用の家電製品の電気代   | 50円／日 |

#### ④利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）、（3）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご利用の翌月にご請求しますので26日までに、以下のいずれかの方法でお支払いください。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

- |                            |
|----------------------------|
| ア. 窓口での現金支払（平日 9：00～17：00） |
| イ. 全国金融機関口座からの自動引き落とし      |

#### ⑤利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

利用予定期間の前に契約者の都合により、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利用を使いすることが出来ます。この場合にはサービス実施前日までに事業者に申し出ください。

### 5. 苦情の受け付けについて

#### （1）当事業所における苦情の受付（契約書第25条参照）

当施設における苦情やご相談は、苦情対応窓口を設置し、提供したサービス等に関する苦情に適切に対応します。

#### （2）施設内の苦情申し窓口

社会福祉法人法第82条の規定により、ま心苑では利用者からの苦情に適切に対応する体制を整えております。

記

- |            |  |
|------------|--|
| 1. 苦情解決責任者 | 山本 啓宏（特別養護老人ホームま心苑 施設長）  |
| （イ）施設所在地   | 八代市敷川内町2251番地の1  |
| （ロ）電話番号    | 0965-31-7600   |
| （ハ）FAX番号   | 0965-31-6067   |
| 2. 苦情受付担当者 | 益田 亜衣（特別養護老人ホームま心苑 生活相談員）  |
| 3. 第三者委員   | 内田 秀男（連絡先 八代市敷川内町772 電話38-2059）<br>中村 美子（連絡先 八代市古城町2306-5 電話32-7802） |
| 4. 苦情の解決方法 |  |

#### ①苦情の受付

苦情は面接、電話、書面等により苦情受付担当が午前8時30分から午後5時まで受け付けます。尚

担当不在の場合は事務所職員までお申し出ください。又、第三者委員に直接苦情申し出ることもできます。

②苦情受付の報告、確認

苦情受付担当が受付した苦情を苦情解決責任者と第三者委員(苦情申し出人が第三者委員へ報告拒否した場合を除く)に報告致します。第三者委員は内容を確認し苦情申し出人に対して報告を受けた旨を通知します。

③苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申し出人は第三者委員の助言や立ち会いを求めることができます。尚、第三者委員の立ち会いによる話し合いは次により行います。

- ア. 第三者委員による苦情内容の確認
- イ. 第三者委員による解決案の調整、助言
- ウ. 話し合いの結果や改善事項等の確認

④熊本県「運営適正化委員会」の紹介

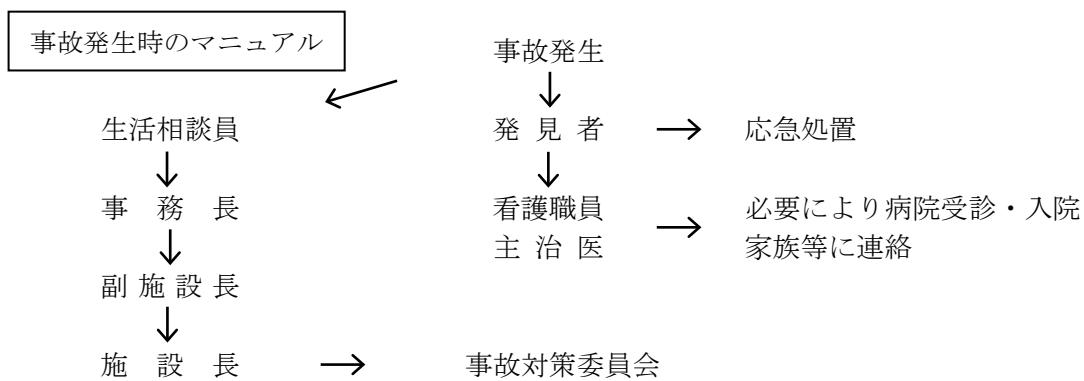
本法人で解決できない苦情は、熊本県社会福祉協議会に設置された「運営適正化委員会」(電話096-324-5454)、又、国民健康保険団体連合会(電話096-214-1101)、八代市長寿支援課等に申し立てることができます。

## 5. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	あり	結果の公表	あり
第三者による評価の実施状況	なし	結果の公表	なし

## 6. 事故発生時の対応

- (1) 事故発生時は下記の事故発生時のマニュアルにより対応します。
- (2) 介護事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族等に報告し、賠償すべき事故である場合には、速やかに損害賠償を行うこととします。
- (3) 事故対策委員はま心苑施設長、副施設長、生活相談員、看護職員、介護主任5名とします。



\*生活相談員は事故報告書作成する。

\*事故の程度により主治医・看護職員・家族等への連絡などを行い方針を定め、必要により施設長の指示を受ける。

\*協力病院としては熊本総合病院、ひらきクリニック、田渕整形外科があるが、家族等の希望により他の病院を受診し入院となることもある。

## 7. 勤務体制の確保等

- (1) 本施設は入所者に適切なサービスを提供できるよう、職員の勤務の体制は別紙のとおりとします。
- (2) 本施設は、当該施設の職員によってサービスを提供します。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではありません。
- (3) 本施設は、職員に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければなりません。その際、本施設は、全ての職員（看護師、准看護士、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。
  - ①採用時研修 採用後3か月以内
  - ②継続研修 年1回
- (4) 本施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

## 8. 非常災害時の対策

- (1) 当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。  
災害対策に関する担当者（防火管理者） 介護職 山田 和男
- (2) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、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業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む。）を行います。
  - ①非常災害・避難訓練（地域住民参加型）年1回
  - ②火災・避難訓練（昼間・夜間想定）各年1回

## 9. 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 入居者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じています。
  - ①虐待防止に関する担当者を選定しています。  
虐待防止に関する担当者 生活相談員 益田 亜衣
  - ②虐待防止委員会を設置し、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ります。
  - ③虐待防止のための指針の整備
  - ④虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) サービス提供中に、当施設従業者又は擁護者（入居者の家族等）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

## 10. 身体拘束の禁止・適正化に関する事項

- (1) 当施設は、入居者の身体拘束は行いません。ただし、当該入居者又はほかの入居者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合には身体拘束の内容、目的、理由、期間等を記載した説明書、経過記録、検討記録等の整備と適正な手続き並びに、家族の同意を得た

場合のみ身体拘束を行うことが出来ます。

(2) 当施設は、身体拘束等の適正化を図る為、次に掲げる措置を講じます。

①当施設は、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行うことが出来るものとする）を3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知を図ります。

②身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

③介護職員等に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

また、介護職員等の新規採用職員に対し身体拘束適正化のための事業所の方針・体制等について新規採用時研修を実施します。

## 1 1. 感染症対策等に関する事項

(1) 当施設は、感染症又は食中毒が発生、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

①施設における感染症の予防及びまん延の防止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。）をおおむね3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

②施設における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

③施設において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

④前3号に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の退所等に関する手順」に沿った対応を行います。

## 1 2. 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生において、契約者に対する指定介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画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します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護及び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な事項の説明を行いました。

指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護 ま心苑ショートステイ

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の説明を受け、指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住所

氏名

印

代理人（兼連帯保証人）

住所

氏名

印

連帯保証人

※代理人と同一の場合は、住所は同上と記載のうえ、署名、捺印して下さい。

住所

氏名

印