

指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

特別養護老人ホーム きびハイツ

〈当施設は介護保険の指定を受けています〉
(岡山県指定 第3372100374号)

当事業所はご利用者に対して指定短期入所生活介護・指定介護予防短期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、契約上ご注意頂きたいことを次の通りご説明いたします。

※当事業所への入所は、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。

目 次

1. 事業所
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当施設が提供するサービスと利用料金
5. 損害賠償について
6. 事故発生時の対応について
7. 連帯保証人について
8. 第三者評価実施状況について
9. 苦情の受付について

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人アミカル |
| (2) 法人所在地 | 岡山県倉敷市玉島1275-1 |
| (3) 電話番号 | 086-526-8827 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 西山 剛 史 |
| (5) 設立年月日 | 昭和55年7月7日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 併設型ユニット型指定短期入所生活介護
平成16年10月1日指定
併設型ユニット型指定介護予防短期入所生活介護
平成18年4月1日指定
岡山県 3372100374号
※当事業所は特別養護老人ホームきびハイツに併設されています。 |
| (2) 事業所の目的 | 指定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、利用者が、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に支援することを目的として、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用頂き、短期入所生活介護サービス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。 |
| (3) 事業所の名称 | 特別養護老人ホーム きびハイツ |
| (4) 事業所の所在地 | 岡山県加賀郡吉備中央町上野1883-5 |
| (5) 電話番号 | 0866-56-6677 |
| (6) 事業所長氏名 | 田 中 洋 司 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 「礼儀正しく清潔に言葉づかいは丁寧に」「忘れまい明るい笑顔と優しい心」をモットーに日々の接遇に取り組んでいく。また、ご利用者個々のニーズに合わせた処遇を提供し、残存機能の活性化を図る。ご利用者一人一人が安心して生活できるような施設作りを目指す。 |
| (8) 開設年月日 | 平成16年10月1日 |
| (9) 営業日及び
受付時間 | 年中無休
毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30 |
| (10) 利用定員 | 10人 |
| (11) 居室等の概要 | |

当事業所では以下の居室、設備を用意しております。居室は個室となっております。

〔空床利用型においては入所者の空きベッドを利用しますので、居室にトイレが無い場合もあります。〕

居室・設備の種類		室 数	備 考
ユニット	個室（トイレ付）	10 室	
	共同生活室	1 室	食堂兼務
	洗面設備		各居室に有り
浴 室		7 室	一般浴・特浴・車椅子浴
医 務 室		1 室	
調 理 室		1 室	
洗 濯 室		6 室	
汚物処理室		5 室	
介護材料室		2 室	

※ 上記は、厚生労働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づけられている施設・設備です。この施設・設備のご利用に当たって、ご契約者に居室の利用料金をご負担していただきます。

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老人福祉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おります。

＜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おります。

職 種	実人員		指定基準
	常勤	非常勤	
1. 施 設 長	1 名	—	1 名
2. 生 活 相 談 員	名	—	1 名以上
3. 介 護 職 員	常勤換算	名	18 名以上
4. 看 護 職 員	常勤換算	名	2 名以上
5. 介護支援専門員	名	—	1 名以上
6. 機能訓練指導員	常勤換算	名	1 名以上
7. 医 師	—	1 名	1 名
8. 管 理 栄 養 士	名	—	1 名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 介 護 職 員	早早出・早出・日勤・遅出・遅遅出・夜勤（3人体制）
2. 看 護 職 員	早出・日勤・遅出・夜間自宅待機
3. 医 師	嘱託医／週 1 回

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、ご契約者に対して以下のサービスを提供いたします。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担して頂く場合

があります。

(1) 当事業所が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、滞在費・食費を除き通常 9 割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、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。
- ・ご契約者の自立支援のため離床し、ユニット内の共同生活室にて他の入居者の方と共に食事をとって頂くことを原則としております。

(食事時間)・朝 食 —— 8:00～

・昼 食 —— 12:00～

・夕 食 —— 18:00～

②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。

③入 浴

- ・下記の日程で入浴を行っております。

一般浴 (立位)	利用回数	週 2 回以上
車椅子浴 (座位)		
特別浴 (寝台)		

- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④機能訓練

- ・ご契約者の心身の状況に応じて、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、できる限り離床に配慮します。
- ・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。
- ・口腔清潔を保つため食後にうがい、歯磨きの援助をします。

<加算について>

※送迎加算として片道 184 円掛かります。

送迎実施範囲〔吉備中央町・岡山市（福谷小学校区・旧建部町・旧御津町）高梁市高梁小学校区高梁川以東・総社市池田小学校区〕を越えた地点から 1 kmにつき 10 円必要となります。

※サービス提供体制強化加算として 1 日 22 円掛かります。

※機能訓練指導体制加算として 1 日 12 円掛かります。

※夜勤職員配置加算として 1 日 18 円掛かります。

※生産性向上推進体制加算Ⅱとして 1 ヶ月 10 円掛かります。

※医師の指示による食事箋に基づき、療養食を提供した場合は、1 回 8 円の療養食加算が掛かります。

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ：下記表の自己負担額合計に加え、介護サービス費（③）の総単位数（利用日数分）の 14.0%を別途ご負担頂きます。

<サービス利用料金（1 日あたり）>

下記の料金表によって、ご契約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費額を除いた金額（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い頂くこととなります。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

◎併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護サービス費

①ご契約者の 介護度とサ ービス利用料金	要支援 1 5,810 円	要支援 2 7,080 円
②うち、介護保 険から給付 される金額	5,229 円	6,372 円
③サービス利用 に係る自己負 担分(①－②)	581 円	708 円
④居室に係る 自己負担額	2,066 円	
⑤食事に係る 自己負担額	1,445 円	
⑥自己負担額 合計(③＋④＋⑤)	4,092 円	4,219 円

※サービス利用料の自己負担額は、介護保険負担割合証の記載内容により 1 割負担または 2 割負担、3 割負担になります。下記の自己負担額（③）は 1 割負担額で表示しています。

※「併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護サービス費」「併設型ユニット型短期入所生活介護サービス費」ともサービス提供体制強化加算（1 日 22 円）と機能訓練指導体制加算（1 日 12 円）、夜勤職員配置加算（1 日 18 円）、を含んだ料金を記載しております。但し、夜勤職員配置加算（1 日 18 円）は含まれません。

◎併設型ユニット型短期入所生活介護サービス費

①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 7,560 円	要介護 2 8,240 円	要介護 3 8,990 円	要介護 4 9,700 円	要介護 5 10,390 円
②うち、介護保険から給付される金額	6,804 円	7,416 円	8,091 円	8,730 円	9,351 円
③サービス利用に係る自己負担分(①－②)	756 円	824 円	899 円	970 円	1,039 円
④居室に係る自己負担額	2,066 円				
⑤食事に係る自己負担額	1,445 円				
⑥自己負担額合計(③＋④＋⑤)	4,267 円	4,335 円	4,410 円	4,481 円	4,550 円

☆ご契約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一旦お支払い頂きます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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〉。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、ご契約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」を交付いたします。

☆ご契約者に提供する食事の提供に要する費用は別途頂きます。

☆介護保険からの給付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。

☆滞在費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、認定証に記載している負担限度額とします。

◇ 当施設の滞在費・食費の負担額

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、ショートステイ利用の滞在費・食費の負担が軽減されます。（※1日あたりの料金）

負担区分	所得段階の認定要件	配偶者の有無	資産要件	食費		居住費
				特養	ショートステイ	
第1段階	生活保護受給者	有	2,000 万円以下	300 円	300 円	900 円
		無	1,000 万円以下			
第2段階	市町村民税非課税で、本人の年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円以下	有	1,650 万円以下	390 円	600 円	900 円
		無	650 万円以下			
第3段階 ①	市町村民税非課税で、本人の年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円超 120 万円以下	有	1,550 万円以下	650 円	1000 円	1370 円
		無	550 万円以下			
第3段階 ②	市町村民税非課税で、本人の年金収入額と合計所得金額の合計が 120 万円超	有	1,500 万円以下	1360 円	1300 円	
		無	500 万円以下			
第4段階	上記以外の方	関係なし		1,445 円		2066 円

(2) (1) 以外のサービス

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。

<サービスの概要と利用料金>

①理美容サービス

利用料金：実費負担

②レクリエーション・クラブ活動

絵画、華道、手芸等のクラブ活動を行います。

利用料金：材料費等実費（受講料は無料）

主なレクリエーション行事予定

月	予 定 行 事	月	予 定 行 事
1	お正月・福笑い	7	七夕祭り
2	豆まき・餅つき	8	夏祭り
3	ひな祭り	9	敬老会
4	お花見	10	
5		11	
6	映画鑑賞会	12	クリスマス会

③施設・設備利用に関する費用負担

◎電気代： 55 円／1 日 （ご契約者の持ち込む電気製品一品につき）

◎喫茶代： 飲み物 25 円／1 回 ・ お菓子 25 円／1 回

④複写物の交付

ご契約者は、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頂きます。

⑤日常必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等で、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担頂くことが適当であるものにかかる費用をご負担頂きます。（別紙参照）

例）歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュペーパー等

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、ご利用日数分の合計金額を 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、以下の方法でお支払い頂きます。

- (1) 窓口での現金払い（日曜日及び 17:00 以降は金銭の取り扱いができません）
(2) きびハイツ口座への直接振り込み

(4) 利用の中止、変更、追加、緊急時の対応

- ◎利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービス又は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者に出してください。
- ◎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、取り消し料をお支払い頂く場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- ◎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ご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、他の利用可能日時をご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頂きます。
- ◎入所中のご契約者の身体に著しい状態の変化が生じた場合、応急処置を行い、その後、必要な処置及び受診（協力病院〔プライムホスピタル玉島・吉備高原医療リハビリテーションセンター・岡山医療センター・川崎医科大学附属川崎病院〕）を行い、家族へ連絡します。なお、事故発生時には必要に応じて市町村及び県へ報告致します。

5. 損害賠償について

- ① 当施設において、事業所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時に限り、事業者の賠償責任を減じる場合があります。
当施設は、万が一の事故の発生に備えて、損害賠償責任保険に加入しています。
- ② ご契約者が施設・設備・備品等を故意又は重大な過失により滅失・破損し通常の保守管理の程度を超える補修等が必要となった場合、その費用はご契約者に負担して頂きます。

6. 事故発生時の対応について

事故発生時の対応 サービス提供中、事故が発生した場合、迅速に応急措置をとり、速やかに施設医師に医学的指示を 仰ぎ必要な措置を講じるとともにご家族及び関係機関に連絡します。また、賠償すべき事故が発生 した場合は、損害賠償を行います。

7. 連帯保証人

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額 200 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は利用者との契約が終了した時に確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

8. 第三者評価の実施状況について

実施の有無	
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

9. 苦情の受付について

(1) 当事業所による苦情の受付

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。

◎苦情相談窓口（担当者）

<施設長> 田中 洋司

<生活相談員> 赤木 敏行 川上 彩

<第三者委員> 片山 俊平 加賀郡吉備中央町下土井 128-11 TEL : 0867-35-0013
日名 多津子 加賀郡吉備中央町美原 565 TEL : 0867-35-0265

◎受付時間 毎週月曜日～土曜日
8 : 30～17 : 30

◎苦情処理の流れ

苦情申出人 ⇒ 生活相談員 ⇒ 施設長 ⇒ 第三者委員

- ① 受付
- ② 報告
- ③ 解決に向けての話し合い
- ④ 解決の記録・報告

(2) 行政機関その他苦情受付機関

吉備中央町 福祉課	加賀郡吉備中央町豊野 1-2 TEL : 0866-54-1317
国民健康保険団体連合会	岡山市桑田町 17-5 TEL : 086-223-8811
岡山県社会福祉協議会	岡山市南方 2 丁目 13-1 TEL : 086-226-9400

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービス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事項の説明を行いました。

指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護 特別養護老人ホーム きびハイツ

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サービス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 _____

契約者氏名 _____ (印)

家族代表者氏名 _____ (印) (契約者との関係 _____)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、入所申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。