

# 『基準該当（介護予防）短期入所生活介護』重要事項説明書

ショートステイ（基準該当（介護予防）短期入所生活介護サービス）のサービス提供に関し、説明すべき重要事項は次の通りです。 令和6年4月1日現在

## 1 事業者

|       |   |
|-------|---|
| 法人名   | 社会福祉法人 五常会  |
| 代表者氏名 | 理事長 土屋 大二郎  |
| 法人所在地 | 〒508-0111 岐阜県中津川市瀬戸1387番地の8<br>電話 0573-65-3141 FAX 0573-65-5178 |
| 設立年月  | 昭和59年4月16日  |

## 2 事業所の概要

|              |   |      |    |
|--------------|---|------|----|
| 事業所名         | 福岡ショートステイ事業所                                    |      |    |
| 事業所番号        | 基準該当（介護予防）短期入所生活介護事業 岐阜県第2181500063号            |      |    |
| 所在地          | 〒508-0203 岐阜県中津川市福岡672番地の16                     |      |    |
| 連絡先<br>相談担当者 | 電話 0573-72-5166 FAX 0573-72-5190<br>相談担当者：生活相談員 |      |    |
| 管理者名         | 佐藤 浩治   | 利用定員 | 3名 |

## 3 事業の目的および運営方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | この事業は、介護保険法の定めるところにより、加齢による心身の変化に起因する疾病等により要介護の状態になった者に対して施設サービスを提供することを目的とします。                    |
| 運営方針  | 当施設は、日常生活において常時介護を必要とする要介護者に対し、その心身の健康保持及びより楽しく生き甲斐のある生活を送ることへの援助、要介護の自立性の尊重並びに在宅への復帰を運営の基本方針とします。 |

## 4 職員の配置状況

当施設は、契約者に対して短期入所生活介護サービス（定員3名）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。（福岡デイサービスセンター併設）

（1）職員体制及び勤務体制（職員の配置については、指定基準を遵守しています。）

| 職種          | 勤務体制                    | 職員数 | 職務内容                          |
|-------------|-------------------------|-----|-------------------------------|
| 管理者         | 常勤1人（相談員・他兼務）           | 1名  | 管理・監督、センター業務の統括               |
| 生活相談員       | 常勤1人以上（介護職員兼務）          | 3名  | 利用申込に係る調整、短期入所介護計画の作成、相談・援助業務 |
| 介護職員        | 利用者3名につき1人以上            | 7名  | 日常生活上の介護、その他必要な業務             |
| 看護職員        | （常勤換算）                  | 2名  | 日常生活上の健康管理、介護、その他必要な業務        |
| 機能訓練<br>指導員 | 常勤・非常勤1人以上<br>（看護職員と兼務） | 2名  | 心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施    |

## 5 当事業所が提供するサービスと利用料金

◆ 当事業所が提供するサービスには、以下の種類があります。

① 利用料金が介護保険から給付されるサービス（基本料金を含む）

| 種類                   | 詳細  |
|----------------------|---|
| 食事介助<br>（食材料費は別途です。） | ・ 栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。<br>・ 利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を召し上がって頂くことを原則としています。 |
| 入浴介助                 | ・ 利用者の身体状況に応じて一般浴・特殊浴等適切な支援を行います。   |
| 排泄介助                 | ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立  |

|        |   |
|--------|---|
|        | についても適切な援助を行います。  |
| その他の支援 | <ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。</li> <li>生活のリズムを考え、清潔で快適な生活が送れる様支援します。</li> </ul> |

ショートステイ1日あたりの基本料金（自己負担額は介護保険負担割合証参照）

| 介護区分             | 基本料金   | 自己負担額（1割の場合） |
|------------------|--|--------------|
| 要支援 1            | 4,790円   | 479円         |
| 要支援 2            | 5,960円   | 596円         |
| 要介護 1            | 6,450円   | 645円         |
| 要介護 2            | 7,150円   | 715円         |
| 要介護 3            | 7,870円   | 787円         |
| 要介護 4            | 8,560円   | 856円         |
| 要介護 5            | 9,260円   | 926円         |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ    | <ul style="list-style-type: none"> <li>7年以上の勤続年数のある職員が30%以上配置。</li> <li>1日 60円（自己負担1割 6円）</li> </ul>         |              |
| 送迎加算（片道）         | <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の希望により、自宅と事業所間の送迎を行います。</li> <li>片道 1,840円（自己負担1割 184円）</li> </ul> |              |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ      | （基本料金+サービス提供体制加算Ⅲ+送迎加算）×8.3% 5月まで  |              |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ   | （基本料金+サービス提供体制加算Ⅲ+送迎加算）×2.3% 5月まで  |              |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | （基本料金+サービス提供体制加算Ⅲ+送迎加算）×1.6% 5月まで  |              |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ     | （基本料金+サービス提供体制加算Ⅲ+送迎加算）×13.6% 6月から   |              |

## ② 利用料金の全額を契約者に負担していただくサービス

| 種類           | 内容   |
|--------------|--|
| 特別な食事        | 当施設で提供する一般食以外の食事であり、料金は要した実費です。  |
| 日常生活上必要となる費用 | 契約者の日常生活に要する品で契約者に負担していただくことが適当であるものにかかる実費費用（介護用品・消耗品等）<br>消耗品代 処置ガーゼ代 100円<br>感染予防フィルム 100~150円 その他発生した費用全額 |
| 食費           | 1日 1,380円（日額）朝食 380円 昼食 500円 夕食 500円   |
| 滞在費          | 1,171円（光熱費・居室料）令和6年7月まで<br>1,231円（光熱費・居室料）令和6年8月から   |
| その他          | 一部のレクリエーションや、特別な外出行事等に参加される方の参加費につきまは、全額自己負担となります。<br>（事前にご案内させて頂き、同意参加された利用者・ご家族対象）                         |

- ◆ 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、食事と滞在費、該当加算分、有償分の額の合計金額をお支払い下さい。
- ◆ 経管栄養食などを持参される方につきましては、食事料金は必要ありません。利用中に食べたくない等本人の意思や、予定外の都合によって食事時間前に帰宅される場合などは、食事料金が必要となります。

## 6 利用料の減免について

『介護保険負担限度額認定証』が交付されている方については、以下の通り「食費」と「滞在費」が減免され、記載されている金額をお支払いしていただきます。

| 利用者負担段階 |   | 食費     | 滞在費                                      |
|---------|---|--------|--|
| 第1段階    | <ul style="list-style-type: none"> <li>本人及び世帯（世帯分離の配偶者含む。以下同）全員が住民税非課税であって、老齢福祉年金受給者・生活保護受給者</li> </ul> | 300円/日 | 320円/日<br>令和6年7月まで<br>380円/日<br>令和6年8月から |

|             |  |          |  |
|-------------|--|----------|--|
| 第2段階        | ・本人及び世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額＋年金収入金額が80万円以下          | 600円/日   | 420円/日<br>令和6年7月まで<br>480円/日<br>令和6年8月から     |
| 第3段階<br>(1) | ・世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方 | 1,000円/日 | 820円/日<br>令和6年7月まで<br>880円/日<br>令和6年8月から     |
| 第3段階<br>(2) | ・世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円を超える方     | 1,300円/日 | 820円/日<br>令和6年7月まで<br>880円/日<br>令和6年8月から     |
| 第4段階        | 第1段階～第3段階以外の方(基準費用額)                               | 1,380円/日 | 1,171円/日<br>令和6年7月まで<br>1,231円/日<br>令和6年8月から |

## 7 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

|                     |  |
|---------------------|--|
| ①<br>利用料、その他の費用の請求  | ア 利用料、その他の費用はサービス利用月の月締めで、翌月に提供ごとに計算し、合計金額を請求いたします。<br>イ 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月に利用者に宛てお届けします。   |
| ②<br>利用料、その他の費用の支払い | ア サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合の上、原則として利用月の翌月末までに下記の方法によりお支払い下さい。<br>・利用者指定口座からの自動振替・現金支払い（利用開始時等やむを得ない場合）<br>イ お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しします。 |

- ◆ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの催告から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いただくこととなります。

## 8 利用の中止、変更、追加

- ◆ 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若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。ただし、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。

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無料                       |
| 利用予定日の当日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の10%<br>(自己負担相当額) |

- ◆ 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。
- ◆ 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。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

|                        |   |
|------------------------|---|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。  |
| 個人情報の保護について            | 事業者は、個人情報の保護に十分な配慮をいたしますが、利用目的の向上のため、利用者及び利用者家族の必要最小限の個人情報について、サービス担当者会議等において使用すること、また利用及び心身状況について、他の居宅介護支援事業者及び医療機関等に、適切な介護や診療を受ける為に、利用者又は利用者の家族の個人情報を提供することに同 |

|  |  |
|--|--|
|  | 意をお願い致します。<br>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 |
|--|--|

## 10 サービス提供に関する相談、苦情について

事業所に対して苦情・相談がある場合、以下の機関で受け付けを行います。

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 【事業者の窓口】<br>福岡デイサービスセンター     | 所在地 中津川市福岡672番地の16<br>電話 0573-72-5166 F A X0573-72-5190 |
| 【法人の窓口】<br>社会福祉法人 五常会        | 所在地 中津川市瀬戸1387番地の8<br>電話 0573-65-3141 F A X0573-65-5178 |
| 【市町村の窓口】<br>中津川市高齢福祉課        | 所在地 中津川市かやの木町 2-5<br>電話 0573-66-1111                    |
| 【公共団体の窓口】<br>国保連合会介護保険苦情相談窓口 | 岐阜県社会福祉協議会内<br>電話 058-273-5136 F A X058-273-5137        |

## 11 緊急時の対応方法について

サービス提供中に心身状態の急変もしくは事故等による緊急の事態が発生した場合は、速やかに別紙にてご記入いただいた緊急連絡先へ連絡するとともに、救急車等による緊急指定病院への搬送を行ない、関係各位に連絡します。

## 12 事故発生時及び非常災害時の対策

|               |  |
|---------------|--|
| 事故発生時の対策      | 事業者はサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族に連絡を行なうとともに、応急処置や医療機関への搬送等の必要な措置を講じます。            |
| 損害賠償          | サービスを提供する上で事業者の責に帰すべき事由により利用者に損害を与えた場合には、事業者が加入する「社会福祉施設賠償責任保険」により、誠意を持って対応するものとします。 |
| 非常災害時の対策      | 別途定める消防計画書や業務継続計画により、対応いたします。  |
| 保険証のコピー       | 事故発生による病院への搬送の際コピーを持って行きます。  |
| 平常時の訓練        | 消防計画にのっとり年2回、避難訓練を行ないます。   |
| 防 災 設 備       | 誘導灯…あり スプリンクラー…あり 自動火災通報装置・火災報知機…あり (カーテン等は防災性能を使用しております。)                           |
| 消防計画等消防署への届出日 | 中津川市北消防署への届出日：平成27年12月07日<br>防火責任者： 管理者 佐藤 浩治  |

## 13 重要事項説明の年月日

|                 |            |
|-----------------|------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 年 月 日現在 |
|-----------------|------------|

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第10条の規定に基づき、利用者には説明を行いました。

|       |     |                  |       |              |
|-------|-----|------------------|-------|--------------|
| 者 事 業 | 所在地 | 岐阜県中津川市福岡 672-16 | 事業所名  | 福岡ショートステイ事業所 |
|       | 管理者 | 佐藤 浩治            | 説明者氏名 | 佐藤 浩治        |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意しました。

|     |     |  |
|-----|-----|--|
| 利用者 | 住 所 |  |
|     | 氏 名 |  |
| 代理人 | 住 所 |  |
|     | 氏 名 |  |