

「神寿苑短期入所生活介護事業所」重要事項説明書
(短期入所生活介護)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(広島県指定 第 3474600115 号)

事業所はご利用者に対して、事業所の概要や提供されるサービスの内容等、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 社会福祉法人神寿福祉会
- (2) 法人所在地 広島県神石郡神石高原町福永 1466 番地
- (3) 電話番号 0847-87-0190
- (4) 代表者氏名 理事長 佐々木 弘己
- (5) 設立年月 昭和 56 年 6 月 26 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 短期入所生活介護・平成 12 年 3 月 6 日指定
広島県指定 第 3474600115 号
※当事業所は特別養護老人ホーム神寿苑に併設されています。
- (2) 事業の目的 居宅において、要介護状態にある高齢者に対し、適切な短期入所生活介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 神寿苑短期入所生活介護事業所
- (4) 事業所の所在地 広島県神石郡神石高原町福永 1466 番地
- (5) 電話番号 0847-87-0190
- (6) 管理者 宮木 健二
- (7) 当事業所の運営方針 事業所の短期入所生活介護従業者は、利用者の心身の特性を踏まて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者の心身の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る。
- (8) 開設年月 平成 12 年 4 月 1 日
- (9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休	
受付時間	月～日	8 時 3 0 分～17 時 3 0 分

- (10) 利用定員 11 人
- (11) 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。利用される居室は、原則として4人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	2室	テレビ回線
3人部屋	1室	〃
4人部屋	1室	〃
合 計	4室	
食堂兼機能訓練室	1室	
浴室	2室	特殊浴槽・個浴槽
医務室	1室	
静養室	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うえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項：各居室には、洋式トイレと洗面台が設置されています。

3. 従業員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する従業員として、以下の職種の従業員を配置しています。

〈主な従業員の配置状況〉※従業員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤・非常勤
1. 事業所長（管理者）	常勤 1名
2. 介護職員	常勤 16名（1名・介護支援専門員と兼務）・非常勤 3名
3. 生活相談員	常勤 1名（介護支援専門員と兼務）
4. 看護職員	常勤 3名 非常勤 1名
5. 機能訓練指導員	常勤 3名（看護職員と兼務） 非常勤 1名（看護職員と兼務）
6. 栄養士	常勤 1名
7. 医師	非常勤 2名

〈主な職種の勤務体制と職務内容〉

職 種	勤 務 体 制・職 務 内 容
1. 管理者	8：30～17：30 （職務内容）事業所の従業員の管理及び、業務の管理を一元的に行います。

2.介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝 : 6:30~15:30 1名 7:30~16:30 4名 日中 : 9:30~18:30 3名 10:00~19:00 2名 夜間 : 16:15~ 9:15 2名 (職務内容) 介護業務
3.生活相談員	早朝 6:30~15:30 7:30~16:30 日中 9:00~18:00 9:30~18:30 10:00~19:00 (職務内容) ご利用者の日常生活に応じ、適宜生活支援を行います。
4.看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝 : 7:30~16:30 1名 日中 : 8:30~17:30 1名 9:30~18:30 1名 (職務内容) 心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理
5.機能訓練指導員	看護職員と兼務 4名 (職務内容) 身体機能の向上・健康維持のための指導
6.栄養士	8:30~17:30 (職務内容) 食事の献立作成、栄養計算、栄養指導
7.医師	毎週金曜日 13:30~15:30 (職務内容) 健康管理及び療養上の指導

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、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス |
|---|

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

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き通常9割又は8割又は7割が、介護保険から給付されます。

<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の状況および嗜好を考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とっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食：7：40～8：30 昼食：12：10～13：00 夕食：18：00～19：00

③入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

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減退を防止するための訓練を実施します。

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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金(1日あたり)>

次の料金表によって、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費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（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。）

（日額）

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金		要介護度 1 6,030 円	要介護 2 6,720 円	要介護度 3 7,450 円	要介護度 4 8,150 円	要介護度 5 8,840 円
2. サービス提供体制強化加算 ¹ （介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士が占める割合が 100 分の 36 以上である場合の加算）		220 円	220 円	220 円	220 円	220 円
3. 夜勤職員配置加算（夜勤を行う介護職員・看護職員が最低基準を 1 人以上上回り確保吸引ができる介護職員を夜勤時間帯に配置している場合の加算）		150 円	150 円	150 円	150 円	150 円
4. 合計		6,400 円	7,090 円	7,820 円	8,520 円	9,210 円
5. うち、介護保険から給付される金額	1 割負担	5,760 円	6,381 円	7,038 円	7,668 円	8,289 円
	2 割負担	5,120 円	5,672 円	6,256 円	6,816 円	7,368 円
	3 割負担	4,480 円	4,963 円	5,474 円	5,964 円	6,447 円
6. サービス利用に係る自己負担額（4－5）	1 割負担	640 円	709 円	782 円	852 円	921 円
	2 割負担	1,280 円	1,418 円	1,564 円	1,704 円	1,842 円
	3 割負担	1,920 円	2,127 円	2,346 円	2,556 円	2,763 円

- 上記 4 の自己負担額 1 ヶ月分に介護職員等処遇改善加算 I 14.0%を加算させていただきます。

計算方法

- ・介護職員等処遇改善加算（1月あたり）＝介護報酬総単位数（基本サービス費＋加算・減算）×加算率（14.0%）（1単位未満四捨五入）×1単位の単価（10円）（1円未満切捨て）
- ・利用者負担額＝【上記金額】－（上記金額×利用者負担割合）（1円未満切捨て）

7. 滞在に係る自己負担額	915 円
8. 食事に係る自己負担額	1,600 円（朝食 380 円 昼食 580 円 夕食 640 円）

上記以外の加算

- ・送迎費 片道 1割負担 184 円 2割負担 368 円 3割負担 552 円

- ・ご利用者の病気治療のため、医師より指示された療養食を提供した場合

1割負担 23 円 2割負担 46 円 3割負担 69 円

- ・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期入所生活介護を、緊急に行った場合、最初の 7 日間（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は 14 日） 1日 1割負担 90 円 2割負担 180 円 3割負担 270 円

☆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全額をいったんお支払いいただきます。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。

☆居室と食事に係る自己負担額について、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滞在費・食費の負担限度額とします。

〈当事業所の滞在費・食費の負担額〉

市町村民税非課税世帯の方、生活保護・老齢福祉年金受給者の方で、配偶者も非課税、及び資産が一定額以下の方で、市町村より負担限度額認定を受けられた方は、滞在費・食費の負担が軽減されます。

【単位：円】（日額）

対象者		区分	滞在費	食費
世帯全員 及び 配偶者 が市町 村民 税非 課税	生活保護受給者で、預貯金等資産が単身で 1,000 万円以下、夫婦で 2,000 万円以下	利用者負担 第 1 段階	0	300
	老齢福祉年金受給者で、預貯金等資産が単身で 1,000 万円以下、夫婦で 2000 万円以下			
	公的年金収入額とその他の合計所得金額が 80 万円以下で、預貯金等資産が単身で 650 万円以下、夫婦で 1650 万円以下の方	利用者負担 第 2 段階	430	600
	公的年金収入額とその他の合計所得金額が 80 万円超 120 万円以下の方で、預貯金等資産が単身で 550 万円以下、夫婦で 1,550 万円以下の方	利用者負担 第 3 段階①	430	1,000

公的年金収入額とその他の合計所得金額が120万円超の方で、預貯金等資産が単身で500万円以下、夫婦で1,500万円以下の方	利用者負担 第3段階②	430	1,300
上記以外の方		915	1,600

(2) 利用料金の全額をご利用者に負担していただくサービス

<サービスの概要と利用料金>

①介護保険外の利用料金

料金：滞在費 915 円（1 日当り）

食費（朝食 380 円 昼食 580 円 夕食 640 円）

②通常の事業の実施地域と庄原市東城町・庄原市総領町・府中市上下町以外に、受診等の送迎をした場合

交通機関を利用した場合は実費、当事業所の自動車を使用した場合は通常の実施地域を越えた地点から路程 1km あたり 40 円

③散髪

月 2 回の理容師の出張による散髪を利用された場合の料金は実費を負担していただきます。

④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。1 枚につき 10 円

⑤貴重品の管理

ご利用者の希望により、貴重品の管理サービスをご利用いただけます。

- ・管理する金銭の形態 事業所の指定する金融機関に預け入れている預金

- ・お預かりするもの 上記預金通帳と印鑑

- ・保管管理者 管理者

- ・出納方法 手続きの概要は以下のとおりです。

預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合は備え付けの届け出書を保管管理者へ提出、保管管理者は届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成します。

- ・利用料金 1 日当り 17 円

⑥電気代

- ・テレビ 1 台当り（個人持ち込み分） 日額 17 円

- ・電気毛布・電気アンカ 日額 17 円

⑦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負担いただくことが適当であるものにかかる費用は実費負担をしていただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了後に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

ア. 下記指定口座への振込み

しまなみ信用金庫 東城支店 普通預金 0245679

口座名 神寿苑短期入所生活介護事業所

施設長 宮木 健二

イ. 金融機関からの自動振替

ご利用できる金融機関：しまなみ信用金庫・福山市農協

ウ. 窓口での現金支払い

(4) 利用の中止、変更、追加

○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% (自己負担相当額)

○食事代については、当日中止を申し出られた場合は全額をお支払いいただきます。

○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ご利用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、既の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. 事故発生時の対応と防止

当事業所を利用中に、利用者に事故が発生した場合は、速やかにご家族に連絡を行うとともに、医療機関に受診する等の措置を講じ、保険者である市町に事故の報告を行います。また、事故発生防止のための指針により事故報告の分析を行い、改善策を従業者に周知します。

6. 身体拘束廃止の実施

当事業所は、ご利用者が、ご利用者または他のご利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

やむを得ず身体拘束を行う場合は、その態様および時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。また、ご利用者やご家族に対し詳細に説明し、十分な理解を得るように努めます。

7. 感染症対策

当事業所において、感染症や食中毒が発生し、またはまん延しないように感染症対策委員会の設置と定期的な開催を行います。

感染症や食中毒が発生した場合は、すみやかに適切な措置を講じるとともに、ご家族・県・保

健所へ報告いたします。

8. 褥瘡防止対策

当事業所はご利用者に褥瘡が発生しないよう、従業者の研修を行い、適切な介護を行います。

9. 非常災害対策

当事業所は防災計画を立て、定期的な避難訓練を行います。また、非常災害時は消防署等関係機関へ通報し、連携をとります。

10. 苦情処理の体制

(1) 苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で随時受け付けます。

なお、第三者委員に直接申し出ることもできます。

○苦情受付窓口（担当者）

[職名]	介護主任	三石 まゆみ	0847-87-0190
	看護主任	田邊 陽子	0847-87-0190
第三者委員	伊勢村 春行	神石高原町古川 21 番地	0847-87-0672
	米山 文子	神石高原町草木甲 844 番地	0847-88-0730

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受付けた苦情を、下記の苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告します。

第三者委員は内容を確認し、申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

○ 苦情解決責任者 管理者 宮木 健二

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次のとおり行います。

- 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調整

(4) 当事業所以外に以下の苦情受付け機関があります。

「神石高原町 福祉課 介護保険係」

連絡先 住所	神石郡神石高原町小島 1701 番地
電話番号	0847-89-3535
FAX	0847-85-3541
受付時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
	月～金曜日 （土・日・祝・12/29～1/3 休み）

「広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課」

連絡先 住所	広島市中区東白島町 19 番 49 号 国保会館
--------	--------------------------

電話番号 082-554-0783
FAX 082-511-9126
受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
月～金曜日 (土・日・祝・12/29～1/3 休み)

「広島県社会福祉協議会 運営適正化委員会」

連絡先 住所 広島市南区比治山本町 12-2
電話番号 082-254-3419
FAX 082-569-6161
受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時
月～金曜日 (土・日・祝・12/29～1/3 は問い合わせフォームで
受け付け)

説明年月日 令和 年 月 日

本書面に基づき重要事項の説明を行い、交付しました。

事業所所在地 広島県神石郡神石高原町福永 1466 番地
事業所名称 神寿苑短期入所生活介護事業所
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、同意しました。

利用者住所
氏名 印

代理人住所
氏名 印
続柄

※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、
利用申込者又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。