

指定介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

(ユニット型施設)

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対し、適正な介護予防短期入所生活介護を提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

- (1) 提供できるサービスの地域 : 高崎市
施設名 : 短期入所生活介護事業所 菊地の園
指定番号 : 1070203359
所在地 : 高崎市菊地町434番
管理者の氏名 : 佐藤 孝夫
電話番号 : 027-386-6700
FAX番号 : 027-344-2251

(2) 事業者の従業者体制

	職務の内容	常 勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名		1名
医師	健康管理及び療養上の指導		1名	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名		1名 (兼務)
介護支援専門員		1名		1名 (兼務)
看護師、准看護師	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	2名	4名	3名以上
介護職員	介護業務	17名	名	17名以上
栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導	1名		1名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名		1名 (兼務)
調理員	献立表にしたがって調理等を行う			委託

(3) 設備の概要

定員 58名

○ 居室 (個室) 58室

○ 食堂

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○ 浴室 7室

浴室には入所者が使用しやすい適切なものを設けます。

○ 洗面所及び便所

必要に応じて各所に洗面所や便所を設けます。

○ その他の設備

設備としてその他に、医務室・洗濯室・汚物処理室・介護材料室・調理室・相談室・面談室・介護職員室等を設けます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

①短期入所生活介護計画の立案

利用者が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

② 食事

- ・ 食事は利用者の心身の状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせて調理します。
 - ・ 医師の指示による食事の提供を行います。
- ③ 入浴
入浴又は清拭を週2回行います。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。
- ④ 介護
短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。
- ・ 更衣、排泄、食事、入浴等の介助
 - ・ 体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等
- ⑤ 機能訓練
日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。
- ⑥ 生活相談
生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。
- ⑦ 健康管理
利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応いただきます。ただし、ご利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合がございます。
- (2) その他のサービス
- ① 理美容
毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申出ください。(料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます)
- ② 所持品の管理
保管できるスペースに限りがございますので、事前のご連絡をお願いいたします。
- ③ レクリエーション
年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。(利用期間中に行われる場合)

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示単位

(1) 基本単位(1日当たり)

介護区分	単 位
要支援1	529 単位
要支援2	656 単位

(2) 加算料金

ア 送迎加算	片道につき	184 単位
イ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	単位の合計	136/1,000 単位

※各種加算など、1か月に発生した単位の合計に10.33円/単位を乗じた金額が介護報酬額となり、利用者負担額はその一割となります。

※金額については、実際の精算時には端数処理により若干の違いが生じます。

□その他の費用

(1) 食事の提供に要する費用

ア 基本料金	1日当たり	1,500円
1食あたり	朝食 450円 昼食 550円 夕食 500円	
なお、緊急の退所、入院については1日単位の請求とします。(1,500円/日)		
※介護負担限度額認定の交付を受けている方は、記載されている額とします。		
イ 入所・退所時等における食費の負担額	入所・退所の日においては、実際に取った食事の料金とします。	

(2) 滞在に必要な費用

ア 基本料金入所・退所の時間に関係なく1日当たり 2,066円

※介護負担限度額認定の交付を受けている方は、記載されている額とします。

(3) 利用者が選定する特別な食事に関する費用の額

予め利用者の選択により外食、注文食、行事食など(1)に定める通常の食事の提供に必要な費用の額では困難な食費の額については、通常の食費を控除した額を利用者が負担します。当該額は、提供毎の食事の内容による価格とします。

(4) 理美容代 実費(理美容事業者へ直接お支払ください。)

(5) その他

ア 生活支援費

利用者又はご家族の依頼を受け、預り金(現金)の管理として、金銭出納が生じたとき契約書に基づきご負担いただきます。

イ その他

・持込み家電代

1物件当たり20円/1日ご負担いただきます。

・利用者の嗜好品の購入、行事への参加費など諸々費用は実費(販売事業者へ直接お支払いください。)

・サービス提供に関する記録の複写物に関する実費額は、1複写につき10円

ウ キャンセル料

計画に位置づけられた利用日を中止した場合には、次のキャンセル料を申し受けます。

・利用前日までに利用中止のご連絡頂いた場合 無料

・利用当日に利用中止のご連絡を頂いた場合(連絡のない場合を含む) 1,500円

5. サービス利用に当たっての留意事項

①入所者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報下さい。

②入所者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。

③施設内で金銭及び食物のやりとりは、ご遠慮下さい。

④従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上利用者及び従業員等の訓練を行います。

7 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の症状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関、各関係機関への連絡等必要な措置を講じます。

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等へ連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

10 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

1 1 虐待防止

利用者の人権擁護・虐待の発生又はその際初を防止するために、次に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しております。
虐待防止に関する担当者：虐待防止委員会委員長
- (2) 虐待を防止するための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に事業所職員等又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通知します。

1 2 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 3 苦情相談窓口

※ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：生活相談員
ご利用時間：月～金曜日 9：00～17：00
ご利用方法：電話 027-386-6700

※ 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

高崎市介護保険担当課

群馬県高崎市高松町35番1

電話番号：027-321-1111

受付時間：8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

群馬県国民健康保険団体連合会介護保険課

群馬県前橋市元総社町335番地の8（市町村会館内）

電話番号：027-290-1323

受付時間：9時00分～17時00分

※ 苦情処理第三者委員

氏名：

電話番号：027-386-6700

氏名：

電話番号：027-386-6700

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談に乗っていただける委員です。

1 4 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

名称：真木病院

住所：高崎市筑縄町71-1

・協力歯科医院

名称：星野歯科クリニック

住所：高崎市間屋町4-12-8

・協力歯科医院

名 称 : はが歯科医院
住 所 : 前橋市高花台1-9-2

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」に記入いただいた連絡先に連絡します。

15 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご利用様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します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

16 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1	あり	実 施 日	
			評価機関名称	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	2	なし		

指定介護予防短期入所生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対し契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

<施設>

所在地 群馬県高崎市菊地町434番
施設名 短期入所生活介護事業所 菊地の園
 (指定番号 1070203359)

管理者名

説明者

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護予防短期入所者生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____

<利用者代理人(選任した場合)>

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄)