

## 重要事項説明書（短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護）

当事業者が提供する短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 業者の概要

|            |                        |
|------------|------------------------|
| 事業者の名称     | 社会福祉法人 新和会             |
| 主たる事務所の所在地 | 静岡県湖西市新居町新居 1800 番地の 1 |
| 電話番号       | 053-594-5655           |
| 法人の種別及び名称  | 社会福祉法人 新和会             |
| 代表者職       | 理事長                    |
| 代表者氏名      | 二橋 益良                  |

|            |                                                           |
|------------|-----------------------------------------------------------|
| 事業所の名称     | 短期入所施設 燦光                                                 |
| 事業所の所在地    | 静岡県湖西市新居町新居 1800 番地の 1                                    |
| 介護保険事業所番号  | 2278200049                                                |
| 指定年月日      | 平成 12 年 3 月 1 日                                           |
| 交通の便       | JR 新居町駅より徒歩約 15 分                                         |
| 通常の送迎の実施地域 | 湖西市（施設を拠点として半径 10km 以内の地域）、<br>浜松市（施設を拠点として半径 10km 以内の地域） |

### 2 職員の概要

| 職 種       | 員 数  | 勤 務 の 体 制 |      |
|-----------|------|-----------|------|
| 管理者       | 1 人  | 常勤        | 1 人  |
| 医師        | 1 人  | 常勤        | 1 人  |
| 生活相談員     | 2 人  | 常勤        | 2 人  |
| 看護職員      | 6 人  | 常勤        | 2 人  |
| 介護職員      | 42 人 | 常勤        | 24 人 |
| 管理栄養士・栄養士 | 2 人  | 常勤        | 2 人  |
| 機能訓練指導員   | 1 人  | 常勤        | 1 人  |
| 介護支援専門員   | 1 人  | 常勤        | 1 人  |

### 3 施設の設備概要

|           |                               |
|-----------|-------------------------------|
| 定員        | ○ 15 人                        |
| 居室        | 4 人部屋 14 室 (1 室 46.2㎡～49.57㎡) |
|           | 2 人部屋 1 室 (1 室 26.25㎡)        |
|           | 個室 22 室 (1 室 13.77㎡～16.47㎡)   |
| 浴室        | 一般浴槽・特殊浴槽                     |
| 食堂及び機能訓練室 | ○224.12㎡ ○153.24㎡             |
| その他の設備    | ○静養室 13.09㎡                   |
|           | ○医務室 21.02㎡                   |
|           | ○面接室 22.20㎡                   |

### 4 短期入所生活介護の運営の方針

|   |                |
|---|----------------|
| 1 | 家庭介護に沿った処遇の実施。 |
| 2 | 家族の介護疲労の軽減を図る。 |
| 3 | 利用者の快適性の追求     |

### 5 利用料金

当事業者の短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、介護保険負担割合証に記載された負担割合分に応じた金額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

## (1) 介護給付によるサービス基本料金 (1 日当り)

|        | 併設型    |        |
|--------|--------|--------|
|        | 多床室    | 従来型個室  |
| 要介護度 1 | 603 単位 | 603 単位 |
| 要介護度 2 | 672 単位 | 672 単位 |
| 要介護度 3 | 745 単位 | 745 単位 |
| 要介護度 4 | 815 単位 | 815 単位 |
| 要介護度 5 | 884 単位 | 884 単位 |

## (2) 介護予防給付によるサービス基本料金 (1 日当り)

|       | 併設型    |        |
|-------|--------|--------|
|       | 多床室    | 従来型個室  |
| 要支援 1 | 446 単位 | 446 単位 |
| 要支援 2 | 555 単位 | 555 単位 |

## (3) その他介護給付・介護予防給付サービス加算

|                  | 加算条件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 単位数                                                 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 短期入所生活介護送迎加算     | 居宅と短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 184 単位<br>(片道につき)                                   |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 6 単位                                                |
| 夜勤職員配置加算 (Ⅰ)     | 夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を 1 人以上上回っている場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 13 単位                                               |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱロ) | <p>(1) 介護職員の賃金の改善 (以下「賃金改善」という。) に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> <p>(2) 当該指定介護老人福祉施設において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。</p> <p>(3) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。</p> <p>(4) 当該指定介護老人福祉施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること。</p> <p>(5) 算定日が属する月の前十二月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。</p> <p>(6) 当該指定介護老人福祉施設において、労働保険料の納付が適正に行われていること。</p> <p>(7) 次に掲げる基準のいずれかの基準に適合すること。</p> <p>(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の (介護職員の賃金に関するものを含む。) を定めていること。</p> <p>b a の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。</p> <p>b a について、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(8) 平成二十七年四月から(2)の届出の日の属する月の前月ま</p> | 上記 (1) 又は (2) 及び (3) で算定した単位数の 1000 分の 172 に相当する単位数 |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>でに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し複数の取り組みを行っていること。</p> <p>（９） 介護福祉士の配置等要件を満たすこと。<br/>介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること。</p> <p>（１０） 「ケアプランデータ連携システム」に加入していること。</p> |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

○基本料金は、所定の単位に 10.00 円を乗じて得た額です。

#### （４）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

##### ① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（１日当り）のご負担となります。

|                 | 通常<br>（第４段階）  | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |             |               |               |
|-----------------|---------------|-----------------------|-------------|---------------|---------------|
|                 |               | 第１段階                  | 第２段階        | 第３段階①         | 第３段階②         |
| 食事の提供に<br>要する費用 | １日<br>1,745 円 | １日<br>300 円           | １日<br>600 円 | １日<br>1,030 円 | １日<br>1,360 円 |
|                 | 朝 370 円       | 昼（おやつ込）               | 765 円       | タ 610 円       |               |
|                 |               |                       |             |               |               |

##### ② 滞在に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等））

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用の方には光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）を、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費の金額（１日当たり）のご負担となります。

| 居住に<br>要する費用 | 通常<br>（第４段階）  | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |             |             |             |
|--------------|---------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
|              |               | 第１段階                  | 第２段階        | 第３段階①       | 第３段階②       |
| 多床室          | １日<br>915 円   | １日<br>0 円             | １日<br>430 円 | １日<br>430 円 | １日<br>530 円 |
| 従来型個室        | １日<br>1,231 円 | １日<br>380 円           | １日<br>480 円 | １日<br>880 円 | １日<br>980 円 |

#### （５）その他の費用

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する通常の実施地域を越えた地点からの距離に応じた費用（１km 当たり 30 円）、理美容代（１回 2,500 円）、レンタルテレビ代（１日 50 円）その他の日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

#### （６）料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月 15 日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、18 日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込、口座自動引落とし（手数料は利用者負担）、現金集金の中からお契約の際に選んでください。

#### （７）キャンセル料

あなたのご都合により短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

##### ア 入所前のキャンセルの場合

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| 入所日の前日の午後 5 時までにご連絡いただいた場合 | 無料             |
| 入所日の前日の午後 5 時までにご連絡がなかった場合 | 1 日の基本料金の 30 % |

#### イ 入所中のキャンセルの場合

あなたが中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

#### (8) その他

利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。ただし、介護保険申請中で認定結果が出ていない場合は、認定結果を受けて後日月遅れにて支払いになります。

### 6 サービスの利用方法

#### (1) 利用開始

- 当事業者に電話や担当の介護支援専門員又は介護予防支援事業者にお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の管理者が短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）計画を作成し、サービスの提供を開始します。（入所期間が短い場合は作成しない場合があります。）
- あなたが居宅サービス（介護予防サービス）計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者にご相談ください。

#### (2) サービスの終了

- ア あなたのご都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了を希望する日の１０日前までに文書で申出てください。
- イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の３０日前までに、文書によりあなたに通知します。
- ウ 自動終了  
次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
  - ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
  - ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合
  - ・あなたが亡くなったとき
- エ その他
  - ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
  - ・あなたがサービスの利用料金を３ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

### 7 サービス利用に当たっての留意事項

- 面会：新型コロナウイルス、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症の予防のため、発熱等の健康状態を確認いたします。面会簿への記入をお願いいたします。
- 外出、外泊：必ず行き先と帰宅時間を届け出てください。
- 飲酒、喫煙：飲酒、喫煙は禁止です。
- 設備、器具の利用：施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがございます。
- 所持品の持ち込み：貴重品の持ち込みは、なるべくお控えください。
- 宗教活動：施設内での入所者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
- ペット：施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
- 迷惑行為：騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

## 8 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

|                                                                                    |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 内 容                                                                                | 食事・排せつ・おむつ交換・入浴・機能訓練・健康管理・理美容・送迎・相談及び助言・その他 |
| ○サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。                                |                                             |
| ○サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。 |                                             |

## 9 身体的拘束等

利用者又は他の利用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を除き、身体的拘束等を行いません。

2 緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっては、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を記録します。なお、当該記録は2年間保存します。

## 10 緊急時の対応方法

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の提供中、利用者に容体の変化等があった場合は、速やかに対応し、ご家族に連絡致します。緊急時の状況やご家族に連絡がとれない場合等には、当施設の判断にて対応させて頂くこともあります。尚、必要に応じ主治医等にも連絡させて頂く場合もあることもご了承下さい。

|        |     |              |
|--------|-----|--------------|
| 協力医療機関 | 氏 名 | 浜名病院         |
|        | 連絡先 | 053-577-2333 |

## 12 虐待の防止

当事業所は、虐待の発生及びその再発を防止するために、委員会の設置、指針の整備、研修の実施等の必要な措置を講じます。

## 13 感染症の予防発生時の対応

当事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練等の実施等必要な措置を講じます。

## 14 自然災害時のサービス提供における対応方法

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の提供日において、地震、台風、水害、断水等が生じ、短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の提供が困難、又は危険であると当事業所が判断した場合には、各行政機関、各居宅支援事業所、介護予防支援事業所と連絡確認をとり、事業所の営業を終日中止、又は営業途中の場合でも帰途送迎対応する等の緊急安全策をとらせて頂く場合があります。尚、この場合対応策の決定次第、利用者宅等に連絡させて頂きますが、万一、利用者宅等に連絡がとれない場合等には、当事業所が最善であると判断する対応をさせて頂き、連絡は事後となる場合もある旨、ご了承下さい。全ての自然災害発生時において、利用者の安全確保を第一優先に考え対応致します。

## 15 非常災害対策

|           |                                                                                           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非常時の対応    | ・社会福祉法人新和会の防災規定により対応する。                                                                   |
| 平常時の防災訓練等 | ・月1回の避難訓練<br>・防災機器の使用訓練                                                                   |
| 防災設備      | 消化設備（消火器、消火散水栓）<br>スプリンクラー<br>熱感知器<br>自動火災通報装置                                            |
| 消防計画      | 消防署への届出：平成11年 3月18日<br>防火管理者：山下 裕次<br>内 容：防火管理機構 火災予防 災害防御 教育訓練<br>東海地震対策 防災自主点検 自衛消防隊の結成 |

## 16 損害賠償について

当事業者が利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、金銭等により賠償をいたします。当所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

|          |                     |
|----------|---------------------|
| 団体契約者    | 社会福祉法人 全国社会福祉協議会協議会 |
| 引受幹事保険会社 | 株式会社損害保険ジャパン        |
| 保険名      | しせつの損害補償            |
| 補償の概要    | 対人賠償（1名・1事故） 2億円    |
|          | 対物賠償（1事故） 2,000万円   |

## 17 苦情処理

あなたは、当施設の指定介護（介護予防）福祉施設サービスの提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当施設に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

|        |       |                         |
|--------|-------|-------------------------|
| 苦情相談窓口 | 責任者   | 山下 裕次                   |
|        | 担当    | 小笠原 昌之                  |
|        | 電話番号  | 053-594-5655            |
|        | 第3者委員 | 森 宣雄 TEL 053-527-3957   |
|        | 第3者委員 | 内藤 千恵美 TEL 053-543-5558 |

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申立てることができます。

|                 |     |              |   |     |
|-----------------|-----|--------------|---|-----|
| ・あなたの担当介護支援専門員  | TEL | —            | — | ( ) |
| ・介護予防支援事業者      | TEL | —            | — | 担当  |
| ・行政機関 湖西市高齢者福祉課 | TEL | 053-576-1104 |   |     |
| 浜松市介護保険課        | TEL | 053-457-2374 |   |     |
| ・静岡県国民健康保険団体連合会 | TEL | 054-253-5590 |   |     |

## 18 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 |        |           |

令和      年      月      日

(施設)

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地      静岡県湖西市新居町新居 1 8 0 0 番地の 1

名 称      短期入所施設 燦光

説明者      印

(入所者)

この説明書により、短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）に関する重要事項の説明を受けました。

住 所

氏 名      印

(代理人)

住 所

氏 名      印

利用者との続柄      (      )