

鳥寿苑短期入所生活介護事業所 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項については、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 由愛会
事業者（法人）の所在地	〒015-0041 秋田県由利本荘市薬師堂字谷地287番地2
代表者（職名・氏名）	理事長 小林 直 樹
設立年月日	平成26年11月13日
電話番号・FAX	電話 0184-28-0222 FAX 0184-24-0223

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	鳥寿苑短期入所生活介護事業所	
サービスの種類	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	
事業所の所在地	〒015-0501 秋田県由利本荘市鳥海町伏見字久保77番地	
電話番号・FAX	電話 0184-57-2500 FAX 0184-57-3080	
指定年月日・事業所番号	平成28年4月1日	0570524504
利用定員	定員 22人	
通常の送迎の実施地域	由利本荘市	
第三者評価事業	実施なし	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

短期入所生活介護（又は介護予防短期入所生活介護）は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	
医師	常勤 0人	非常勤 1人
生活相談員	常勤 1人	非常勤 0人
看護職員	常勤 5人	非常勤 1人 (内、1人機能訓練指導員兼務)
介護職員	常勤 19人	非常勤 1人
機能訓練指導員	常勤 0人	非常勤 1人 (看護職員兼務)
管理栄養士	常勤 1人	非常勤 0人

6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 今野清孝
管理責任者の氏名	管理者 高橋哲

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は3割（平成30年8月から））の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）短期入所生活介護の利用料

【基本部分：併設型短期入所生活介護費（Ⅱ）】

利用者の要介護度	短期入所生活介護費（1日あたり）			
	基本利用料 ※（注1）	利用者負担金 （1割負担） ※（注2）	利用者負担金 （2割負担） ※（注2）	利用者負担金 （3割負担） ※（注2）
要介護1	6,030円	603円	1,206円	1,809円
要介護2	6,720円	672円	1,344円	2,016円
要介護3	7,450円	745円	1,490円	2,235円
要介護4	8,150円	815円	1,630円	2,445円
要介護5	8,840円	884円	1,768円	2,652円

【連続61日以上短期入所生活介護を行った場合】

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（1日あたり）			
	基本利用料 ※（注1）	利用者負担金 （1割負担） ※（注2）	利用者負担金 （2割負担） ※（注2）	利用者負担金 （3割負担） ※（注2）
要介護1	5,730円	573円	1,146円	1,719円
要介護2	6,420円	642円	1,284円	1,926円
要介護3	7,150円	715円	1,430円	2,145円
要介護4	7,850円	785円	1,570円	2,355円
要介護5	8,540円	854円	1,708円	2,562円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本 利用料	利用者 負担1割	利用者 負担2割	利用者 負担3割
生活機能向上連携加算Ⅰ	当該加算の要件を満たす場合 （1月につき）※3月に1回を限度	1,000円	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算Ⅱ	当該加算の要件を満たす場合 （1月につき）	2,000円	200円	400円	600円
機能訓練体制加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合（1日につき）	120円	12円	24円	36円
個別機能訓練加算	要件を満たした上で機能訓練を行っている場合 （1日につき）	560円	56円	112円	168円
看護体制加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（1日につき）	40円	4円	8円	12円
看護体制加算Ⅱ	※それぞれの要件を満たした場合、加算Ⅰと加算Ⅱをそれぞれ算定できる。	80円	8円	16円	24円
看護体制加算Ⅲイ	加算Ⅰの要件を満たし、定員29人以下の場合 （1日につき）	120円	12円	24円	36円
看護体制加算Ⅲロ	加算Ⅰの要件を満たし、定員30人以上50人以下の場合（1日につき）	60円	6円	12円	18円
看護体制加算Ⅳイ	加算Ⅱの要件を満たし、定員29人以下の場合 （1日につき）	230円	23円	46円	69円
看護体制加算Ⅳロ	加算Ⅱの要件を満たし、定員30人以上50人以下の場合（1日につき）	130円	13円	26円	39円

医療連携強化加算	当該加算の要件を満たす場合 (1日につき)	580円	58円	116円	174円
夜勤職員配置加算	最低基準を1以上上回る数の夜勤職員が配置されている場合(1日につき)	150円	15円	30円	45円
認知症行動・心理症状 緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断した利用者へサービス提供した場合(1日につき)	2,000円	200円	400円	600円
若年性認知症利用者受 入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合	1,200円	120円	240円	360円
送迎加算	送迎を行った場合(片道につき)	1,840円	184円	368円	552円
療養食加算	要件を満たした上で療養食を提供した場合(1日につき)	80円	8円	16円	24円
緊急短期入所受入加算	要件を満たした上で緊急の受入を行った場合 (1日につき)	900円	90円	180円	270円
在宅中重度者受入加算 (看護体制Ⅰ有) (看護体制Ⅱ有) (看護体制Ⅰ・Ⅱ有) (看護体制Ⅰ・Ⅱ無)	居宅において訪問看護の提供を受けていた利用者が、利用していた訪問看護事業所から派遣された看護職員により健康上の管理等を受けた場合(1日につき)	4,210円	421円	842円	1,263円
		4,170円	417円	834円	1,251円
		4,130円	4,130円	826円	1,239円
		4,250円	4,250円	850円	1,275円
サービス提供体制強化 加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合(1日につき)	220円	22円	44円	66円
サービス提供体制強化 加算Ⅱ	※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。	180円	18円	36円	54円
サービス提供体制強化 加算Ⅲ		60円	6円	12円	18円
介護職員処遇改善加算Ⅰ		当該加算の算定要件を満たす場合 ※(注3) ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	1月の利用料 の14%	左記額の 1割	左記額の 2割
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1月の利用料 の13.60%				
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1月の利用料 の11.3%				
介護職員処遇改善加算Ⅳ	1月の利用料 の9%				

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本 利用料	利用者 負担1割	利用者 負担2割	利用者 負担3割
長期利用者に対する減算	連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している利用者へサービスを提供した場合	300円	30円	60円	90円

(2) 介護予防短期入所生活介護の利用料

【基本部分：併設型介護予防短期入所生活介護費（Ⅱ）】

利用者の介護度	介護予防短期入所生活介護費（1日あたり）			
要介護度	基本利用料 ※（注1）	利用者負担金 （1割負担） ※（注2）	利用者負担金 （2割負担） ※（注2）	利用者負担金 （3割負担） ※（注2）
要支援1	4,510円	451円	902円	1,353円
要支援2	5,610円	561円	1,122円	1,683円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担1割	利用者負担2割	利用者負担3割
生活機能向上連携加算Ⅰ	当該加算の要件を満たす場合（1月につき）※3月に1回を限度	1,000円	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算Ⅱ	当該加算の要件を満たす場合（1月につき）	2,000円	200円	400円	600円
機能訓練体制加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合（1日につき）	120円	12円	24円	36円
個別機能訓練加算	要件を満たした上で機能訓練を行っている場合（1日につき）	560円	56円	112円	168円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断した利用者へサービス提供した場合（1日につき）	2,000円	200円	400円	600円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合	1,200円	120円	240円	360円
送迎加算	送迎を行った場合（片道につき）	1,840円	184円	368円	552円
療養食加算	要件を満たした上で療養食を提供した場合（1日につき）	80円	8円	16円	14円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（1日につき）	220円	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。	180円	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		60円	6円	12円	18円
介護職員処遇改善加算Ⅰ		当該加算の算定要件を満たす場合 ※（注3） ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	1月の利用料の14%	左記額の1割	左記額の2割
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1月の利用料の13.6%				
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1月の利用料の11.3%				
介護職員処遇改善加算Ⅳ	1月の利用料の9%				

（注3）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(3) その他の費用

食費	1日につき、1,445円 (ただし、負担段階が4段階の場合は、朝食315円、昼食607円、夕食523円とし、1食単位での費用の支払いを受けます。) また、利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。			
負担限度額(円)				
負担段階4	負担段階3②	負担段階3①	負担段階2	負担段階1
1,445円	1,300円	1,000円	600円	300円
滞在費	負担限度額(円)			
	負担段階4	負担段階3①・②	負担段階2	負担段階1
多床室(2・3・4)	915円	430円	430円	0円
従来型個室	1,231円	880円	480円	380円
送迎費	通常の送迎の実施地域を越えて送迎を行った場合、1kmにつき50円いただきます。			
理美容代	理容(1回につき) 実費 美容(1回につき) 実費			
その他	日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。			

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。

ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	利用予定日の前日	利用予定日の当日
キャンセル料	利用者負担金の50%の額	利用者負担金の100%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、10日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日(土日祝祭日に当たる場合は、直前の平日)に指定する口座より引き落とします。
振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日(土日祝祭日に当たる場合は、直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 <指定金融機関> 秋田しんせい農業協同組合 鳥海支店 普通 0019452 シャカイ フクシ ホウジン ユメ カイ リジチョウ コバヤシ ナオキ 社会福祉法人 由愛会 理事長 小林 直樹
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日(土日祝祭日に当たる場合は、直前の平日)までに、現金でお支払いください。

8. 衛生管理等

(介護予防)短期入所生活介護を提供する施設、設備及び備品は引用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。

2 (介護予防)短期入所生活介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるものとし、必要に応じ保健所の助言、指導を求めます。

3 感染症の予防及び、まん延防止に努め、感染防止に関する会議等(感染防止対策委員会)においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行います。また、研修会や訓練を実施し、感染予防の資質向上に努めます。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 佐藤病院
	所在地	由利本荘市小人町117番地3
	電話番号	0184-22-6555
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	
	電話番号	

10. 事故発生時の対応

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、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

1 1. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年1回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

1 2. 利用者の人権の擁護・虐待等の防止について

入所者の尊厳の保持や、人格の尊重を守るため施設では虐待防止のために必要な措置を行い、虐待を未然に防止するための担当者を置き対策及び発生した場合の対応を行います。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

2 事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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へ通報するものとします。

1 3. ハラスメント対策について

施設は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境作りを目指します。

2 利用者が職員に対して行う、暴言、暴力、嫌がらせ・誹謗中傷の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

1 4. 事業継続計画に関する事

事業継続計画(BCP)の対策等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して施設サービスの提供を受けられるよう、事業継続計画を策定すると共に、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

1 5. 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0184-57-2500
	面接場所 当事業所の相談室

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	由利本荘市長寿生きがい課	電話番号 0184-24-6323
	秋田県国民健康保険団体連合会	電話番号 018-993-1550
	本荘由利広域市町村圏組合 介護保険課	電話番号 0184-24-3347

16. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 私どもの事業所におきましては、介護全般において同性介護を基本としておりますがサービス契約開始日から解約日までの当日の利用者数及び職員配置関係から同性介護を行えない場合があります。
なお、同性介護を希望される方には基本とすべく最大限の努力をいたします。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所 在 地 秋田県由利本荘市薬師堂字谷地287番地2

事業者(法人)名 社会福祉法人 由愛会

代表者職・氏名 理 事 長 小 林 直 樹

説明者職・氏名 介護支援専門員 小 沼 信 子

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意し受領しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者 住 所

氏 名

署名代行者(又は法定代理人)

住 所

本人との続柄

氏 名