

「短期入所生活介護」重要事項説明書

社会福祉法人 憲 寿 会
かかずの杜短期入所ホーム

当施設は介護保険の指定を受けています。
(沖縄県指定)

当施設はご契約に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1.	施設経営法人	1
2.	ご利用施設	1
3.	居室の概要	1～2
4.	職員の配置状況	2
5.	当施設が提供するサービスと利用料	3～4
6.	苦情の受付について	5
7.	非常時・災害時について	5
8.	緊急時の対応について	6
9.	身体拘束の禁止について	6

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 憲寿会
- (2) 代表者氏名 理事長 金城 憲保
- (3) 設立年月日 平成5年8月25日

2. 利用施設

- (1) 施設の種類 短期入所生活介護（沖縄県指定 号)
- (2) 施設の名称 かかずの杜短期入所生活ホーム
- (3) 施設の所在地 沖縄県糸満市賀数 312-1
- (4) 電話番号 098-894-6277
- (5) 施設長 金城 哲男
- (6) 開設年月日 令和5年10月1日
- (7) 入所定員 10人

3. 施設の運営方針

施設は施設サービス計画に基づき、さまざまな介護を行うことによって、ご契約者がその有する能力に応じ、いきいきと人らしく生活できることを目指します。契約者の意志及び人格を尊重し、常に契約者の立場に立って指定短期入所生活介護事業の提供に努め、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係する団体との密接な連携に努めます。

4. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は個室です。

※上記は、厚生省が認める基準により、指定短期入所生活介護事業に必置が義務づけられている施設設備です。この施設・設備にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

5. 職員の配置状況

当施設では、入居者に対して指定短期入所生活介護を提供する職員として、次表の職種を配置しています。

《主な職員の配置状況》職員の配置については、指定基準を遵守しています。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個 室 （ 1 人 部 屋 ）	10 室	入所者 10 名
3 階 （ ）	10 名	
食 堂	ユニット 1 室	
共 同 生 活 室	共 同 生 活 室 1 ヶ所	
浴 室	ユニット 1 室	特殊浴、一般浴
医 務 室	1 室	看護職員が中心となり、利用者の健康管理、処方薬の管理などを行います

職 種	職員数	職 種	職員数
1. 施設長（兼：本体施設）	1 名	6. 機能訓練指導員（兼：本体施設）	1 名
2. 介護職員	11 名	7. 調理員	なし
3. 生活相談員	1 名	8. 栄養士 （兼：本体施設）	1 名
4. 介護支援専門員（兼：本体施設）	1 名	9. 事務職員	1 名
5. 看護職員	2 名		

《主な職種の勤務体制》

職 種
1. 医 師 週 1 回以上
2. 介護職員 ＊A 勤 （ 7 : 00～16 : 00） ＊B 勤 （10 : 00～19 : 00） ＊C 勤 （15 : 15～ 0 : 15） ＊D 勤 （ 0 : 00～ 9 : 00） ＊日 勤 （ 8 : 30～17 : 30） ＊その他 ＊ユニット毎・ご入居者の介護状況により勤務状態に変動があります。 標準的な時間帯における最低配置人数です。
3. 看護職員 2名以上 A 勤 （ 7 : 00～16 : 00） B 勤 （10 : 00～19 : 00） ＊入居者の心身の状況により勤務状態に変動の場合がございます。 ＊夜間当番で自宅待機体制をとり急変に備えます。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、施設サービス計画に基づいてサービスを提供します。利用料金の大部分（通常9割：利用者負担1割）が介護保険から給付されます。なお、所得状況により利用者負担が2割または3割となる場合があります。

①食事

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の心身の状況および嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。
- ・ご契約者の自立支援の為、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 8：00～9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00

②入浴

- ・週に2回適切な方法により実施し、入浴が困難な場合は清拭を実施するなど清潔保持に努める
- ・寝たきりでも特別浴室を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促す為、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・ご契約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為の訓練を実施します

⑤健康管理

- ・看護職員が中心となり、利用者の健康管理、処方薬の管理などを行います

⑥生活サービス

- ・寝具交換・居室清掃・施設内で可能な洗濯を行います。

⑦相談・援助

- ・ご利用者や家族に対して生活・介護・環境等に関する相談等を行います。

(2) サービスの1日の利用料金

次表の料金表によって、入居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）と食費及び居住費等の合計金額をお支払ください。（サービスの利用料金は、入居者の要介護度と負担割合に応じて異なります。）

収入が低い（市町村民税非課税世帯の市町村）方であれば、住まいの市町村保険年金課へ介護保険負担限度額認定申請書を提出し、介護保険負担限度額認定証の交付を受けることによって対象となる介護保険サービスを利用した際の食費や部屋代の負担軽減が受けられます。

※介護保険サービスの利用者で、所得が低く生計が困難な方に対して、利用者負担額（サービスの1割負担分など）の一部を軽減することができます。低所得者の方で、要件をすべて満たしている方、および生活保護受給者の方は、市町村に申請し「確認証」の交付を受けることで軽減を受けることができます。

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
		5,230 円	6,490 円	6,960 円	7,640 円	8,380 円	9,080 円	9,760 円
2. うち、介護保険から給付される金額	1 割負担	4,707 円	5,841 円	6,264 円	6,876 円	7,542 円	8,172 円	8,784 円
	2 割負担	4,184 円	5,192 円	5,568 円	6,112 円	6,704 円	7,264 円	7,808 円
	3 割負担	3,661 円	4,543 円	4,872 円	5,348 円	5,866 円	6,356 円	6,832 円
3. サービス利用に係る負担額	1 割負担	523 円	649 円	696 円	764 円	838 円	908 円	976 円
	2 割負担	1,046 円	1,298 円	1,392 円	1,528 円	1,676 円	1,816 円	1,952 円
	3 割負担	1,569 円	1,947 円	2,088 円	2,292 円	2,514 円	2,724 円	2,928 円
4. 居室に係る自己負担額	1 段階 820 円 2 段階 820 円 3-2 段階 1,310 円 4 段階 2,006 円							
5. 食事に係る自己負担額	1 段階 300 円	2 段階 600 円	3-1 段階 1000 円	3-2 段階 1,300 円	4 段階 1,445 円			

※介護福祉施設サービス等の報酬額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆送迎加算（片道）

184 円 / 日当たり

（3） 介護保険の給付の対象外となるサービス

サービスの概要と利用料金

- ① 食費 毎日の食事 1 日 1,445 円（基準額）
特別な食事 入居者のご希望に基づいた出前・外食等特別な食事の場合は実費となります。
- ② 居住費 基準額 1 日 2,066 円。
- ③ レクリエーション活動 入居者の希望によりレクリエーション活動に参加した場合、材料代等の実費をいただく場合があります。
- ④ 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入居者の日常生活に要する費用で、ご入居者に負担していただく事が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。 ※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（契約書代 5 条参照）

前記（2）、（3）の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

7. 利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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、利用予定日の前々日までに事業者申し出て下さい。

② 利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは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。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、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	当日の利用料金の全額

9. 苦情の受け付けについて（契約書第23条参照）

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

〔職氏名〕 生活相談員 金城 優

○ 苦情解決責任者

〔職氏名〕 施設長 金城 哲男

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

電話番号 098-894-6277

FAX番号 098-994-6211

また、苦情受付ボックスを玄関ロビー、2・3階カウンター前に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

糸満市役場 社会福祉課 介護長寿課	所在地	糸満市潮潮崎町1-1	
	電話番号	840-8133	FAX 998-4745
	受付時間	9:00～17:00	
国民健康保険団体連合会	所在地	那覇市西3-14-18	
	電話番号	867-6758	FAX
	受付時間	9:00～17:00	
沖縄県社会福祉協議会	所在地	那覇市首里石嶺町4-373-1	
	電話番号	887-2000	FAX 860-1685
	受付時間	9:00～17:00	

10.（施設利用に当たっての留意事項）

- 1 入居者は、施設での生活の秩序を保つとともに、入居者相互の親睦に努めるものとする。
- 2 入居者が外出及び外泊を希望する場合は、所定の手続きにより施設長に届けるものとする。
- 3 入居者は、健康に留意し、施設で行う健康診断は特別の理由がない限り受診するものとする。
- 4 入居者は、居室内の清掃、整頓、その他環境衛生の保持のために施設に協力するものとする。
- 5 入居者に対する面会は、面会名簿に必要事項を記入するものとする。
- 6 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

7 喫煙 施設内は禁煙とし、喫煙はできません。

8 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契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害賠償を速やかに行う。

11. 非常時・災害時の対策

(1) 非常時の対応

別に定める「非常災害対策計画」により対応します。

(2) 非常通報の対応 非常通報体制は一般電話で全職員の連絡体制を確保しております。

(3) 近隣との協力関係 賀数地域の方々及び消防団と話し合い、非常時の応援協力体制について確保しています。

(4) 非常時の訓練と防災設備 別に定める「消防・防災計画」により、年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施します。

(5) 防災設備の概要 自動火災報知機、スプリンクラー、消火器、非常口、避難場所を設置しています。

12. 衛生管理等

施設は、入居者の使用する食器その他の設備又は飲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ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行うものとする。

13. 緊急時の対応について

利用者の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、病院等に救急搬送をするなど必要な処置を行います。

14. 身体拘束の禁止について

原則として、入居者の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入居者及び家族へ十分説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の入居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。

15. 職場におけるハラスメントの防止

パワーハラスメント指針を整備し、施設におけるハラスメント対策の推進を行う。

16. 事故発生時の対応

施設は、入居者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。

17. 虐待の防止のための措置

虐待防止のための指針を整備し、必要な措置を講ずる。

(1) 施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。

(2) 施設における虐待の防止のための指針を整備する。

(3) 施設において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的の実施する。

(4) 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業者は、虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努める。

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人憲寿会 かかずの杜短期入所ホーム

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、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住 所.....

氏 名.....印

身元保証人

住 所.....

氏 名.....印

(契約者との続柄)

