

「指定短期入所生活介護」重要事項説明書

社会福祉法人 憲 寿 会
ときわ苑短期入所ホーム

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(事業所番号 第4772900017号)

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。事業者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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「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ない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
3. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・	3
5. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・	5

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 憲寿会 |
| (2) 法人所在地 | 沖縄県島尻郡八重瀬町字当銘 378 番地 1 |
| (3) 電話番号 | 098-998-8899 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 金城 憲保 |
| (5) 設立年月日 | 平成 5 年 8 月 25 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定短期入所生活介護事業所・平成 12 年 3 月 3 日沖縄県指令第 742 号
※当事業所は特別養護老人ホームときわ苑に併設されています。 |
| (2) 事業所の目的 | 指定短期入所生活介護事業の実施 |
| (3) 事業所の名称 | ときわ苑短期入所ホーム |
| (4) 事業所所在地 | 沖縄県島尻郡八重瀬町字当銘 378 番地 1 |
| (5) 電話番号 | 098-998-8899 |
| (6) 事業所長氏名 | 管理者 金城 武 |
| (7) 開設年月日 | 平成 12 年 4 月 1 日 |

8) 営業日及び営業時間

営業日	年 中 無 休
受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

(9) 利用定員 8人

(10) 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2人部屋ですが、個室など他の種類の居室の利用をご希望される場合は、その旨お申し下さい。(ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	4 室	
合 計	4 室	
食 堂	1 室	特別養護老人ホーム入所者と合同
機能訓練室	1 室	
浴 室	1 室	特殊浴槽
医 務 室	1 室	
静 養 室	1 室	

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

☆居室の変更：ご契約者から、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施設でその可否を決定します。また、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈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。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1 名	1 名
2. 介護職員	28 名	23 名
3. 生活相談員 (1名は養護課長兼務)	2 名	1 名
4. 看護職員	4 名	3 名
5. 機能訓練担当員	1 名	1 名
6. 介護支援専門員	2 名	1 名
7. 医師 (嘱託)	1 名	必要数
8. 管理栄養士	1 名	1 名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(例：週40時間)で除した数です。

(例) 週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名(8時間×5名÷40時間=1名)となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	毎週火曜日 13:00～15:00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7:00～16:00 3名 遅番： 8:30～17:30 3名 日中：10:00～19:00 4名 準夜：15:15～ 0:15 4名 深夜： 0:00～ 9:00 3名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7:00～16:00 1名 日中：10:00～19:00 2名
4. 機能訓練担当員	毎週月～金曜日 8:30～17:30

☆土日とは上記と異なります。

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、ご契約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場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、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身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約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：7:30～8:30 昼食：12:00～13:00 夕食：17:00～18:30

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います※ショートステイは4泊以上から週2回入浴になります。
- ・寝たきりでもストレッチャー浴にて入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、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リハビリ訓練

- ・日常生活を通して、身体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。

⑤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に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第7条参照）

下記の利用料金によって、ご契約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、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

※令和6年8月1日より

1. ご契約者の要介護 度サービス利用料金	要支援 1	要支援 2	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	4,510 円	5,610 円	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	4,059	5,049 円	5,427 円	6,048 円	6,705 円	7,335 円	7,956 円
3. サービス利用に係 る自己負担（1－2）	451 円	561 円	603 円	672 円	745 円	815 円	884 円
4. 食事に係る標準自 己負担額	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階		
	3 0 0 円	6 0 0 円	1 0 0 0 円	1 3 0 0 円	1 4 4 5 円		
5. 居住費に係る標準 自己負担額	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階	第 4 段階			
	0 円	4 3 0 円	4 3 0 円	9 1 5 円			

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、7条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

☆サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位×日数
☆機能訓練配置加算	12 単位×日数
☆夜勤職員配置加算（Ⅰ）	13 単位×日数
☆介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	13.6%
☆送迎加算（片道）	184 円

〈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契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくこと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。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２カ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

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

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、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者申し出て下さい。

○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。但しご契約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	自己負担相当額

○サービスの変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約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契約者に提示して協議します。

○ご契約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、既に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. 苦情の受付について（契約書第21条参照） *

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けてます。

○苦情受付窓口（担当者）

介護課長 金城 国広

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを玄関ロビー及び寮母室前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

八重瀬町役場 社会福祉課 介護保険担当	所在地 電話番号 受付時間	八重瀬町字東風平1188番地 998-2200 FAX 998-4745 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	那覇市西3-14-18番地 860-9026 FAX 867-6758 9:00～17:00
沖縄県社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	那覇市首里石嶺町4-373-1番地 887-2000 FAX 860-1685 9:00～17:00
八重瀬町社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	八重瀬町字東風平1318-1番地 998-4000 FAX 998-8999 9:00～17:00

令和 年 月 日

指定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。

事業所 特別養護老人ホームときわ苑
職氏名 施設介護支援専門員 中村 洋平 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、指定短期入所生活サービスの提供開始に同意しました。

住 所 _____

契約者氏名 _____ 印

身元保証人 _____ 印

契約者との関係 ()

※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、入所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。