

「百華苑短期入所サービス」重要事項説明書 (指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護)

当施設は、ご利用者に対して指定短期入所生活介護を提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

1. ご利用施設の概要

事業所の名称	百華苑短期入所サービス		
事業所の所在地	〒870-0306 大分県大分市大字東上野1800番地		
管理者氏名	相 良 真	開設年月日	昭和47年5月1日
電話・FAX	電話：097-592-1513 FAX：097-592-1512		
事業者指定番号	4470101413	定 員	20名
施設の目的 及び運営方針	<p>指定短期入所生活介護は、介護保険法に従い、ご利用者とその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、短期入所生活介護を提供します。</p> <p>ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立った心のこもったサービスの提供に努めます。</p> <p>明るく家庭的な雰囲気作りに心がけ、地域や家庭との結び付きを大切にしながら、恵まれた自然環境の中で、安心して日々の生活を送っていただけるよう支援いたします。</p>		

2. 職員の配置状況

当施設では、ご利用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、以下の職員を配置しています。

職 種	員 数	指定基準
管 理 者	1 名	1 名
事 務 員	5 名	— 名
生活相談員	2 名 以 上	2 名
介護職員又は看護師 若しくは准看護師	常勤換算方法で40名以上（うち看護師又は 准看護師…常勤換算方法で3名以上）	34 名
機能訓練員	1 名 以 上	1 名
管理栄養士	1 名 以 上	1 名
調 理 員	※調理業務は、外部委託にて細やかな対応可	1 名
介護支援専門員	2 名 以 上	— 名
医 師	1 名 以 上	1 名

※特別養護老人ホームと共通

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

(特養と共通)

居室・設備の種類	室数	面積 m ²	1人当たり面積 m ²	備 考
個室	6室	136.50	22.75	各室冷暖房設備を備えています。
2人部屋	23室	563.50	12.30	〃
4人部屋	17室	763.81	11.23	〃
合計	46室	1,463.66	12.19	〃
食堂・ホール	3ヶ所			テレビを設置しています。
機能訓練室	1ヶ所			充実した各種リハビリ機器を揃えています。
浴室	2室			ご利用者の状態に応じた各種浴槽を備えています。
看護室	1室	36.28		

※上記は、基準により、指定短期入所生活介護に設置が義務付けられている施設・設備です。

★居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況等により施設でその可否を決定いたします。また、ご利用者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものといたします。

(2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく居住費・・・電気料金、水道料金

※上記は、介護保険の基準サービスとならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対し以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (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利用者にご負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスは、居住費、食費を除き利用料金の7割、8割、9割が介護保険から給付されます。

居室の提供	
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では栄養士のたてる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご利用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が、1人で食べられない方は食事介助をいたします。 (食事時間) 朝食： 8：00～ ・ 昼食：12：00～ 夕食：17：00～ ・時間外でも個々の状況に応じて対応します。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は週2回以上行います。清拭及び手浴・足浴も随時行います。 ・ねたきりの方でも機械浴槽を使用して入浴できます。 ・入浴介助や洗髪、口腔衛生のお手伝いも行います。

排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄介助を行います。 ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練員により、ご利用者の心身状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。 ・必要に応じて、理学療法士による指導を行います。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ・ねたきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

〈介護予防短期入所生活介護サービス利用料金の1日当たりご利用料金〉

	1割負担の場合				2割負担の場合			
	要支援1		要支援2		要支援1		要支援2	
	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室
1. サービス利用料金	4,850	4,850	5,950	5,950	4,850	4,850	5,950	5,950
2. 保険給付	4,365	4,365	5,355	5,355	3,880	3,880	4,760	4,760
3. 自己負担	485	485	595	595	970	970	1,190	1,190
4. 居住費	1,231	915	1,231	915	1,231	915	1,231	915
5. 食費	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445
自己負担合計 (3+4+5)	3,161	2,845	3,271	2,955	3,646	3,330	3,866	3,550

	3割負担の場合			
	要支援1		要支援2	
	個室	多床室	個室	多床室
1. サービス利用料金	4,850	4,850	5,950	5,950
2. 保険給付	3,395	3,395	4,165	4,165
3. 自己負担	1,455	1,455	1,785	1,785
4. 居住費	1,231	915	1,231	915
5. 食費	1,445	1,445	1,445	1,445
自己負担合計 (3+4+5)	4,131	3,815	4,461	4,145

(食費内訳)
朝353円、昼546円、夕546円

※体制加算（ご利用者全員に対して算定）

- (1) 当事業所では機能訓練業務に従事する常勤の機能訓練指導員を配置しておりますので1日につき12円をご負担いただきます。（機能訓練指導体制加算）
 - (2) 当事業所では介護業務に携わる職員の内、80%以上の者が介護福祉士の資格を有しており、1日につき22円をご負担いただきます。（サービス体制強化加算（I））
- * (1)・(2)の金額は料金表に含んでおります。
- (3) 事業所では、介護職員の賃金の改善に関する計画を作成し、介護職員の賃金改善を実施しております。また、算定する為に必要な、キャリアパス要件（賃金体系の整備や研修の機会の確保、サービス提供体制加算（I）の算定）、月額賃金改善要件（改善加算取得額の一定割合以上を毎月支払われる手当に充てる）、職場環境等要件（職員の入職促進に向けた取組等を実施）を満たしておりますので、1月につき、所定単位数の14%を乗じた額をご負担いただきます。（介護職員等処遇改善加算（I））

* (3)の金額は料金表に含んでおりません。

* 上記金額は、1割負担の方の場合。

〈介護保険短期入所生活介護サービス利用料金・・・1割負担の場合の1日当たりご利用料金〉

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	個室	多床室								
1. サービス利用料金	6,640	6,640	7,330	7,330	8,060	8,060	8,760	8,760	9,450	9,450
2. 保険給付	5,976	5,976	6,597	6,597	7,254	7,254	7,884	7,884	8,505	8,505
3. 自己負担	664	664	733	733	806	806	876	876	945	945
4. 居住費	1,231	915	1,231	915	1,231	915	1,231	915	1,231	915
5. 食費	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445
自己負担合計(3+4+5)	3,340	3,024	3,409	3,093	3,482	3,166	3,552	3,236	3,621	3,305

〈介護保険短期入所生活介護サービス利用料金・・・2割負担の場合の1日当たりご利用料金〉

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	個室	多床室								
1. サービス利用料金	6,640	6,640	7,330	7,330	8,060	8,060	8,760	8,760	9,450	9,450
2. 保険給付	5,312	5,312	5,864	5,864	6,448	6,448	7,008	7,008	7,560	7,560
3. 自己負担	1,328	1,328	1,466	1,466	1,612	1,612	1,752	1,752	1,890	1,890
4. 居住費	1,231	915	1,231	915	1,231	915	1,231	915	1,231	915
5. 食費	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445
自己負担合計(3+4+5)	4,004	3,688	4,142	3,826	4,288	3,972	4,428	4,112	4,566	4,250

〈介護保険短期入所生活介護サービス利用料金・・・3割負担の場合の1日当たりご利用料金〉

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	個室	多床室								
1. サービス利用料金	6,640	6,640	7,330	7,330	8,060	8,060	8,760	8,760	9,450	9,450
2. 保険給付	4,648	4,648	5,131	5,131	5,642	5,642	6,132	6,132	6,615	6,615
3. 自己負担	1,992	1,992	2,199	2,199	2,418	2,418	2,628	2,628	2,835	2,835
4. 居住費	1,231	915	1,231	915	1,231	915	1,231	915	1,231	915
5. 食費	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445
自己負担合計(3+4+5)	4,668	4,352	4,875	4,559	5,094	4,778	5,304	4,988	5,511	5,195

※体制加算（ご利用者全員に対して算定）について

(1) 当事業所では機能訓練業務に従事する常勤の機能訓練指導員を配置しておりますので1日につき12円をご負担いただきます。（機能訓練指導体制加算）

(2) 当事業所では介護業務に携わる職員の内、80%以上の者が介護福祉士の資格を有しており、1日につき22円をご負担いただきます。（サービス体制強化加算（Ⅰ））

(3) 当事業所では、看護職員を1名以上配置しており、24時間連絡体制を整備しておりますので、1日につき12円をご負担いただきます。（看護体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ））

(4) 当事業所では、夜勤時間帯（17：30～9：30）に勤務する介護職員が最低基準（5人）を1人以上上回っており、また、喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置しておりますので1日につき15円をご負担いただきます。（夜勤職員配置加算Ⅲ）

* (1)～(4)の金額は料金表に含んでおります。

(5) 事業所では、介護職員の賃金の改善に関する計画を作成し、介護職員の賃金改善を実施しております。また、算定する為に必要な、キャリアパス要件（賃金体系の整備や研修の機会の確保、サービス提供体制加算（Ⅰ）の算定）、月額賃金改善要件（改善加算取得額の一定割合以上を毎月支払われる手当に充てる）、職場環境等要件（職員の入職促進に向けた取組等を実施）を満たしておりますので、1日につき15円を乗じた額をご負担いただきます。（介護職員等処遇改善加算（Ⅰ））

* (5)の金額は料金表に含んでおりません。

※個別加算（個別の要件を満たした場合に算定）について

- ・要介護・介護予防共通
 - (1) ご利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる場合は、居宅と当施設との間の送迎を行うことがあります。この場合は、片道につき184円の自己負担増となります。（送迎加算）
 - (2) 医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合には、1日3食を限度とし、1食につき8円をご負担いただきます。（療養食加算）
 - ・要介護のみ
 - (3) 喀痰吸引や人工呼吸器等、その他厚生労働大臣が定める状態の方に対してサービスを提供した場合には、1日につき58円をご負担いただきます。（医療連携強化加算）
 - (4) 歯科往診を受ける方について、口腔衛生状態及び口腔機能の評価を実施し、歯科医療機関に情報提供いたしますので、対象の方は1月につき50円をご負担いただきます。（口腔連携強化加算）
 - (5) 介護者のやむを得ない理由により、介護支援専門員が緊急にサービスを受けることが必要と認められた方に対し、居宅サービス計画に位置付けられていないサービスを提供した場合には、1月につき7日を限度ととして90円をご負担いただきます。（緊急短期入所受入加算）
 - (6) 連続して30日を超えサービスを提供した場合は、1日につき30円を減額いたします。（長期利用者提供減算）
- *上記金額は1割負担の方の場合。

※その他の事項

- (1) ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス料金の全額をいったんお支払いいただく場合があります。要介護の認定を受けたのち、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。
- (2) 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に併わせてご利用者の負担額を変更いたします。
- (3) お客様の保険料が滞納等により市町村から給付制限を課せられた際、償還払いになる場合や自己負担率の変動することがあります。
- (4) 居室と食事に係わる費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

◇当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用滞在費・食費の負担が軽減されます。（1日当たり）

対象者	区分	居住費		食費	預貯金等の合計
		個室	多床室		
生活保護受給者	利用者負担 第1段階	380	0	300	単身1,000万円 (夫婦2,000万円)以下
市非 町課 村税	公的年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	480	430	600	単身650万円 (夫婦1,650万円)以下
民世 税帯	公的年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超～120万円以下の方	880	430	1,000	単身550万円 (夫婦1,550万円)以下
	公的年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超の方	880	430	1,300	単身500万円 (夫婦1,500万円)以下
上記以外の方	利用者負担 第4段階	1,231	915	1,445	-

2) (1) 以外のサービスは、利用料金の全額がお客様の負担となります。

項 目	内 容	利用金額
理容・美容	<ul style="list-style-type: none"> ・理容師や美容師の出張によるサービスをご利用した場合 ※基本的にカットに関しては毎月第2月曜日（月1回）に坂ノ市理容組合に依頼していません。ご利用予定の場合は事前にご連絡ください。 	理髪サービス：実費 美容サービス：実費 ※料金は当日にお支払いするのであらかじめご持参ください。
貴重品の管理や出納管理を依頼される場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者のご希望により、貴重品管理サービスをご利用した場合 ○お預かりするもの 金融機関の預金通帳とその届け出た印鑑、有価証券、年金証書等 ○預金の出し入れ <ul style="list-style-type: none"> ・預金の出入が必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者（管理者）へ提出していただきます。 ・保管管理者は届け出の内容に従い、預金の出し入れを行います。 ・事業所は出入金の都度、預かり書を発行し交付します。 	一ヶ月以上貴重品管理を行った場合500円頂きます。 （事前により預かり貴重品管理契約を結びます）
複写物の交付	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、コピーを必要とする場合は実費をご負担いただきます。 	1枚につき10円
日常生活上必要となる諸費用実費	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、以下のようなものは、ご利用者にご負担いただきます。 （例） <ul style="list-style-type: none"> ・下着、寝間着等の個人用衣類 	要した費用の実費
日常生活上必要となる諸費用実費	<ul style="list-style-type: none"> ・歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュペーパー等の日用品 ・新聞、雑誌、たばこ等の個人の趣味嗜好に資するもの ・特別な衣類のクリーニング代ほか ※おむつ代は介護保険給付のなかに入っています。 	
退所していただく場合にもかかわらず居室が明け渡されない場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者が、退所していただく場合にもかかわらず、居室を明け渡さない場合等に、本来の退所していただく日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金 	ご利用者の要介護度に応じた介護報酬の全額
テレビ使用料	<ul style="list-style-type: none"> ・テレビを常時ご覧になりたい方は施設でご用意いたします。 	1日50円
その他	<ul style="list-style-type: none"> ※その他偶発的な事態が発生した場合は、その都度ご利用者にご了解をいただき別途料金を定めることといたします。 	双方合意の額

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)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27日までにお支払い下さい。お支払いは原則としてご利用者の指定する金融機関口座からの自動引き落としといたします。

金融機関からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関 : 全国すべての金融機関からの引き落としが可能です。

これによりがたい場合は、百華苑窓口において現金でお支払いいただくか、下記指定口座へお振込み下さい。なお、手数料はご利用者負担といたします。詳細については、係とご相談下さい。

大分銀行坂ノ市支店 普通預金

口座番号 : 5096250

口座名義 : 社会福祉法人 穂燈舎

理事長 宮崎 典子 (みやざきのりこ)

5. 苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

当施設における苦情の受付窓口	苦情受付窓口 (担当者) 職名 相談員 氏名 馬場 育子 受付時間 毎週月曜日～金曜日 10:00～17:00 (その他随時) 電話番号 097-592-1513
----------------	--

円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- (1) 苦情が直接、間接的に入れば即担当者に連絡する。
- (2) 訪問または電話により、担当者と利用者間で苦情の内容を確認する。
- (3) 双方の内容を十分に聞き取り、解決策や変更、調整を行う。当事業所に問題がある場合は速やかに是正し利用者に同意を得る。
- (4) 夜間、休日等も出勤職員の協力を得て常時連絡が可能な体制にする。
- (5) 利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに指導、助言に従う。

公的機関でも、次の窓口で受け付けます。

大分市役所 長寿福祉課	所在地 : 大分市荷揚町2番31号 電話 : 097-534-6111
大分県 国民健康保険団体連合会	所在地 : 大分市大手町2丁目3番12号 大分県市町村会館内 電話 : 097-534-8470
大分県社会福祉協議会 (大分県福祉サービス 運営適正化委員会)	所在地 : 大分市大津町2-1-41 電話 : 097-558-0300

6. 事故発生時の対応

- (1) 1. 家族、2. 主治医、3. 介護支援専門員、4. 市町村（あるいは保険者）へ報告する。
- (2) 状況によっては主治医の元へ搬送するか救急車を呼ぶ。

※百華苑短期入所事業は損害賠償保険に加入致しております。

7. 人権の擁護、虐待防止

当事業所では、人権の擁護、虐待防止等のため、責任者を設置しております。

当施設における人権の擁護、虐待の防止等に関する責任者	(責任者) 氏 名 苑 長 相 良 真
----------------------------	------------------------

人権の擁護、虐待防止のための措置

- (1) 当施設では、虐待を防止するため、従業者に対する研修を実施しております。
- (2) 利用者及びそのご家族からの苦情処理体制を整備しております。
- (3) その他虐待防止のために必要な措置を講じております。

※サービス提供中に、当施設従業者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、速やかに市町村に通報いたします。

【短期入所利用時リスク説明書】

当施設では利用者が快適な生活を送れるよう安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》

下記の項目に関し、ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。

- 歩行者の転倒、ベッドや車椅子からの転倒等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

これらのことを、十分にご留意いただきますようお願いいたします。尚、上記のことが起こる可能性について説明したことが、当施設に過失があった場合、責任を免れることにはなりません。

- 私は、上記項目について、百華苑短期入所サービスより、施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

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。

【指定短期入所生活介護】
百華苑短期入所サービス

説明者 職・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、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

また、私（利用者及びその家族）の個人情報使用について①情報提供は必要最小限にすること。②関係者以外には漏れないよう細心の注意を払うこと。③個人情報を使用した会議、その他の連絡調整をした場合は経過を記録すること。以上3項目の条件を満たした場合に限り必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

ご利用者住所

氏 名

印

ご利用者代理人住所

氏 名

印

	利用期間		利用期間
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	