

重要事項説明書

(介護予防) 短期入所生活介護

ケアファースト株式会社

当事業所はご利用者に対して短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所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いたします。

※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。

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | ケアファースト株式会社 |
| (2) 法人所在地 | 福井県越前市瓜生町3-1-1 |
| (3) 電話番号 | 0778-22-0055 |
| (4) 代表者氏名 | 前田 栄二 |
| (5) 開設年月日 | 平成12年3月23日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定短期入所生活介護事業所
平成25年12月 1日指定 1870300819号
指定介護予防短期入所生活介護事業所
平成25年12月 1日指定 1870300819号 |
| (2) 事業所の目的 | 介護保険法令に従い、ご利用者が、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に支援することを目的として、ご利用者に、短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。 |
| (3) 事業所の名称 | ショートステイ いちばん星 |
| (4) 事業所の所在地 | 福井県越前市瓜生町3-1-1 |
| (5) 電話番号 | 0778-22-0055 |
| (6) 管理者 | 大塚 優子 |
| (7) 当施設の運営方針 | 1. 個別サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて介護をする。
2. 利用者の意思及び人格を尊重する。
3. 利用者の立場に立った介護サービスを提供する。 |

4. 地域や家庭との結びつきを重視する。

5. 栄養を考えた食事を提供する。

(8) 開設（サービス開始）年月日 平成25年12月 1日

(9) 通常の事業の実施地域 越前市・鯖江市・福井市・池田町・越前町・南越前町・坂井市

(10) 営業日及び受付時間

・営業日 年中無休 ・受付時間 24時間

(11) 利用定員 20人

(12) 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。

居室・設備の種類	室数	備考
個室	14室	面積 10.95㎡～12.42㎡
多床室	3室	面積 22.94㎡～24.37㎡
食堂・機能訓練室	1室	面積 112.39㎡
浴室	3室	大浴場・機械浴室・個浴室
医務室・静養室	1室	
厨房	1室	
洗濯室	1室	
多機能トイレ	5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。

☆居室の変更：ご契約者（利用者）から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により事業所でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して短期入所生活介護サービス・介護予防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	
1. 管理者	1名
2. 医師	1名
3. 介護職員又は看護職員の総数	7名以上
4. 機能訓練指導員	1名以上
5. 生活相談員	1名以上
6. 管理栄養士	1名

<主な職員の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 介護員	標準的な時間帯における最低基準人員 A 勤：6：30～15：30 1名以上 B 勤：8：30～17：30 1名以上 C 勤：9：30～18：30 1名以上 3 勤：8：30～17：00 1名以上 4 勤：9：00～12：00 1名以上 6 勤：9：00～16：00 1名以上 7 勤：9：00～17：00 1名以上 8 勤：9：00～16：00 1名以上 夜勤：16：30～翌朝9：30 1名以上
2. 看護職員	標準的な時間帯における最低基準人員 日中： 8：00～17：00 1名 （夜間は緊急の場合に備えて連絡体制を整備してあります。）

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、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。(清拭は必要に応じて行います。)
- ・歩行困難でも特別浴槽を利用して入浴することができます。

②排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

③健康管理

- ・看護職員が健康管理を行います。

④機能訓練

- ・ご利用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またはその減退を防止するための訓練を行います。

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）>

下記の料金表によって、ご利用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）をお支払いください。(下記サービスの利用料金は、ご利用

者の要介護度、負担割合に応じて異なります。)

介護サービス（個室の場合）

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
個室	645 円	715 円	787 円	856 円	926 円

介護サービス（多床室の場合）

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
多床室	645 円	715 円	787 円	856 円	926 円

介護予防サービス

ご利用者の要介護度	個室		多床室	
	要支援 1	要支援 2	要支援 1	要支援 2
利用料	479 円	596 円	479 円	596 円

その他の加算

加算名	区分	自己負担額	摘要
送迎加算	要支援・要介護	184 円	片道あたり
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	1ヶ月の利用料金×13.6%		
緊急短期入所受入加算	要介護	90 円	I日あたり
機能訓練指導体制加算	要支援・要介護	12 円	I日あたり
看護体制加算Ⅱ	要介護	8 円	1日あたり
※若年性認知症利用者受入加算	要支援・要介護	120 円	1日あたり

※個別の担当者を定め、ご利用者様の特性、ニーズに応じたサービスを提供します。

- ☆ ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ ショートステイの送迎は、「施設利用を目的として、利用者を自宅と施設の間を限定して送迎する」という目的のために行われるものであり、道路交通法上は自家輸送として認められているものであります。従って、病院又は施設からの送迎は実費負担となります。

☆ ご利用者に提供する食事に係る費用及び滞在費は別途いただきます。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、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

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。

1 食事代	2,080円/日 朝食400円 昼食890円 夕食790円 利用負担軽減者 第1段階 300円/日 (生活保護) 第2段階 600円/日 第3段階 ①1000円/日 ②1300円/日
② 居室料	個室 2,650円/日 多床室 2,000円/日 利用負担軽減者 多床室 第1段階 0円/日 第2段階 370円/日 第3段階 370円/日 個室 第1段階 320円/日 第2段階 420円/日 第3段階 820円/日
③ レクリエーション・クラブ活動	原材料費実費
④ 複写物の交付	無料
⑤ 日用品費	実費
⑥ 喫茶代	120円/日

<サービスの概要と利用料金>

①介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

②食事の提供

③レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望により各種レクリエーションに参加していただくことができます。

④写物の交付

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、複写物を必要とする場合には、お申し出ください。

⑤居室料

ご利用者に提供する居室に係る光熱水費・改修費等にかかる費用です。

☆ 経済状況の著しい変化や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か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活
介護サービスにおいて、サービス終了後に計算し、ご請求します。

なお、お支払いは、サービス提供日の翌々月15日にご利用者の預金口座より引き落
としさせていただきます。

(4) 緊急時の対応について

サービスを利用中にご利用者の体調の変化(発熱、血圧の変動等)において医療機関へ
の受診が必要な場合は、ご契約者又は家族等で受診していただくことになります。その他、
緊急を要する場合は医療機関と連絡をとり対応します。

(5) 事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、家族等、市町村、関係医療機関等への連
絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、
賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

(6) 定期的な往診について

契約を締結した協力医療機関は、利用者に対して、月1回を基本とする定期的な往診を
行います。

(7) 利用の中止、変更、追加

○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、利用予定日の前日までに
事業者へ申し出てください。

○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。ただし、ご利用者の体調
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	2,000円

○サービス利用の変更・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、他の利用可能期間を契約者に提示して協議し
ます。

5. 苦情の受付について

(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ます。

○苦情受付窓口(担当者): 主任 永宮 小夜子

○苦情解決責任者 : 管理者 大塚 優子

○電話番号 : 0778-22-0055

○受付時間 : 8:30~17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

越前市 長寿福祉課	電話番号:(0778)22-3715 受付時間:毎週月~金曜日 8:30~17:15
鯖江市 長寿福祉課	電話番号:(0778)53-2218 受付時間:毎週月~金曜日 8:30~17:15
福井市 長寿福祉課	電話番号:(0776)20-5400 受付時間:毎週月~金曜日 8:30~17:15
福井県国民健康保険 団体連合会 事業課 介護障害グループ	電話番号:(0776)57-1614 受付時間:毎週月~金曜日 8:30~17:15
越前町高齢福祉課	電話番号:(0778)34-8711 受付時間:毎週月~金曜日 8:30~17:15
南越前町保健福祉課	電話番号:(0778)47-8007 受付時間:毎週月~金曜日 8:30~17:15
池田町保健福祉課	電話番号:(0778)44-8000 受付時間:毎週月~金曜日 8:30~17:15

* 福井県社会福祉協議会による、福祉サービス第3者評価は受けていません。

6. 虐待防止のための措置に関する事項

- 事業所は、介護サービスの提供に対する利用者の人権擁護・虐待防止の等に対応する為、責任者の設置、相談窓口の設置等苦情解決体制の整備、成年後見制度の利用支援等、必要な措置を講ずるものとする。
- 法人内の全事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- 虐待防止のための指針を整備する。
- 従業者に対し、虐待防止の為の研修を定期的実施する。
- 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置する。

虐待防止に関する責任者	管理者 大塚 優子
-------------	-----------

7. 身体拘束のための措置に関する事項

- 事業所は、当該利用者の又は他の利用者の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。
- 当事業所は管理者を含む「身体拘束委員会」で緊急やむを得ない場合に該当するかどうか十分検討する。
- 拘束する場合でも、利用者本人や家族に対して、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を医師や管理者の立会いのもと、現場責任者から出来るだけ詳細に説明し、十分な理解が得られるように努める。
- 事業所は、緊急やむを得ず拘束する場合においても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録する事とする。
- 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置する。

身体拘束防止に関する責任者

管理者 大塚 優子

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービス・介護予防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サービス事業所

指定介護予防短期入所生活介護サービス事業所 ショートステイ いちばん星

説明者

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いたしました。

利用者

住 所

氏 名

印

連帯保証人

住 所

氏 名

(利用者との関係

)

印