

指定短期入所生活介護（ショートステイ）重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

(徳島県指定第 3670100019 号)

当事業所はご契約者に対して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説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人青陽会
- (2) 所在地 徳島市飯谷町上里 42-1
- (3) 電話番号 088-645-1300
- (4) 代表者氏名 横石 忠男

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の目的 介護保険法に従い、ご契約者（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出来るように支援することを目的として、ご利用者に次のサービスを提供します。
- (2) 開設（サービス開始）
平成 12 年 4 月 1 日
- (3) 名称 青葉荘短期入所生活介護事業所
- (4) 所在地 徳島市飯谷町上里 42-1
- (5) 電話番号 088-645-1300
- (6) 管理者 施設長 中野 頼明
- (7) 定員 23 名

3. 職員の配置状況

当事業所では、指定基準に定められた数以上の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算数	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名（1）	1名
2. 介護職員	25.0名（27）	17名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	5.4名（8）	2名
5. 介護支援専門員	1.3名（2）	1名
6. 医師	0.1名（1）	必要数
7. 管理栄養士	2名（1）	1名
8. 機能訓練指導員	1名（1）	1名

※常勤換算：職員がそれぞれの週あたりの勤務延べ時間の総数を当施設における常勤職員所定勤務時間数（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（嘱託医）	日（隔週）・木曜日 14：00～16：00
2.介護職員	標準的な時間帯における最低配置人数 早出： 7：00～16：00 3名 日中： 8：00～17：00 1名 9：30～18：30 1名 10：00～19：00 3名 夜間： 16：00～9：30 2名 16：30～9：30 1名
3.看護職員	標準的な時間帯における最低配置人数 早出： 8：00～17：00 日中： 9：00～18：00 10：00～19：00
4.機能訓練指導員	月～金： 9：00～18：00

☆土日祝日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

当事業所が提供するサービスと利用料金は別紙のとおりで、お支払方法は次のとおりです。

・ 本人の預かり口座から、現金を引き出して納付
・ 現金による支払い
・ 施設口座への振込

5. 利用の中止、変更等

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することが出来ます。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。

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の都合等によりご希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能期間又は日時をご契約者に提供して協議します。

6. 苦情の受付

(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	渡辺 実奈
受付時間	毎週月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

(2) 行政機関その他苦情受付機関

徳島市役所 高齢介護課	所在地 徳島市幸町二丁目5 電 話 088-621-5176
小松島市役所 福祉課	所在地 小松島市横須町1-1 電 話 08853-2-2114
勝浦町役場 福祉課	所在地 勝浦町久国字久保田3 電 話 08854-2-2511
阿南市役所 介護・ながいき課	所在地 阿南市富岡町トノ町12番地3 電 話 0884-22-1793
国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 徳島市川内町平石若松78-1 電 話 088-665-7205
徳島県社会福祉協議会	所在地 徳島市昭和町一丁目2 電 話 088-654-4461
上勝町役場 住民課	所在地 上勝町大字福原字下横峰3-1 電 話 0885-46-0111

※ その他、お住まいの市町村役場の介護保険担当窓口まで

7. サービス利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

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）をお支払いください。

多床室（相部屋） 従来型個室 （一日あたり）

ご本人の 要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. 要介護度別 サービス利 用料金	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	5,427 円	6,048 円	6,705 円	7,335 円	7,956 円
3. サービス費 自己負担額 (1 - 2)	603 円	672 円	745 円	815 円	884 円

※ 平成 30 年度の介護保険法改正による地域区分の変更で、7 級地となった為、1 単位の単価が 10 円から 10.17 円となっております。

※ 収入に合せ、サービス利用料金及び加算分の 2 割が自己負担金の場合もあります。

※ 多床室と個室の基礎単価が同じになります。

※ ご契約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。

※ 世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税者）や生活保護を受けておられる方は、滞在費・食費の負担が軽減されます。

・滞在費・食費の負担額

対 象 者		区 分	滞在費（居住の種類により異なります）		食 費
			多床室 （相部屋）	従来型 個室	
生活保護受給者		利用者負担 第1段階	0 円	380 円	300 円
高齢福祉年金受給者					
市 町 村 民 税 非 課 税 世 帯	世帯全員が市町村民税非課税で本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計金額が 80 万円以下の方	利用者負担 第2段階	430 円	480 円	600 円
	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計金額が 80 万円超 120 万円以下の方	利用者負担 第3段階①	430 円	880 円	1,000 円
	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計金額が 120 万円超の方	利用者負担 第3段階②	430 円	880 円	1,300 円
	上記以外の方	利用者負担 第4段階	920 円	1,240 円	1,460 円

・ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用

		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食材料費	朝食	60 円	140 円	200 円	300	400 円
	昼食	120 円	230 円	400 円	500	530 円
	夕食	120 円	230 円	400 円	500	530 円

・上記以外の介護保険適用料金

『療養食加算』 医師の指示に基づく療養食を提供した場合 1日3食を限度とし1食を1回とする	1回につき 8 円
---	-----------

<p>『口腔連携強化加算』（月）</p> <p>1) 職員が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算。</p> <p>2) 利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設職員からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。</p>	<p>1月につき 50円</p>
<p>『看護体制加算Ⅰ』</p> <p>常勤の看護師を1名配置している施設の体制加算</p>	<p>1日につき 4円</p>
<p>『看護体制加算Ⅱ』</p> <p>常勤の看護師を配置し 24 時間連絡体制を確保している場合の体制加算</p>	<p>1日につき 8円</p>
<p>『看護体制加算Ⅲ』</p> <p>看護体制加算Ⅰの要件に加えて利用者のうち要介護3以上の利用者を70%以上受け入れている場合の加算</p>	<p>1日につき 12円</p>
<p>『看護体制加算Ⅳ』</p> <p>看護体制加算Ⅱの要件に加えて利用者のうち要介護3以上の利用者を70%以上受け入れている場合の加算</p>	<p>1日につき 23円</p>
<p>『看取り連携体制加算』</p> <p>1) 看護体制加算（Ⅱ）、または（Ⅳ）を算定していること。</p> <p>2) 看護体制加算（Ⅰ）、または（Ⅲ）を算定しており、ショートステイの看護職員か病院、診療所、訪問看護ステーション、本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。</p>	<p>1日につき 64円 (注5)</p>
<p>『生活機能向上連携加算Ⅰ』（3ヶ月）</p> <p>外部のリハビリテーション専門職等から助言を受け、機能訓練指導員が生活機能向上を目的とした訓練計画の作成等行った場合の加算（注1）</p>	<p>1月につき 100円</p>
<p>『生活機能向上連携加算Ⅱ』（月）</p> <p>自立支援・重度化防止を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携した場合の加算（注1）</p>	<p>1月につき 200円 (注2)</p>
<p>『機能訓練体制加算』</p> <p>常勤の機能訓練指導員を配置の体制加算</p>	<p>1日につき 12円</p>
<p>『夜勤職員配置加算Ⅰ』</p> <p>夜勤の職員数が最低基準数を1名以上上回っている場合の加算</p>	<p>1日につき 13円</p>

『若年性認知症受入加算』 若年性認知症の利用者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合の加算	1日につき 120円
『認知症専門ケア加算Ⅰ』 利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたす症状や行動が認められ介護が必要な認知症者の占める割合が2分の1以上でチームとして専門的な認知症ケアを実施している場合の加算	1日につき 3円
『認知症専門ケア加算Ⅱ』 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、施設における認知症ケアの指導を実施している事や、認知症ケアに関する研修計画を作成し実施している場合の加算	1日につき 4円
『サービス提供体制強化加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ』 施設職員のうち有資格者や一定以上の勤続年数を有するものが一定以上雇用されている場合に加算される。(注3)	1日につき Ⅰ：22円 Ⅱ：18円 Ⅲ：6円
『送迎加算』 送迎費用 (注4)	1回につき 184円
『処遇改善加算Ⅰ』 介護職員の処遇改善に係る加算	介護保険対象合計額に 140/1000を乗じた金額
『医療連携強化加算』 重度者の増加に対応するため急変の予測や発見等のため、看護職員による定期的な巡視や主治医との連絡がとれないなどの場合の対応にかかるとりきめなどの要件をみたした上、重度な利用者を受け入れた場合の加算	1日につき 58円
『緊急短期入所受け入れ加算』 緊急利用者を受け入れた場合の加算 当該緊急利用者のみ算定14日間を限度とする。	1日につき 90円
『長期利用者の適正化』 長期利用者(自費利用などを挟み実質連続30日を超える利用者)については基本サービス費の単価を減額する。	1日につき 30円の減額
『生産性向上推進体制加算Ⅰ』(月) 1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要	

<p>な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にこなっていること。</p> <p>2) 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。</p> <p>3) 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提出を行うこと。</p> <p>4) 1) 2) 3) のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。</p> <p>5) 見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。</p> <p>6) 職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること。</p> <p>7) 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。</p>	1月につき 100 円
<p>『生産性向上推進体制加算Ⅱ』（月）</p> <p>生産性向上推進体制加算Ⅰの1) 2) 3) の要件を満たしていること。</p>	1月につき 10 円

(注1) I 又はⅡのどちらかの加算となります。

(注2) 『生活機能向上連携加算Ⅱ』は『個別機能訓練加算』を算定している場合は 100 円となります。

(注3) 施設の職員体制により I、Ⅱ、Ⅲいずれかの算定となります。

(注4) 土・日曜日と年末年始の送迎は実施しておりません。

(注5) 死亡日及び死亡日以前 30 日以下について 7 日を限度として算定可能。

(2) 介護保険給付対象外サービス

ご利用サービス	利用料金
特別な食事	実費
嗜好品等	実費

(3) その他の費用

保険料自己負担金	各月 1 日から末日の間に 1 日以上ご利用した場合、月額 300 円を別途いただきます。
----------	---

事故、けが等による入院費用の一部を損害保険で補償するためのものです。

8. 事故発生時の対応

ご利用者に対する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、ご契約者等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じます。

9. 体調急変時の対応

ご利用者がサービス利用中に体調が急変した場合は、ご利用者の主治医、ご契約者等に連絡し、医療機関への搬送等の措置を講じます。

10. 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利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

11. 即時解約について

次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに本契約を解除することができます。なお、②から⑥の場合、事業者は、ご利用者及び契約者等に対して理由を示した書面により解除を通知するものとします。

- ① 契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合。
- ② ご利用者またはご利用者の成年後見人・任意後見人・契約者・ご家族・ご利用者の関係者等が、事業者又はサービス従業者に対して、暴力・セクハラ行為・暴言等のハラスメント行為を行い、または事業者・サービス従業者に関して誹謗中傷する等して、サービス提供の続行が困難な場合。
- ③ ご利用者またはご家族等から、事業者又はサービス従業者への特定の団体への加入・物品の購入等の度重なる執拗な勧誘等により、サービス提供の続行が困難な場合。
- ④ SNS（ソーシャルネットワークサービス）等への事業者又はサービス従業者について誹謗中傷的な書き込みが発覚した場合。
- ⑤ 上記の他、ご利用者またはご家族等が、事業者又はサービス従業者に対して、本契約を継続し難い程の不信行為を行った場合。
- ⑥ 天災、法令の改廃、その他のやむをえない事情により、施設を閉鎖または縮小する場合。

12. 連帯保証人

ご利用者又はご契約者と連帯して利用料金の支払いについて、極度額30万円を限度に責任を負うこととします。（契約書第27条参照）

お支払い方法やお支払い計画については話し合いの上、双方合意により決定いたします。

※お支払いが3ヶ月滞り、ご利用者又はご契約者の支払い能力が不能と判断致しました場合にも、お支払いいただきます。

※成年後見人制度もご利用いただけます。

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。

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、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者（契約者と同一でない場合）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

連帯保証人（契約者とは別の方）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※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8条及び第125条の規定に基づき、利用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。