

## 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3670101553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 理事長 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26年8月1日
- (3) 名称 光の園ショートステイ
- (4) 所在地 徳島市洪野町西池27番地1
- (5) 電話番号 088-636-2050
- (6) 管理者 小林 久子
- (7) 定員 25名

### 3. 職員体制（主たる職員）

- (1) 施設長 1人（常勤）
- (2) 医師 1人（非常勤）
- (3) 生活相談員 1人（常勤換算）
- (4) 介護職員 8人以上
- (5) 看護職員 1人以上
- (6) 機能訓練指導員 2人以上(常勤1人・常勤換算1人以上)

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。

### 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。

短期入所	請求書到着後指定口座より引き落とし、または施設通帳への振込み
介護保険給付対象 外のサービス	請求書到着後指定口座より引き落とし、または施設通帳への振込み

### 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、事業者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付けます。

苦情受付窓口	管理者 小林 久子
受付時間	毎週月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 電話 088-636-2050

#### (2) 行政機関その他苦情受付機関

徳島市役所健康福祉部 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	所在地 徳島市川内町平石若松 78-1 電 話 088-666-0111
	所在地 電 話

※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。

単独型従来型個室 1 日あたり単位数

(1 単位 10.17 円)

ご本人の介護度	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
サービス単位	645 単位	715 単位	787 単位	856 単位	926 単位

※上記以外の介護保険適用単位

(1 単位 10.17 円)

送迎費用 (送迎加算)	(注 1)	1 回につき 184 単位
看護体制加算Ⅲ		1 日につき 12 単位
看護体制加算Ⅳ		1 日につき 23 単位
機能訓練体制加算		1 日につき 12 単
個別機能訓練加算		1 日につき 56 単位
長期利用者提供減算	30 日連続利用後	1 日につき 30 単位減算
	61 日連続利用後	1 日につき 56 単位減算
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)		1 日につき 18 単位
介護職員の処遇改善に係る加算 (処遇改善加算Ⅰ)		1 カ月の介護保険対象額の 14%

(注 1) 日曜日と年末年始の送迎は実施していません。

(注 2) 介護保険適用料金は負担割合率により決定します。

長期利用の減算について

○31～60日 30単位減  
 ・30単位減算

○61日以降（新設）  
 ・56単位減算

要介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
31～60日減算	615単位	685単位	757単位	826単位	896単位
要介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
61日以降減算	589単位	659単位	732単位	802単位	871単位

※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。

※尚、職員配置等の基準を充たさない場合は加算されません。

(2) 当施設の滞在費・食費の負担額

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

対象者		区分	滞在費(居住の種類により異なります)	食費
			従来型個室	
生活保護受給者		利用者負担第1段階	320円	300円
世帯の全員が	本人の年金収入額と所得金額の合計が80万円以下の方	利用者負担第2段階	480円	600円
市町村民税非	本人の年金収入額と所得金額の合計が80万円超120万円以下	利用者負担第3段階①	880円	1,000円

課税の方	本人の年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超	利用者負担第3段階②	880円	1,300円
上記以外の方		利用者負担第4段階	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(朝食 420円・昼食 550円・夕食 520円)

※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

#### 8. 事故発生時の対応

当施設では、常時介護職員が配置されていますが、身体拘束等を行わず、自立支援に基づいたサービス提供を目的としています。高齢者の方は皮膚や骨が弱くなっていますので、サービス提供時や、見守りをしている時でも、不慮の事故が起こる可能性がございます。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、ご利用者の意思、行動により単独に起こってしまった事故については、事業者の損害賠償責任に上限がございます。

#### 11. 衛生管理及び感染予防及びまん延防止のための措置

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用する水について、衛生的な

管理に努め、衛生上必要な措置を講ずるものとします。

事業所は、感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備し感染症が発生した場合は速やかに蔓延しないように必要な措置を講ずるものとします。

#### 12. 事業継続計画（BCP） 策定に関する事項

事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するための、非常時体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」と言う。）を策定し、当該業務継続に従い、必要な措置を講ずるものとします。

事業所は、従業員に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。（年1回以上）

事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

#### 13. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- 一 虐待防止指針の整備
- 二 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- 三 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- 四 その他虐待防止のために必要な措置

事業者は、サービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

#### 14. パワハラ・セクハラ等の防止に関する事項

事業所は、適切な指定居宅介護サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的關係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者の就業環境を害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずるものとします。

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 管理者 小林 久子 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

(代筆) \_\_\_\_\_

