

重要事項説明書

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス

医療法人社団 俊葉会

ひだまりの郷

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

1.【事業の目的と運営方針】

介護保険法令に従い、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できるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2.【当事業所の法人概要について】

法人名	医療法人社団 俊葉会 理事長 馬庭 幸二
所在地	〒669-5242 兵庫県朝来市和田山町宮田216番地
連絡先	電話番号 (079)673-2811 FAX番号 (079)675-2187
名称	ひだまりの郷
事業所番号	2874900596
所在地	〒669-5242 兵庫県朝来市和田山町宮田241番地
連絡先	電話番号:(079)670-0055 FAX番号:(079)670-0056 メール:hidamari@shunyokai.or.jp ホームページ:http://www.shunyokai.or.jp/
管理者	森岡 裕昭
設立年月	平成24年10月1日
事業内容	短期入所生活介護事業及び介護予防短期入所生活介護事業 馬庭内科医院の併設施設
事業実施地域	朝来市、養父市の内、施設より半径10km圏内とする。
	○管理者 1名 運営の一元的管理を行います。 ○生活相談員 1名 生活相談及び間接的支援を行います。 ○機能訓練指導員 1名 身体機能の維持及び向上、健康維持のための業務を行います。 ○管理栄養士 1名 栄養管理に係る情報提供や助言を行います。 ○介護職員 8名以上 直接的介護を行います。

3.【定員及び営業時間について】

下記の休日以外は営業を行います。	
休日	12月29日～1月4日
定員	23名

4.【設備の概要について】

- 食堂談話室及び機能訓練室 1階、2階に各1室
利用者の全員が利用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が利用できるテーブル・椅子等の備品類を備えます。また自宅に近い環境を備え、滞在場所を設けます。機能訓練するスペースを設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

- 医務室
馬庭内科医院をご利用いただけます。

- 浴室 2室
利用者の身体状況に応じて入浴できる設備を設けます。一般的な浴槽で入浴することが困難な利用者に特別浴槽を備えます。

- トイレ
共同トイレ1階 2室
2階個室に各1室 8室
2階多床室に各1室 2室

- その他
設備としてその他に、事務室・調理室を設けます。
利用者が車椅子や歩行器具を十分に利用できる広さを持つトイレを設けます。

居室の種類

- 1人部屋(1人当り18㎡) 12室
- 2人部屋(1人当り16, 02㎡) 1室
- 3人部屋(1人当り12㎡) 3室

5.【短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービスの内容】

短期入所生活介護の具体的なサービス内容

- ① 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画(ケアプラン)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「短期入所生活介護計画」を作成します。なお、作成した「短期入所生活介護計画」は、利用者又は家族に交付しその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします
- ② サービス提供は「短期入所生活介護計画」に基づいて行ないます。なお、「短期入所生活介護計画」は利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
 - 起床、就寝
目安として、起床時間は7:00からで、就寝時間は20:00にお部屋にお戻りいただきます。
 - 食事（呑み込みの状態によって、提供する形態が変わります。）
食事開始時間の目安 朝食 8:00から 昼食11:30から 夕食 17:00から
 - 入浴（浴槽をまたぐことが事できない方は、寝台浴槽での入浴となります。）
14:00から16:00まで、入浴時間となります。一週間に2回が目安です。
 - 排泄
必要に応じて自宅と同様の介助を定時、随時に行います。
 - 機能訓練
毎日14時から体操行い、日常生活動作の維持に努めます。その後、趣味活動を提供します。
 - その他サービス
口腔ケアやその他ご希望とされるサービスを提供します。
ご家庭で使用している物を、お持ちください。

6.【利用料金について】

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬の告示上の額として設定します。
利用前に介護保険被保険者証と介護保険負担割合証をご提出ください。

□ 介護報酬告示額 1割負担の方

短期入所生活介護 利用料金一覧表 (単位:円)

部屋別	要介護度	基本単位	負担段階	食費	居住費	一日当たりの利用料
個室	要介護1	603	①	300	490	1,393
			②	600	490	1,693
			③-1	1,000	820	2,423
			③-2	1,300	820	2,723
			基準費用	1,445	1,171	3,219
	要介護2	672	①	300	490	1,462
			②	600	490	1,762
			③-1	1,000	820	2,492
			③-2	1,300	820	2,792
			基準費用	1,445	1,171	3,288
	要介護3	745	①	300	490	1,535
			②	600	490	1,835
			③-1	1,000	820	2,565
			③-2	1,300	820	2,865
			基準費用	1,445	1,171	3,361
	要介護4	815	①	300	490	1,605
			②	600	490	1,905
			③-1	1,000	820	2,635
			③-2	1,300	820	2,935
			基準費用	1,445	1,171	3,431
要介護5	884	①	300	490	1,674	
		②	600	490	1,974	
		③-1	1,000	820	2,704	
		③-2	1,300	820	3,004	
		基準費用	1,445	1,171	3,500	

多床室	要介護1	603	①	300	0	903
			②	600	370	1,573
			③-1	1,000	370	1,973
			③-2	1,300	370	2,273
			基準費用	1,445	855	2,903
	要介護2	672	①	300	0	972
			②	600	370	1,642
			③-1	1,000	370	2,042
			③-2	1,300	370	2,342
			基準費用	1,445	855	2,972
	要介護3	745	①	300	0	1,045
			②	600	370	1,715
			③-1	1,000	370	2,115
			③-2	1,300	370	2,415
			基準費用	1,445	855	3,045
	要介護4	815	①	300	0	1,115
			②	600	370	1,785
			③-1	1,000	370	2,185
			③-2	1,300	370	2,485
			基準費用	1,445	855	3,115
要介護5	884	①	300	0	1,184	
		②	600	370	1,854	
		③-1	1,000	370	2,254	
		③-2	1,300	370	2,554	
		基準費用	1,445	855	3,184	

予防短期入所生活介護 利用料金一覧表（単位：円）

部屋別	要介護度	基本単位	負担段階	食費	居住費	一日当たりの利用料
個室	要支援1	451	①	300	490	1,241
			②	390	490	1,331
			③-1	650	820	1,921
			③-2	1,300	820	2,571
			基準費用	1,445	1,171	3,067
	要支援2	561	①	300	490	1,351
			②	390	490	1,441
			③-1	650	820	2,031
			③-2	1,300	820	2,681
			基準費用	1,445	1,171	3,177

多床室	要支援1	451	①	300	0	751
			②	390	370	1,211
			③-1	650	370	1,471
			③-2	1,300	370	2,121
			基準費用	1,445	855	2,751
	要支援2	561	①	300	0	861
			②	390	370	1,321
			③-1	650	370	1,581
			③-2	1,300	370	2,231
			基準費用	1,445	855	2,861

□加算料金等

□ 送迎加算	片道184円
□ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	基本単位の11.3%
□ サービス提供体制加算(Ⅲ)	6円/日
□ 看護体制加算(Ⅰ)	4円/日
□ 看護体制加算(Ⅱ)	8円/日
□ 療養食加算(対象の方のみ)	1食あたり8円
□ 緊急短期入所加算(対象の方のみ)	90円/日
□ 看取り連携体制加算(対象の方のみ)	64円/日

□ 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、利用料金の全額がご契約者のご負担となります。

① 契約者が使用する居室料(1日あたりの料金になります)

個室	1171円
多床室	855円

② 契約者の食事提供

朝食300円 昼食600円 夕食545円

③ 介護保険給付の支給限度額を超えてサービス

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、後記のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額(自己負担額ではありません・また加算分は含まれます。)が必要となります。

④ 通常送迎以外の移送に係る費用

通常事業実施区域外からのご利用をおよび、病院受診のための搬送、他施設への移送等を当事業所が行った場合は、1Kmにつき100円のご負担をいただきます。

☆ ご契約者が要介護認定を受けしていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。(償還払い)

□ 利用料の変更

- ① 利用料を変更する際は、ご契約者に説明し、同意を受けます。
- ② 介護保険適用部分については、一か月以上前に文章で連絡します。
- ③ 介護保険適用部分については、変更にご同意がいただけない場合は、ご利用者から解約ができます。

7.【利用料、その他の費用の請求および支払い方法について】

1 利用料、その他の費用の請求	<ul style="list-style-type: none"> ① 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ② 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。ただし、請求額のない月はお届け致しません。
2 利用料、その他の費用の支払い	<ul style="list-style-type: none"> ① 請求書を受け取られましたら、お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の月末までに、下記いずれかの方法によりお支払ください。 <ul style="list-style-type: none"> □a 事業者指定口座への振り込み <p style="margin-left: 20px;">振込先 但馬銀行和田山支店 預金 普通 口座番号 7146513 名義 医療法人社団俊葉会 理事長 馬庭幸二</p> □b 利用者指定口座からの自動振替 (但馬銀行・但馬信用・JAたじま) ※ 引落及び振込等の手数料は利用者負担とさせていただきます。 ② お支払いを確認後の領収書は必ず保管をお願いします。領収書の再発行はできません。

※ 利用料、その他の費用の支払について、支払い3ヵ月以上滞納し、文書による支払いの督促を行ったにもかかわらず、督促の日から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

8.【利用の中止、変更について】

① 利用制限について

感染症等を発症し、他の入所者に重大な影響を与える恐れがあるようなやむを得ない場合には、治療するまで入所を断る場合があります。

- ② 利用予定日の前に利用者の都合により、短期入所サービスの利用を中止または変更することができます。この場合は介護サービスの実施日の前々日までに事業者にお申し出ください。前々日までに利用の中止をお申し出がなかった場合は、下記表に定めるキャンセル料をお支払い頂くこととなります。

前々日までに中止の申し出があった場合	前日に中止の申し出があった場合	当日に中止の申し出があった場合
無料	所定の利用料の半額	所定の利用料の全額

※ 但し、利用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。

9.【秘密の保持と個人情報の保護について】

1 利用者およびそのご家族に関する秘密の保持について	① 事業者および事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者およびそのご家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
2 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者及びご家族から予め文書で同意を得ない限り、他の居宅介護支援事業者への連絡において、利用者の個人情報を用いませ ② 事業者は、利用者およびそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

10.【緊急時の対応方法】

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス提供中に利用者の病状等が急変した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定された連絡先にも連絡する等、必要な措置を講じます。

指定された医療機関等がない場合においては、当施設の提携医療機関に連絡致します。

□ 提携医療機関

- ・ 名称 馬庭内科医院
- ・ 住所 兵庫県朝来市和田山町宮田216番地
- ・ 電話番号 (079)673-2811 FAX番号 (079)675-2187

11.【事故発生時の対応方法と損害賠償について】

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族・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、事故の状況やその対処について記録し、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。ただし、利用者にご故意または過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、損害賠償責任を減じさせていただきます。

□ 保険会社

- ・ あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
介護保険・社会福祉事業者総合保険

12.【契約および解約について】

1 契約の更新および終了について

- ① 契約期間満了日は要介護認定期間の満了日とし、満了日の7日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更新され、以後も契約継続となります。
- ② 契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続して介護サービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。
 - a ご契約者が死亡した場合
 - b 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
 - c 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
 - d 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
 - e ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
 - f 事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)
 - g 介護付きの施設へ入所された場合。

2 利用者からの契約解約について

契約の有効期間中であっても、利用者から利用契約を解約することができます。

- a 事業者が正当な理由なしにサービスの提供を行わない場合
- b 事業者が守秘義務に反した場合
- c 事業者が利用者またはそのご家族に対して契約を継続しがたいほど重大な社会通念を逸脱する行為を行った場合
- d 事業所の従業者等が故意または過失により利用者、もしくはその家族の身体、財物、信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

3 事業者からの契約解約について

- ① 当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して契約終了日の1ヵ月前までに事由を示した文書で通知し、契約を解約することができます。この場合、当事業所は利用者の心身の状況、環境等を勘案し必要な手続きおよび援助を行い、他事業所からの介護保険サービスが速やかに利用できるよう支援します。
- ② 次の場合には、1ヵ月以上の事前申し出期間なしに、この契約を解約することができます。
 - a 利用者がこの契約に定める利用料金等の支払いを3ヵ月以上滞納し、文書による支払いの督促を行ったにもかかわらず、督促の日から14日以内にその支払いがなかった場合
 - b 利用者もしくはご家族による契約を継続しがたいほどの重大な行為により円滑なサービスが提供できなくなる場合

13.【短期入所生活介護サービス提供における事業者の義務】

当事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたり、次のことを遵守します。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 利用者の人権・プライバシーの保護のため業務マニュアルを作成し、職員の教育を行います。
- ③ 利用者へ提供した介護サービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者またはそのご家族の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし交付にはコピー代1部10円を徴収します。
- ④ 個人情報保護の原則に従い、関係機関との情報提供については個人情報使用同意書をもって守秘義務を遵守します。
- ⑤ 身体拘束を禁止し、利用者の自由を制限するような行為は行いません。ただし、緊急やむを得ない事情がある場合については、事前に利用者及びその家族に十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。
- ⑥ ご希望に応じて、電話、連絡帖にてご利用中の状況報告をご家族に対しても行います。

14.【相談、苦情窓口について】

サービスに関する相談や苦情については、当事業所の窓口まで遠慮なくお申し出ください。

ひだまりの郷 相談窓口	〒669-5242：朝来市和田山町宮田241番地 電話番号：(079)670-0055 FAX番号：(079)670-0056 受付時間：9:00～17:00（土日、祝日を除く） 受付窓口：生活相談員 農座 勝範 苦情解決責任者：施設長 森岡 裕昭
----------------	---

（時間、曜日によっては介護職員が受付をすることがあります）

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

朝来市健康福祉部 高年福祉課	〒669-5292：朝来市和田山町東谷213-1番地 電話番号：(079)672-6124 FAX番号：(079)672-4041 受付時間：9:00～17:00（土日、祝日を除く）
兵庫県国民健康保険団体 連合会	〒650-0021：神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号：(078)332-5617 FAX番号：(078)332-5650 受付時間：9:00～17:00（土日、祝日を除く）

15.【非常災害対策について】

- ① 当施設においては「ひだまり消防計画」に沿って各種訓練（避難誘導・通報・消火等）を、各項目2回以上行います。
又、別途定めるBCP（事業継続計画）により、大規模な災害や感染症が発生した場合でも、出来る限り事業が継続できる様に尽力します。

- 利用中の場合は、直ちにご家族に連絡すると共に今後の対応について確認いたします。
○利用予定の場合は、直ちにご家族に連絡すると共に今後の対応について確認いたします。

② 近隣との協力関係

- 災害時は、宮田区の住民の方にも協力していただけるように、緊急時には緊急連絡簿で、要請をさせていただきます旨、了承を得ます。
○近隣施設と備蓄食による相互支援体制を構築し、南但給食施設協議会総合支援マニュアルに沿って相互協力を行います。

② 防災設備

防火体制	耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()		
	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	消防計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	避難訓練	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		(年 2 回実施)

年2回の避難訓練のうち、一回は夜間想定

説明場所

時 分 ~ 時 分

指定短期入所生活介護及び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。なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じる場合は、
利用者、署名代行者に対してその内容を書面にて通知しご説明します。

事業者	名称	医療法人社団 俊葉会	
	所在地	兵庫県朝来市和田山町宮田216	
	理事長	馬庭 幸二	印
事業所	名称	ひだまりの郷	
	所在地	兵庫県朝来市和田山町宮田241	
	管理者	森岡 裕昭	印
	説明者氏名	農座 勝範	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及び介護予
防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者(利用者)

住所

氏名

印

私は、契約者が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及び介護予防短期入所生
活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いた
します。

署名代行者

住所

氏名

印

(契約者との関係)

《個人情報使用同意書》

下記の目的のために使用する個人情報については、必要最小限の範囲内で使用することに同意します

記

1. 使用する目的および範囲

介護保険法に関する法令にしたがい、事業者がお客様のサービス計画に基づくサービスを円滑かつ一体的に実施するため、以下の内容について個人情報を使用します。また、認定調査等の資料についても閲覧もしくは写しをいただきます。

1. 介護支援専門員との連絡調整
2. 緊急対応時における関係医療機関との連絡調整
3. サービス担当者会議等の外部事業所との連絡調整
4. 他施設等の紹介

2. 使用する期間

契約締結日から利用者の要介護認定等の有効期間満了日まで
※重要事項説明書に準じます。

3. 条件

1. 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に漏れることがないよう細心の注意を払います。
2. 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録します。

年 月 日

指定短期生活入所介護及び介護予防短期生活入所介護事業所
ひだまりの郷殿

契約者(利用者)

住所

氏名

印

署名代行者

住所

氏名

印

(契約者との関係)