

重要事項説明書

当事業者は利用者に対して短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護を提供します。契約を締結する前に、施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上の注意事項、諸規則等を次のとおり、説明します。

1 事業者

法 人 名	社会福祉法人 にいがた美咲福祉会
所 在 地	新潟市中央区美咲町1丁目 23 番 43 号
代 表 者 氏 名	理 事 長 渡 部 透

2 施設の概要と説明

施 設 名	シ ョ ー ト ス テ イ 美咲の里	
所 在 地	新潟市中央区美咲町1丁目 23 番 43 号	
施 設 の 連 絡 先	電話 025-288-5221 FAX 025-283-2777	
指 定 年 月 日	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	平成24年12月 1日 平成24年12月 1日
事 業 者 番 号	1570111235	
事 業 の 種 類	短 期 入 所 生 活 介 護 事 業（従来型、空床利用） 介 護 予 防 短 期 入 所 生 活 介 護 事 業（従来型、空床利用）	
事 業 の 目 的	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持及び利用者の家族の身体的並びに精神的負担の軽減を図ることを目的に適切な介護サービスを提供します。	
利 用 定 員	特別養護老人ホーム 美咲の里の入居者定員 40 人の範囲内	
居 室 面 積	一人あたり 11.03 ㎡以上	
食 堂 兼 機 能 訓 練 室	193.92 ㎡ 他 談話エリア	
消 火 設 備	消火器・スプリンクラー・非常用出入口	
介 護 設 備 等	①送迎車両	ハイエース、ラクティス、アトレー
	②移動用車イス	普通車イス、リクライニング式車イス
	③歩行補助具	歩行器
	④居室ベッド	介護用ベッド・電動式介護用ベッド
	⑤ベッド柵	差し込み式ベッド柵、L字式柵等
	⑥転倒予防機器	センサーマット、転倒予防クッション
	⑦入浴機器	家庭浴槽、座位式浴槽、特殊浴槽
	*その他の介護物品に関しては、担当者でご相談ください *車イス・歩行器等で自宅にて使い慣れたものがあれば持参しても構いません	
サ ー ビ ス 営 業 日	年中無休	
通常の事業の実施区域	新潟市中央区、新潟市西区、新潟市東区、新潟市江南区	
相 談 受 付 時 間	8：30～17：30	
相 談 対 応 者	生活相談員	
苦 情 解 決 責 任 者	管理者	

3 提供するサービスの内容

(1) 提供するサービス内容と対象者

サービス内 容	対 象 者
短 期 入 所 生 活 介 護	要介護度 1 から要介護度 5 の方が対象となります。
介 護 予 防 短 期 入 所 生 活 介 護	要支援1・2の方が対象となります

(2) 提供するサービス内容

居宅サービス計画書及び個別サービス計画書に基づき当施設に短期間の入所をしていただき、その間に日常生活全般における介護サービスを提供します。(第1条から第6条)

	サービス内容
短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	①送迎サービス 自宅から当施設までの間の送迎サービスを実施します
	②健康管理 介護者の代わりに健康チェックを実施します 介護者に代わり主治医の指示のもと服薬管理、処置等を実施します ＊病院ではないため、専門的な医療行為は実施できません
	③日常生活全般における介護サービス 食事時の見守りと介助を行います 入浴時の見守りと介助を行います 排泄時の見守りと介助を行います その他、日常生活において、必要な介護サービスを提供します
	④機能訓練 日常生活動作訓練を中心に機能訓練を実施します
	⑤相談助言 介護についての相談助言を行います
	⑥個別サービス計画書の作成 居宅介護サービス計画書に基づき、個別サービス計画書を作成し 利用者の状態に合わせた介護サービスを提供します

＊当施設のサービス内容は、介護保険法に規定された範囲内でのサービス提供となります。

利用者が希望する個別的なサービスについては、施設の可能な範囲内での提供となります。詳細につきましては、担当の生活相談員にご相談ください。

(3) 個別サービス計画書(短期入所生活介護計画書・介護予防短期入所生活介護計画書)の作成

事業者は利用者の心身の状況や家族・関係者等の生活環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画書」に従い、「個別サービス計画書」を作成し、その内容に沿った介護サービスを提供します。

4 職員の配置状況

(1) 職員の配置

当施設は、入居者に対してサービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。
 なお、要員については、指定基準を遵守します。

職 種	資 格	配置人員
管理者		1人(兼務)
医師		1人以上(非常勤、兼務)
生活相談員	社会福祉士、社会福祉主事	2人以上
介護職員	介護福祉士等	12人以上
看護職員	看護師、准看護師	1人以上
機能訓練指導員(兼務)	理学療法士等	1人以上
管理栄養士(兼務)	管理栄養士	1人以上

(2) 配置職員の業務内容

職 種	業務内容
医師	利用者の健康状態による必要な措置
生活相談員	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います
介護職員	利用者の日常生活全般の介護サービスを提供します
看護職員	利用者の健康管理等を行います
機能訓練指導員(兼務)	日常生活動作訓練を中心とした機能訓練を行います

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤務時間
生活相談員	8:30～17:30
介護職員	標準的な職員配置 ユニット型 早番 7:00～16:00 / 日勤 8:30～17:30 / 遅番 10:00～19:00 準夜 14:30～23:30 / 深夜 23:30～ 9:10
看護職員	標準的な職員配置 早番 7:30～16:30 / 日勤 8:30～17:30 / 遅番 9:30～18:30 ＊以降は、自宅待機の看護師が対応します。
機能訓練指導員	8:30～17:30(特別養護老人ホームと兼務)

(4) 第三者評価事業の有無

実施なし

5 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

サービス	サービス内容
①食事 (食材料費及び調理費は(3)による。)	・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに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 ・利用者の自立支援のため共同生活室にて食事をとることを原則としています ・可能な限り、利用者の嚥下状況に合わせた食事を提供します。なお、施設で提供できる食事形態は、常食・一口大・刻み・ミキサー食・ムース食等です。ご自宅の食事形態に可能な限り合わせますが、変更する場合もございますので、ご了承ください。また、食事形態の変更を希望する場合は、お申し出ください。 ＊当施設で提供する食事以外の持ち込みに関しては、必ず事前にご連絡ください。事前の連絡がない場合は、責任を負いかねますのでご了承ください。
②入浴	・当施設では、家庭浴槽、一般浴槽、座位式浴槽、臥床式浴槽を準備しております。利用者の身体状況に配慮した浴槽を使用します。 ・原則として、週 2 回の入浴サービスを提供します。体調不良等で入浴できない場合は、全身清拭を実施します。
③排泄	・利用者の排泄介助を実施します
④機能訓練	・利用者の心身の状況に応じて、日常生活動作訓練を中心とした機能訓練を実施します
⑤健康管理	・看護職員が日々の健康管理を実施します ・かかりつけの主治医の指示に沿った看護や処置等を実施します
⑥その他の自立への支援	・生活のリズムを考え、可能な限り離床していただけるように配慮します ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な居室環境を整えます

(2) 介護保険の給付対象となるサービスの利用料

このサービスを利用するに当たり利用者が負担する利用料は次のとおりです。

① 基本料金(1 日あたり)

＊「施設サービス費」と「各種加算」の1月あたりの合計単位数に地域区分単価数(10.17 円)を乗じ介護保険負担割合証に定められた利用者負担割合に応じた金額をご負担頂きます。

《介護予防短期入所生活介護サービス費》

要介護度	1 日あたり	31 日以上利用した場合の 1 日あたり
要支援1	451 単位	442 単位
要支援2	561 単位	548 単位

《短期入所生活介護サービス費》

要介護度	1 日あたり	31 日以上利用した場合の 1 日あたり
要介護1	603 単位	573 単位
要介護2	672 単位	642 単位
要介護3	745 単位	715 単位
要介護4	815 単位	785 単位
要介護5	884 単位	854 単位

＊介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、利用者の負担額を変更することがあります。また、このような場合には、事前にその負担額を通知します。

②各種加算（以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。）

区分	1日あたり単位数	加算内容
機能訓練指導体制加算	12 単位	常勤の機能訓練指導員を配置し、状態に応じて日常生活動作訓練を中心とした機能訓練を実施した場合
個別機能訓練加算	56 単位	専従の機能訓練指導員を配置し、個別機能訓練計画を作成し、適切な機能訓練が行われている場合
看護体制加算(Ⅰ)	4 単位	常勤の看護師を1名以上配置した場合 (短期入所生活介護サービスのみが対象)
看護体制加算(Ⅱ)	8 単位	看護職員と24時間の連絡体制を確保した場合 (短期入所生活介護サービスのみが対象)
送迎加算	片道 184 単位	当施設より自宅まで送迎を行った場合
夜勤職員配置加算	18 単位	夜間帯において基準以上の職員を配置して介護を提供した場合 (予防は除く)
療養食加算	1食 8 単位	疾病による療養食(糖尿病食等)を提供した場合
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位	・介護福祉士 80%以上 ・勤続10年以上介護福祉士 35%以上 いずれかに該当した場合
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位	・介護福祉士 60%以上の配置をした場合
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 単位	・介護福祉士 50%以上 ・常勤職員 75%以上 ・勤続7年以上 30%以上 いずれかに該当した場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	7日 まで 200 単位	認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した場合に加算
若年性認知症利用者受入加算	120 単位	若年性認知症の利用者ごとに個別の担当者を定め、その担当者を中心に該当利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に加算
在宅中重度者受入加算	421 単位	看護体制加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定しており、サービス利用中に利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業者に、健康上の管理等を行わせた場合に加算
緊急短期入所受入加算	7日 まで 90 単位	居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合(予防は除く)
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月 あたり 100 単位	リハビリテーションを実施している医療提供施設等の理学療法士等や医師からの助言を受ける体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等した場合
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月 あたり 200 単位	上記の理学療法士等や医師が訪問して行う場合
口腔連携強化加算	50 単位	事業所の従業者が、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
看取り連携体制加算	64 単位	・看護体制加算(Ⅰ)または(Ⅲ)イ若しくはロを算定しており、かつ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 ・看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者またはその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ている

区分	1日あたりの単位数	加算内容
生産性向上推進体制加算	1月あたり 10 単位	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見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している
介護職員等処遇改善加算	その方によって異なります	基本介護サービス費の他に各種加算を加えた合計額×14.0%で換算

＊介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、利用者の負担額を変更することがあります。また、このような場合には、事前にその負担額を通知します。

＊各種加算については、職員の配置等により、変更する場合があります。このような場合においても、事前にその負担額を通知します。

＊利用者の方に介護保険料の未納がある場合、給付割合が変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更することがあります。

(3) 日常生活に係るサービス及び料金

これ以外に実費を要した場合は、別途ご負担いただきます。

＊介護保険の給付対象とならないサービス料金ですが、介護保険負担額認定証が適用されます。

①【食事提供に要する費用(食材料費及び調理費)】

食事提供に 要する費用	利用者負担段階			
	第4段階	第3段階 ① / ②	第2段階	第1段階
多床室	朝食 500 円 昼食 610 円 夕食 610 円	1 日 ① 1,000 円 / ②1,300 円	1 日 600 円	1 日 300 円

＊社会情勢等やむを得ない事由がある場合、食費を変更する場合があります。

このような場合には、事前にその負担額を通知します。

＊利用者負担第4段階の利用者については、実際に召し上がられた食費

(朝食 500 円・昼食 610 円・夕食 610 円) の負担となります。

②【居住費】

居住に 要する費用	利用者負担段階			
	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
多床室	1 日 1,674 円	1 日 430 円	1 日 430 円	1 日 0 円

＊社会情勢等やむを得ない事由がある場合、居住費を変更する場合があります。このような場合には、事前に文書により同意を得ることとします。

なお、食費・居住費に関して、介護保険負担限度額認定証をお持ちでない方は、通常(第4段階)の利用料金を頂戴します。

【介護保険の給付限度額を超えるサービス】

超過している分のサービス利用料金(介護給付対象部分)の全額が自己負担となります。

(4) その他の日常生活に要する諸費用

日常生活に要する諸費用につきましては、別途ご負担いただきます。

各 種 項 目	利 用 料 金
1 理美容費	実費
2 個人の希望により、特別に用意する食費・外食費・おやつ代等	実費
3 居室で使用するテレビ(レンタル)の電気料	1日あたり 30 円
4 日常生活上必要となる諸経費 *日常生活に要する費用で負担いただくことが適当であるものに係る費用	実費
5 その他、レクリエーション、クラブ活動等にかかる費用 *事前に利用者および家族の方の同意を得ることとします	実費
6 送迎に係る費用(送迎加算を除く) 実施地域を超えた地域の送迎に要する費用	1km あたり 30 円
7 口座引き落とし手数料	実費

(5) 利用料金のお支払方法

サービスの利用者負担金については、1 か月ごとに計算し、サービスを利用した月の翌々月(2 か月後)の 20 日以降に、ご請求しますので、請求書送付月の月末までに当事業者指定の方法でお支払いいただきます。

お支払いは可能な限り施設の指定する金融機関の普通預金口座からの引き落とし又は事業者の指定金融口座へ振り込んで下さい。振り込みに要する費用は利用者が負担ください。

(6) 利用者負担金の算定例

別紙、利用料金例のとおりです。

6 サービスの変更・追加・中止について

① 利用予定の前に、利用者の都合等により、サービスの変更・追加を行うことは可能です。この場合、必ず利用予定日の前日までに当施設又は担当の介護支援専門員まで申し出てください。

*サービス利用の変更・追加の申し出に対して施設の稼働状況により、ご意向にそいかなる場合もございます。

そのような場合には、他の利用期間又は日時を契約者及び担当の介護支援専門員に提示して、協議します。

②サービスの利用を中止する場合は、お手数でも事前に次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 特別養護老人ホーム 美咲の里 (連絡先 025-288-5221)

サービスの利用を中止する場合は、次のキャンセル料が必要となりますので、できる限り早めにご連絡ください。ただし、体調の急変など、緊急やむ得ない理由により利用を中止する場合は、キャンセル料はいただきません。

【サービスの利用開始日前のキャンセル】

連 絡 の 時 間	キ ャ ン セ ル 料	備 考
利用日の前々日まで(2 日前)	いただきません	
利用日の前日まで(1 日前)	利用日負担の 50%×1 日分	体調の急変の場合はいただきません
利用日の当日	利用日負担の 100%×1 日分	

【サービスの利用開始日以降のキャンセル】

連 絡 の 時 間	キ ャ ン セ ル 料	備 考
サービスの利用中	利用者負担金の 50% ×利用予定日数	体調の急変の場合は いただきません

7 サービス利用中の医療の提供について

(1) サービス利用中に利用者の健康状態に急激な変化が生じた場合やその他医療措置が必要な場合には、身元引受人に連絡しますので、適切な対応をお願いします。なお、急を要する場合は、主治医又は協力医療機関と連絡を取り、救急入院など必要な医療措置が受けられるようにします。

医療に係る自己負担額は、利用者にご負担いただきます。

緊急時の対応については、予め利用者の指定する緊急連絡先に直ちに連絡します。

また、当施設の協力医療機関は次のとおりです。

協力医療機関名	医療法人 恒仁会 新潟南病院
住所	新潟市中央区鳥屋野 2007 番地6
電話番号	025-284-2511

(2) その他、施設において実施する医療行為は、次のとおりです。

なお、当施設では、病院等で実施する専門的な医療行為は実施しておりません。

- ① 定期的な健康管理及び服薬管理
- ② 日常生活を営む上での健康に関する助言・指導
- ③ 介護者が自宅において実施している処置等の医療行為
- ④ 利用者を担当する主治医及び訪問看護師が指示する医療行為等

8 サービスの利用に関する留意事項

複数の方が同時にサービスを利用されますので、他の利用者等のご迷惑にならないようご注意ください。また、施設の諸規則は安全を確保するためのものですのでお守りください。なお、これらの項目に関して、再三にわたって違反する場合は契約書第 12 条の規定により、契約書の解約又はサービスを中止する場合があります。

上記の契約書、重要事項説明書の説明を受け、契約書第 18 条第3項各号の場合における個人情報の使用を含め、本契約書及び重要事項説明書の内容に同意し、身元引受人連署の上契約を締結します。本契約の成立をを証するため、本書2通を作成し、利用者(身元引受人を含む)及び事業者の双方が記名押印し、各自1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者

住所

名前

身元引受人(説明同意者)

住所

名前

事業者

所在地 新潟県新潟市中央区美咲町1丁目23番43号

事業者名 社会福祉法人 にいがた美咲福祉会

代表者 施設長 小林 裕芳

説明者 ()