

「しらとりハワイアンデイ
短期入所生活介護事業所」
(介護予防)
重要事項説明書

社会福祉法人 征峯会
しらとりハワイアンデイ
筑西市上平塚748-1
電話 0296-48-9986

当事業所は介護保険の指定を受けています

茨城県指定

(第0872700810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いたします。事業所の概況や提供されるサービスの内容、契約上にご注意いただきたいことを次の通りご説明いたします。

当事業所の利用は、原則として要介護認定の結果「要支援1・2」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも利用は可能です。

目次

1.	事業者	2
2.	事業所の概要	2
3.	居室等の概要	2
4.	職員の配置状況	3
5.	当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6.	契約の終了について	7
7.	事故発生時の対応	9
8.	高齢者虐待防止について	9
9.	苦情の受付について	8
10.	第三者による評価の実施状況	10
11.	個人情報の使用について	10

1. 事業者

- (1) 経営主体 社会福祉法人 征峯会
- (2) 所在地 茨城県筑西市上平塚590番地の1
- (3) 電話番号 0296-28-1277
- (4) 代表者名 渡辺和成
- (5) 設立年月日 昭和61年11月 1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業所
平成26年4月1日
茨城県 第0872700810号
- (2) 事業所の目的 指定介護予防短期入所生活介護事業所は、介護保険法令に従い、ご契約者が、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に必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護予防短期入所生活介護サービスを提供いたします。
- (3) 事業所の名称 しらとりハワイアンデイ短期入所生活介護事業所
- (4) 所在地 茨城県筑西市上平塚748-1
- (5) 電話番号 0296-48-9986
- (6) 事業所長(管理者) 清水直人
- (7) 開設年月日 平成26年 4月1日
- (8) 利用定員およびユニット数 10名 × 4ユニット 計40床

3. 居室等の概要

当事業所は、10名を一つのユニット（生活単位）としておりますので、生活する場所が分かれています。ご利用する居室は全て個室となります。

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	40室	洗面所・収納スペースあり
食堂・台所・居間・浴室	各1	浴室は一人用のお風呂です。
トイレ	3	共用となります
機械浴	1	機械浴槽設置
医務・看護室	1室	

☆ 居室の決定について

どの居室へ入居するかは、ご契約者の状況と利用期間中の居室利用状況から判断し、当施設で決定します。また、利用期間中でも居室を変更させていただく場合があります。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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	常勤換算	指定基準
1. (管理者)	(1)	1
2. 生活相談員	(1)	1
3. 介護・看護職員	1.5以上	1.4
4. 上記の内看護職員	(2)	1
5. 機能訓練指導員	(1)	1
6. 医師	(1)	1
7. 栄養士	(1)	1
8. 事務員	(2)	

() 兼務

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護予防給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>（契約書第4条参照）

①送迎（通常の送迎実施地域：筑西市、桜川市、結城市、小山市、真岡市）

・契約者の自宅と事業所を短期入所開始時と終了時に限り、事業所の車両で送迎します。（ただし、車両や運転手の関係で、送迎できる時間に限りがあります）

②食事

・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご契約者の自立支援のために離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としていますがご契約者の生活様式に合わせて食事をとる場所を決定します。

(食事時間) 朝食： 8：00 昼食：12：00 夕食：18：00

上記の時間は目安です。食事時間もご契約者の生活様式に合わせて決定します。

③入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。(2泊3日以内のご利用の場合、入浴のサービスは原則1回となります。)

④排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦その他自立への支援

- ・ 寝たきりの防止のため、できる限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)> (契約書第6条参照)

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予防給付費を除いた金額(自己負担金)と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払ください。(サービス料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります)

単独型ユニット型	要支援 1	555
介護予防短期入所生活介護費 (I)	要支援 2	674
入退所時送迎加算		184
機能訓練体制加算 ※1		12
個別機能訓練加算 ※2		56
若年性認知症利用者受入加算 ※3		120
認知症専門ケア加算 (I/II) ※4		3/4
サービス提供体制強化 (I/II/III) ※5		22/18/6
介護処遇改善加算 (I/II/III) ※6	×	5.9%/3.3%/2.97%
特定処遇改善加算 (I/II) ※7	×	2.7%/2.3%
ベースアップ等支援加算 ※8	×	1.6%

(表記の単位数に10.17を乗じた金額が介護サービス費となり、契約者はその金額の1割分又は2割分をお支払いいただくこととなります)

※1 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置している場合加算

※2 ひとりひとりに合わせた個別機能訓練の計画を作成し、実施した場合加算

※3 若年性認知症を患う利用者を受け入れた場合加算

- ※4 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の方が利用者の100分の50以上。認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の方が20人未満の場合は1人以上、20人以上の場合は1に、当該対象者数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施している場合は加算
- ※5 事業所職員の資格保持者・勤続年数の割合によって加算
- ※6、7、8
介護職員の処遇改善の取り組みを実施している場合、その取り組みに応じて介護保険適用分の合計から乗じた額を加算

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、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）。償還払いとなる場合、ご利用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。

☆ 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、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス（契約書第5条参照）

①食材費及び調理コスト代

朝食：450円 昼食：650円 夕食：600円

②滞在費

1日につき2,100円をご負担いただきます。

☆ 食費、滞在費についてはご契約者の利用者負担段階によって料金が変わります。

③レクリエーション等への参加

当事業所では、年間行事として日帰り旅行等の行事を計画しています。

希望により参加いただけますが、参加費は実費をいただきます。

④ご契約者の移送に係わる費用

ご利用者の依頼により、自宅への入退所以外で、ご契約様の送迎を希望される場合には、以下の料金をご負担いただきます。（ただし、車両や運転手の調整が必要となるため、希望する日時に添えない場合があります）

- ・筑西市、桜川市、結城市、小山市、真岡市 1回あたり1,000円(片道)
- ・上記以外

施設から片道おおむね5km未満 1回あたり1,000円(片道)

以降、片道おおむね5km増すごとに1,000円を加算

⑤複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

⑥テレビ使用料

ご本人の希望で、お部屋に備え付けてあるテレビを使用する場合、
1日100円（電気代含む）をいただきます。尚、使用する旨をご契約時に確認させていただきます。

⑦電気製品使用料

個人の希望により居室等で電気製品を使用する場合は、電気製品ひとつにつき40円（日額）をいただきます。尚、使用する旨をご契約時に確認させていただきます。

⑧電話使用料

当施設にて電話を利用した場合、電話を掛けた場所、利用時間に応じて実費相当分をご負担いただきます。

⑨タオルレンタル料

入浴時に使用する、タオル・バスタオルを当施設でご用意させていただく場合、1日に付き110円いただきます。一回に付きタオル・バスタオル各1枚使用できます。

⑩理美容代

利用期間中に散髪を希望される方については実費として1000円をご負担いただきます。

⑪支払い手数料

お支払い時の口座振替等にかかる費用について実費相当分をご負担いただきます。

※その他日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等をご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。※おむつ代は、介護保険給付対象となっています。

☆ 経済状況の著しい変化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場合があります。その場合は変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月までにお支払いください。

(4) 入所中の医療の提供について

当事業所を利用している間、医療機関での診療等が必要になった場合、緊急に医療を必要とする以外は、原則として御家族の方で対応していただくこととなります。

6. 契約の終了について（契約書第17～19条参照）

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような理由がない限り、継続して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、ご利用者に退所していただくことになります。

- ・ 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
- ・ 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ホームを閉鎖した場合
- ・ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ・ 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
- ・ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ・ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

(1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当事業所からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の14日前までに解約届書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ・ 介護予防給付対象外サービス利用料金変更に同意できない場合
- ・ 事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ・ ご契約者が入院された場合
- ・ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由無く本契約に定める介護保険サービスを実施しない場合
- ・ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ・ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財産信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合
- ・ 他のご契約者がご契約者の身体・財産・信用等を傷つけた場合もしくは、傷つけるおそれがある場合において、事業者が適切な対応をとらなかった場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当事業所から退所していただくことがあります。

- ・ ご契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は、不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ・ ご契約が、故意又は重大な過失により事業者又は、サービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は、著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ・ 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かかわらずこれが支払われない場合

7. 事故発生時の対応（契約書第11条参照）

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、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

8. 高齢者虐待防止について

当施設は、別途定める「高齢者虐待防止に関する指針」に基づき、全職員を挙げて虐待の防止に努めます。

9. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

(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窓口で受け付けます。

- 苦情の受付窓口（担当者）
 - 介護課長 山口崇
- 受付時間 随 時

(2) 行政機関その他の苦情受け付け機関

○茨城県国民健康保険団体連合会	電話	029-301-1565
○栃木県国民健康保険団体連合会	電話	028-622-7242
○筑西市介護保険課	電話	0296-24-2111
○結城市介護福祉課	電話	0296-34-0417
○桜川市介護保険課	電話	0296-75-3158
○小山市高齢生きがい課	電話	0285-22-9541
○真岡市いきいき高齢課	電話	0285-83-8094

10. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	②. なし		

11. 個人情報の使用について（契約書第10条3項参照）

契約者及びその家族の個人情報（※）について、次に記載するとおり当事業者が必要最小限の範囲内で使用させて頂く事があります。

（※） ご署名いただいたご家族様の個人情報を含みます。

（1）使用する目的

- ・サービス担当者会議等において他のサービス事業者等と情報を共有・連携し、介護保険法に関する法令等に基づき行う居宅サービス・利用者支援を、適切かつ効果的に実施、提供するため。
- ・緊急時等において、利用者の生命やその他有する権利・利益を保護するため。

（2）使用にあたっての条件

- ・個人情報の使用は（1）に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供が必要となる相手以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ・事業者は、個人情報を使用した状況等の記録を保管しておくこと。

（3）個人情報の内容（例示）

氏名、住所、利用者の心身の状況やその置かれている環境、支援を行う上での課題、健康状態、病歴、家庭状況等。

令和 年 月 日

介護予防短期入所生活の介護サービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

しらとりハワイアンデイ短期入所生活介護事業所

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、指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に同意します。

契約者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

印