

短期入所生活介護
介護予防短期入所生活介護
あんず重要事項説明書

あんずは介護保険の指定を受けています。

高知県指定 第3970500660号

社会福祉法人 正晴会

1. 事業所の運営方針

(介護予防) 短期入所生活介護あんずは、居宅サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活の継続を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができることを目的とする。

2. 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 正晴会 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 あんず
所在地	高知県土佐市高岡町甲969番地1
代表者	理事長 井上 妙子
電話番号	088-855-5403
FAX番号	088-821-7016
事業者指定番号	第 3970500660 号

3. 職員の配置状況

(主な職員の配置状況)

職 種	常 勤	非常勤	計
施設長(兼務)	1名		1名
医師(委託)		1名	1名
生活相談員	2名		1名
機能訓練指導員(兼務)	1名		1名
管理栄養士(兼務)	1名		1名
看護職員(兼務)	3名以上		3名以上
介護職員	7名以上		7名以上
厨房職員(兼務)	5名以上		5名以上
事務員(兼務)	2名以上		2名以上

(主な職種の勤務体制)

職 種	勤 務 体 制
医 師	毎週1回 10:30~12:00
生活相談員	月~金 08:30~17:30
介護職員	早出 07:00~16:00
	日勤 08:30~17:30
	遅出 10:00~19:00
	夜勤 17:00~09:00
看護職員	早出 08:00~17:00 遅出 10:00~19:00
機能訓練指導員	月 ~ 金 08:30~17:30

4. 設備の概要

定 員		20名	
居室	1人部屋	20室	
食 堂		1室	
機能訓練室		1室	
浴 室		1室	特殊浴槽・一般浴槽があります。
医 務 室		1室	

5. サービスの内容及び利用料金

(1) 介護保険対象サービス

《サービスの内容》

種 類	内 容
食 事	・管理栄養士の立てる献立表により、利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事の提供をします。 ・食事は、できるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 ※ゆっくり食事をして頂く為、20分～30分程度食事時間が早くなる場合があります。 (食事時間) 朝食： 08:00～ 昼食： 12:00～ 夕食： 18:00～
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。 ・おむつを使用せざるを得ない場合には、その心身及び活動状況に適したおむつを提供し、おむつ交換は排泄状況を踏まえて実施します。
入 浴	・年間を通して週2回の入浴、清拭は適宜行います。 ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
介護内容	・利用者の自立と日常生活の充実に資するよう心身の状況に応じた施設サービスに沿って、必要に応じ次にあげる介護項目を適切に行います。 食事、入浴、排泄、おむつ交換、離床、着替え、口腔ケア、整容、体位変換、移動、移乗、リネン交換、レクリエーション、認知症状へのケア、その他の日常生活面の支援。
機能訓練	・機能訓練指導員により、ご利用者の身体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低下を防止するための訓練を実施します。
健康管理	・看護職が健康管理を行います。
相談援助	・利用者、ご家族に対し、利用中の要望、提供するサービス内容等、日常生活上の様々な相談に対応します。
そ の 他	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・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》

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、下記の額をお支払い願います。

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
併設短期生活Ⅰ	日額	451円	561円	603円	672円	745円	815円	884円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	日額	18円			介護福祉士の割合が60%以上			
専従の機能訓練指導員を配置	日額	12円						
介護送迎加算	片道	184円						
介護職員処遇改善加算Ⅰ	日額	所定単位数×0.083 令和6年5月31日算定終了			キャリアパス・職場環境等の処遇改善			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	日額	所定単位数×0.027 令和6年5月31日算定終了			処遇改善加算を算定、職場環境等の改善および特定処遇改善の可視化			
介護職員等ベースアップ等支援加算	日額	所定単位数×0.016 令和6年5月31日算定終了			介護職員等の人材確保及び定着に向けた取り組み			
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	日額	所定単位数×0.140 令和6年6月1日算定開始			上記処遇改善加算を統合			
1日あたりおよその自己負担額合計 ※令和6年6月1日算定開始の介護職員等処遇改善加算Ⅰで算出		968円	1093円	1141円	1220円	1303円	1383円	1461円

※自己負担額は1割、2割、3割と負担割合証に応じた金額となります。上記の金額は介護サービス費に係る自己負担額及びその他の加算ともに1割負担を基準に記載しております。

○事業所の体制変更・利用者の身体状況変化等により加算内容の変更があります。

今後算定の可能性がある対象サービス料金は以下のとおりです。

看護体制加算Ⅰ	日額	4円	・常勤1名配置 ・オンコール体制 ・一定期間で要介護3以上が70%
看護体制加算Ⅱ	日額	8円	
看護体制加算Ⅲ	日額	12円	
療養食加算	1食	8円	療養食対象者のみ算定
医療連携強化加算	日額	58円	看護体制加算Ⅱ算定、看護職による3回以上の巡視。緊急時の取り決めかつ利用者の同意。
夜勤職員配置加算Ⅰ	日額	13円	・夜勤職員1名を加配 ・Ⅰに加え喀痰吸引のできる職員の配置
夜勤職員配置加算Ⅲ	日額	15円	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	日額	22円	介護福祉士80%以上 介護福祉士50%以上
サービス提供体制強化加算Ⅲ	日額	6円	
個別機能訓練加算	日額	56円	専従の機能訓練指導員を配置し計画書を作成。訓練の実施、評価を行い3ヶ月に1回見直しをする。
緊急短期入所受入加算	日額	90円	居宅プランに計画されておらず緊急の必要性をCMが認めていること。利用の理由、期間、受け入れ後の対応記録
介護職員処遇改善加算Ⅱ	日額	所定単位数×0.060	認知症ランクⅢ以上の割合50%かつ認知症介護実践リーダー研修修了
介護職員処遇改善加算Ⅲ	日額	所定単位数×0.033 令和6年5月31日算定終了	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	日額	所定単位数×0.136	・職場環境改善と職員定着促進 ・昇給の仕組みの整備
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	日額	所定単位数×0.113	

介護職員等処遇改善加算Ⅳ		所定単位数×0.090 令和6年6月1日算定開始	・介護職員の基本的な待遇改善
生活機能向上連携加算	月額	100円～200円	リハビリを提供している事業所の理学療法士や医師と連携し個別機能訓練計画を作成
認知症専門ケア加算Ⅰ 認知症専門ケア加算Ⅱ	日額	3円 4円	・専門的な認知症ケアを実施 ・Ⅰに加え認知症介護指導者研修終了者配置、指導研修の充実
認知症行動・心理症状緊急対応加算	日額	200円	認知症の行動や症状により緊急に利用が必要と医師が判断。利用開始7日のみ
若年性認知症利用者受入加算	日額	120円	担当者を定め特性やニーズに応じサービス提供行う
在宅中重度受入加算	日額	413円～425円	自宅で訪問看護事業所の看護職員が当施設に訪問し健康管理等実施した場合
生産性向上推進体制加算Ⅰ	月額	100円	下記Ⅱの要件を満たし、見守り機器を複数導入し、厚生労働省に情報提供を行う
生産性向上推進体制加算Ⅱ	月額	10円	見守り機器を1つ以上導入し、厚生労働省に情報提供を行う

(2) 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

負担限度額認定証の段階に応じて料金が設定されています。

令和6年7月31日まで

	食費	居住費
第4段階	1,445円 【内訳】朝食 300円 昼食 550円 夕食 595円	1,171円
第3段階②	1,300円	820円
第3段階①	1,000円	820円
第2段階	600円	420円
第1段階	300円	320円

令和6年8月1日～

	食費	居住費
第4段階	1,445円 【内訳】朝食 300円 昼食 550円 夕食 595円	1,231円
第3段階②	1,300円	880円
第3段階①	1,000円	880円
第2段階	600円	480円
第1段階	300円	380円

(3) コンセントを使う場合の使用料について

- ①居室内に家電製品（テレビ、ホットカーペット等）を持ち込む場合、あんずの職員に必ず伝えて下さい。
- ②居室内の持ち込み家電については、電気代が実費でかかりますのでご注意ください。
- ③申告なく家電を持ち込まれているのを確認した場合は、月の途中からの持ち込みであっても入所日からの電気代を請求させていただきます。

テレビ	18円/日
ラジオ、カセット類	9円/日
ホットカーペット、エアマット	72円/日
加湿器、空気清浄機	36円/日
電気毛布、アンカ、扇風機	10円/日
デジタル家電	約1.7円/日

6. 緊急時等の対応

- (1) 利用期間中に利用者本人の体調や状態に変化があった場合、緊急連絡先へ連絡を行うとともに医療機関への入院やショートステイの利用を中止させていただくことがあります。
- (2) 通院・入退院の対応はご家族でお願いします。
- (3) 必ず24時間連絡対応ができるようお願いします。また緊急連絡先が変更になる場合は事前にお申し出ください。
- (4) 利用者に病状の急変が生じた場合は、速やかにかかりつけ医または施設が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるほか、緊急連絡先・ご家族に速やかに連絡します。急を要する場合は施設側が移送します。

7. 事故発生時の対応

- (1) 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、市町村、当該利用者のご家族に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- (2) (1)の事故状況及び事故に際して採った処置については、事故報告記録簿に記録を行います。
- (3) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。但し自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。
- (4) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための検討と対策をいたします。
- (5) 施設は利用者、ご家族等が故意または重大な過失により、施設、職員、他の利用者の生命身体・財産に損害を与えた場合、その損害を請求します。

8. 第三者評価の実施状況

当法人では提供するサービスの第三者評価は実施していません。

9. 相談窓口・苦情対応

(1) 当事業所における相談等の受付

相談窓口	苦情受付担当者	生活相談員 佐々木 健人 弘田 侑子 中平 千鶴 ※退職、異動等により変更する場合があります。
	苦情受付責任者	施設長 高田 晃成
	受付時間	月曜日～金曜日（年末年始及び祝日を除く） 09:00～17:00
	受付方法	電話番号 088-855-5403 FAX番号 088-821-7016

(2) 行政機関その他苦情受付機関

土佐市役所 健康福祉課	所在地	土佐市高岡町甲2017-1	
	電話番号	088-852-1124	
	FAX番号	088-852-7638	
	受付時間	08:30~17:15	
国民健康保険団体連合会	所在地	高知市丸の内2-5-5	
	電話番号	088-820-8410	
	FAX番号	088-820-8413	
	受付時間	08:30~17:15	
高知県社会福祉協議会	所在地	高知市朝倉戊375-1	ふくし交流プラザ内
	電話番号	088-844-9007	
	FAX番号	088-844-9411	
	受付時間	08:30~17:15	

10. 利用者等からのハラスメントへの対応

職員が安心して働くことができるハラスメントのない労働環境の構築及び利用者に対する継続的で円滑な介護サービスの提供を行う為、事業者として利用者やご家族等によるハラスメント（身体的暴力・精神的暴力・セクシャルハラスメント・その他迷惑行為）が明らかになった場合、適切な対応のもと再発防止に努めます。内容によっては契約解除となります。但し認知症状や疾患による場合はこの限りではありません。

11. 身体拘束、その他の行動制限について

施設は、原則として利用者に対し身体拘束、その他の行動制限を一切行いません。施設の方針についてご理解いただきますようお願いいたします。ただし、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、ご家族に説明を行った上で、その日時、様態や利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。その際は、利用者の負担・苦痛とならないよう十分配慮したうえで行います。

12. 虐待の防止のための措置に関する事項

入居者に対する虐待防止を図るため、管理者を責任者とした虐待防止委員会を設置し、虐待につながる不適切なケアの検証や防止策の検討を行います。また新規採用時及び年2回定期的な研修を実施しています。虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合は、虐待防止責任者が入居者又は職員等より聞き取り調査を行って、内容を記録するとともに、原因や調査結果を確認し、対応策を検討します。虐待が認められる事案は、速やかに市町村等に通報し、ご家族へご報告します。

13. サービスの利用方法

担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）へご相談ください。
介護支援専門員が申込みの手続きを代行します。

14. 利用にあたっての留意事項

- (1) 感染症に罹患し、他利用者等への伝染の恐れがあり、当施設で蔓延等を防ぐ適切など対応ができない場合は、利用を中止させていただきます。
- (2) 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡ください。
- (3) キャンセル料は頂いておりません。
- (4) その他

介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ利用者の同意を得ることになります。

15. その他の留意事項

面会時間	08:30～19:30 来訪者は、必ずその都度職員に声をかけて下さい。 感染症流行期においては面会を制限する場合があります。
外出	原則的にショートステイご利用中の外出は安全保障の観点から対応致しかねます。やむを得ず、外出される場合は、事前にお申し出ください。 必要差し迫る場合を除き、原則的にご利用途中に一時外出をして受診をすることはできません。定期受診がショートステイの利用予定と重ならないように注意をお願いします。
居室、設備 器具の利用	施設内の居室や設備、器具類は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合には、弁償していただくことがあります。
喫煙 迷惑行為等 宗教・賭博行為	施設敷地内はすべて禁煙となっております。 騒音等他の利用者の迷惑になる行為は遠慮願います。 宗教活動や賭博行為は禁止します。
所持品の持込	持参品の持ち込みについては別紙参照（ご利用のしおり）し、必要物品のみ持参してください。必要物品以外の持ち物を持参される場合は自己管理となります。自己管理の持ち物が破損又は紛失した際は、弁償対応にならない場合があります。また危険物や余分な食べ物は、持ち込まないようにお願いいたします。
居室の決定	利用者の健康状態（身体面・精神面）や環境の変化により、居室を変更させて頂く場合があります。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

(介護予防) 短期入所生活介護あんずの締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 高知県土佐市高岡町甲969番地1

事業者名 社会福祉法人正晴会
(介護予防) 短期入所生活介護あんず

説明者 ㊟

(介護予防) 短期入所生活介護あんずの締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

入居者名 _____

代筆者 _____ 続柄 ()

身元引受人氏名 _____ 続柄 ()

個人情報使用同意書

私、（及び私の家族）の個人情報については、下記の記載するところにより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
 - ・居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。
 - ・他の医療機関や国、県、市町村等行政への情報提供及び連絡調整等において必要な場合。
2. 使用する期間
短期入所生活介護あんずを利用している期間。
3. 条 件
個人情報の提供は、必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることがないように細心の注意を払うこと。
4. 使用期限
当事業所の契約開始日より契約終了日まで

同意する

同意しない

<肖像権について>

当施設のホームページ、パンフレット、施設内研修、掲示物、広報誌などにおいて、ご利用者様の映像、写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入ください。

同意する

同意しない

<薬剤情報の紹介について>

短期入所生活介護あんず利用時に、内服薬・時間等確認のために施設職員より薬の処方があった薬局および病院に直接情報提供依頼する事について同意します。

同意する

同意しない

事業者 社会福祉法人 正晴会
(介護予防) 短期入所生活介護あんず
理事長 井上 妙子 様

令和 年 月 日

入 居 者 名

代 筆 者

続柄 ()

身 元 引 受 人 氏 名

続柄 ()

請求書の送付先について

社会福祉法人正晴会（介護予防）短期入所生活介護あんずの利用料金請求書の送付先について、下記の所在に請求書を送付するように希望します。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人正晴会
(介護予防) 短期入所生活介護あんず
理事長 井上 妙子 様

(利用者) 住 所

氏 名

(送付先) 利用者との続柄：

住 所

氏 名

●利用料金の支払方法について

毎月10日までに請求しますので、その月の20日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

- | | | |
|--|---------|----------------------|
| ① 銀行振込み | 口座名 | ：社会福祉法人 正晴会 理事長 井上妙子 |
| | 銀行/支店名 | ：四国銀行 高岡支店 |
| | 口座種別/番号 | ：普通口座 5122604 |
| ② 口座引落とし | 四国銀行 | |
| (※振込み手数料、口座引き落とし手数料は利用者様各位負担とさせていただきます。) | | |

(支払方法を選択の後、いずれかを○で囲んで下さい。)

- ① 現金振込 ② 口座振替(銀行口座からの引き落とし)

※①を選ばれた場合は請求書に記載された指定の口座へ振込をお願い致します。
※②を選ばれた場合は別添の申込用紙を事務局まで提出頂くようお願い申し上げます。