

重要事項説明書

(介護予防)短期入所サービス

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、介護保険法令に基づき、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人の名称	株式会社 想愛
法人所在地	石川県金沢市畝田東3丁目545番地
法人種別	株式会社
代表者氏名	代表取締役 片岡 憲男
電話番号	076-254-0066

2. ご利用施設

施設名称	サンケア畝田ショートステイ
施設所在地	石川県金沢市畝田東3丁目545番地
管理者氏名	辻 祐貴子
電話番号	076-254-0066
FAX番号	076-254-5186
サービスを提供する 通常の実施地域	金沢市・野々市市・白山市・内灘町・津幡町

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	金沢市事業者指定		利用定員					
	指定・更新年月日	指定番号	月	火	水	木	金	土
地域密着型通所介護	2020/11/1	1770105375	18名	18名	18名	18名	18名	18名
介護予防・日常生活支援総合事業	2024/4/1	1770105375	18名	18名	18名	18名	18名	18名
短期入所生活介護	2020/11/1	1770105375	(介護を含む) 30名					
予防短期入所生活介護	2020/11/1	1770105375	30名(介護を含む)					

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的及び 運営方針	要介護(要支援)状態等となった場合においても、その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日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の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並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
-----------------	--

5. 施設の概要

(1)敷地および建物

敷 地		825.00 m ²
建 物	構 造	鉄骨造2階建て
	延べ床面積	990.48 m ²
利用定員		30名

(2)主な設備

設備の種類	室 数	面 積	備 考
1人部屋	30室	内法最小 10.69 m ²	
一般浴室	2階ユニット各1室	内法 3.27 m ²	
機械浴室	1階ユニット1室	内法 9.75 m ²	通所と共用
相談室	1階1室	内法 3.94 m ²	通所と共用
共同生活室	各階1室	内法 85.25 m ²	

6. 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	人数	常 勤		非 常 勤		保 有 資 格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			介護福祉士、防火管理者、介護支援専門員
生活相談員	2	1			1	社会福祉主事任用資格、介護福祉士
看護職員	3	1	1	1		正看護師、准看護師
介護職員	16	13		2	1	介護福祉士、初任者研修
機能訓練指導員	1		1			正看護師
栄養士	2		2			栄養士
嘱託医	1				1	医師免許

7. 営業日および受付時間

営業日	年中無休
受付時間	8時30分～17時30分(お電話のお問い合わせは24時間対応)

8. 利用者負担金

利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担 (費用全体の1割又は2割.3割)
- ② 運営基準「厚生労働省令」で定められた「その他の費用」 (全額、自己負担)
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額、自己負担)

(1)介護保険給付サービス【1割負担】

《短期入所生活介護》

① 単独ユニット型短期入所生活費

	1日の利用料	自己負担	61日以上利用の場合	自己負担
要介護1	7,460 円	746 単位	6,700 円	670 単位
要介護2	8,150 円	815 単位	7,400 円	740 単位
要介護3	8,910 円	891 単位	8,150 円	815 単位
要介護4	9,590 円	959 単位	8,860 円	886 単位
要介護5	10,280 円	1,028 単位	9,550 円	955 単位

② 看護体制加算(Ⅰ) 40 円
ただし介護保険での自己負担は 4 単位/日です。

③ 看護体制加算(Ⅱ) 80 円
ただし介護保険での自己負担は 8 単位/日です。

④ 夜間職員配置加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担は 18 単位/日です。

⑤ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担は 18 単位/日です。

⑥ 送迎加算 片道一回あたり 1,840 円
ただし介護保険での自己負担額は 184 単位/回です。
※実施区域を超えた地点から概ね1kmごとに施設が定める単価にて実費徴収する。

⑦ 若年性認知症利用者受入加算(65歳未満の方) 1,200 円
ただし介護保険での自己負担額は 120 単位/日です。

⑧ 緊急短期入所受入加算 7日間(最大14日間) 900 円
ただし介護保険での自己負担額は 90 単位/日です。

⑨ 連続して30日以上、短期入所サービスを利用した場合、31日目は介護保険分10割負担となり、32日目以降は介護基本単位数より1日-30単位減算・要支援1は503単位、要支援2は623単位になります。

⑩ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)14.0%(月額合計単位数より算出)

⑪ 地域区分7級地 10.17円 (月額合計単位数(処遇改善加算含む)に上乘せ計算)

(2)介護保険給付サービス【2割負担】

《短期入所生活介護》

① 単独ユニット型短期入所生活費

	1日の利用料	自己負担	61日以上利用の場合	自己負担
要介護1	7,460 円	1,492 単位	6,700 円	1,340 単位
要介護2	8,150 円	1,630 単位	7,400 円	1,480 単位
要介護3	8,910 円	1,782 単位	8,150 円	1,630 単位
要介護4	9,590 円	1,918 単位	8,860 円	1,772 単位
要介護5	10,280 円	2,056 単位	9,550 円	1,910 単位

② 看護体制加算(Ⅰ) 40 円
ただし介護保険での自己負担は 8 単位/日です。

③ 看護体制加算(Ⅱ) 80 円
ただし介護保険での自己負担は 16 単位/日です。

④ 夜間職員配置加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担は 36 単位/日です。

⑤ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担は 36 単位/日です。

⑥ 送迎加算 片道一回あたり 1,840 円
ただし介護保険での自己負担額は 368 単位/回です。
※実施区域を超えた地点から概ね1kmごとに施設が定める単価にて実費徴収する。

⑦ 若年性認知症利用者受入加算(65歳未満の方) 1,200 円
ただし介護保険での自己負担額は 240 単位/日です。

⑧ 緊急短期入所受入加算 7日間(最大14日間) 900 円
ただし介護保険での自己負担額は 180 単位/日です。

⑨ 連続して30日以上、短期入所サービスを利用した場合、31日目は介護保険分10割負担となり、32日目以降は介護基本単位数より1日-60単位減算・要支援1は1006単位、要支援2は1246単位になります。

⑩ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)14.0%(月額合計単位数より算出)

⑪ 地域区分7級地 10.17円 (月額合計単位数(処遇改善加算含む)に上乗せ計算)

(3)介護保険給付サービス【3割負担】

《短期入所生活介護》

① 単独ユニット型短期入所生活費

	1日の利用料	自己負担	61日以上利用の場合	自己負担
要介護1	7,460 円	2,238 単位	6,700 円	2,010 単位
要介護2	8,150 円	2,445 単位	7,400 円	2,220 単位
要介護3	8,910 円	2,673 単位	8,150 円	2,445 単位
要介護4	9,590 円	2,877 単位	8,860 円	2,658 単位
要介護5	10,280 円	3,084 単位	9,550 円	2,865 単位

② 看護体制加算(Ⅰ) 40 円
ただし介護保険での自己負担は 12 単位/日です。

③ 看護体制加算(Ⅱ) 80 円
ただし介護保険での自己負担は 24 単位/日です。

④ 夜間職員配置加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担は 54 単位/日です。

⑤ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担は 54 単位/日です。

⑥ 送迎加算 片道一回あたり 1,840 円
ただし介護保険での自己負担額は 552 単位/回です。
※実施区域を超えた地点から概ね1kmごとに施設が定める単価にて実費徴収する。

⑦ 若年性認知症利用者受入加算(65歳未満の方) 1,200 円
ただし介護保険での自己負担額は 360 単位/日です。

⑧ 緊急短期入所受入加算 7日間(最大14日間) 900 円
ただし介護保険での自己負担額は 270 単位/日です。

⑨ 連続して30日以上、短期入所サービスを利用した場合、31日目は介護保険分10割負担となり、32日目以降は介護基本単位数より1日-90単位減算・要支援1は1509単位、要支援2は1869単位になります。

⑩ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)14.0%(月額合計単位数より算出)

⑪ 地域区分7級地 10.17円 (月額合計単位数(処遇改善加算含む)に上乘せ計算)

(4)介護保険給付サービス【介護予防】

《介護予防短期入所生活介護・1割負担》

① 単独ユニット型短期入所生活費

	1日の利用料	自己負担	31日以上利用	自己負担
要支援1	5,610 円	561 単位	5,030 円	503 単位
要支援2	6,810 円	681 単位	6,230 円	623 単位

② サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担額は 18 単位/日です。

③ 送迎加算 片道一回あたり 1,840 円
ただし介護保険での自己負担額は 184 単位/回です。

④ 若年性認知症利用者受入加算(65歳未満の方) 1,200 円
ただし介護保険での自己負担額は 120 単位/日です。

⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)14.0%(月額合計単位数より算出)

⑥ 地域区分7級地 10.17円(月額合計単位数(処遇改善加算含む)に上乗せ計算)

《介護予防短期入所生活介護・2割負担》

① 単独ユニット型短期入所生活費

	1日の利用料	自己負担	31日以上利用	自己負担
要支援1	5,610 円	1,122 単位	5,030 円	1,006 単位
要支援2	6,810 円	1,362 単位	6,230 円	1,246 単位

② サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担額は 36 単位/日です。

③ 送迎加算 片道一回あたり 1,840 円
ただし介護保険での自己負担額は 368 単位/回です。

④ 若年性認知症利用者受入加算(65歳未満の方) 1,200 円
ただし介護保険での自己負担額は 240 単位/日です。

⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)14.0%(月額合計単位数より算出)

⑥ 地域区分7級地 10.17円(月額合計単位数(処遇改善加算含む)に上乗せ計算)

《介護予防短期入所生活介護・3割負担》

① 単独ユニット型短期入所生活費

	1日の利用料	自己負担	31日以上利用	自己負担
要支援1	5,610 円	1,683 単位	5,030 円	1,509 単位
要支援2	6,810 円	2,043 単位	6,230 円	1,869 単位

② サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180 円
ただし介護保険での自己負担額は 54 単位/日です。

③ 送迎加算 片道一回あたり 1,840 円
ただし介護保険での自己負担額は 552 単位/回です。

④ 若年性認知症利用者受入加算(65歳未満の方) 1,200 円
ただし介護保険での自己負担額は 360 単位/日です。

⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)14.0%(月額合計単位数より算出)

⑥ 地域区分7級地 10.17円(月額合計単位数(処遇改善加算含む)に上乗せ計算)

(5)介護保険給付外サービス

① 食費

1500円

朝食

320

円/食

昼食

670

円/食

夕食

510

円/食

負担限度額認定証

第1段階	300	円／日
第2段階	600	円／日
第3段階①	1,000	円／日
第3段階②	1,300	円／日

② 滞在費

2,300円／日

負担限度額認定証

第1段階	880	円／日
第2段階	880	円／日
第3段階①	1,370	円／日
第3段階②		

※ 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の説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

9. (介護予防)短期入所生活介護サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を朝食7時30分から、昼食12時から、夕食17時30分から 提供いたします。 又 体調やご希望に応じて居室での対応も可能です。食材料費については給付対象外です。
入 浴	必要な方は職員が介助いたします。 日常生活レベルにより、シャワー浴、機械による入浴、または清拭を行います。
排泄の介助	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
口腔ケア	口腔内の清潔保持のため、毎食後ご利用者に応じた口腔ケアを実施いたします。 必要な方は職員が介助いたします。
整 容	起床時、臥床時の更衣及び整容の援助を、ご利用者の心身の状況に応じて行います。
機能訓練	ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。 また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持・増進に努めます。
健康管理	入浴前に看護職員が健康状態を確認いたします。 利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。

相談及び援助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送 迎	身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。

(2)介護給付外サービス

サービスの種類	内 容
食材の提供	栄養士による食材の検収により、新鮮で良質な食材を提供いたします。
レクレーション行事	行事計画に基づき、各種レクレーションを提供いたします。 (材料費、飲食代等実費費用がかかる場合があります)
理髪サービス	理容師の出張理髪サービス(実費費用がかかります)
宿泊サービス	利用者様と共に宿泊付き添いをご希望される方につきましてはご相談に応じます。

10. 料金のお支払い方法

料金・費用は毎月15日前後に前月分の利用料金等を請求しますので、22日までに下記の方法でお支払いください。 ① 当施設口座へ振り込みによりお支払いいただく方法（振込み手数料はご負担ください。） ※ ご利用者のお名前で振込をお願いします。 （口座名は カブシキガイシャ ソウアイ ） 北國銀行 泉支店 （普通） 404413 ② 預金口座振替にて引落としにより、お支払いいただく方法（預金口座振替依頼書にお申し込いただきます。 引き落とし手数料は当社にて負担いたします。） お支払いを確認いたしましたら、領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。

11. サービス利用の中止

利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。
当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

キャンセル料	初日の食費相当額
--------	----------

12. 苦情 相談等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

① 当施設相談室	苦情、窓口受付担当者（生活相談員 吉本 和代） 苦情解決責任者（管理者 辻 祐貴子） ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時30分 （苦情は24時間対応） ご利用方法 電話 076-254-0066 FAX 076-254-5186 直接ご面談などによる
----------	--

公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

② 行政機関	金沢市役所 介護保険課	9:00～17:45(土日祝、年末年始除く)
	TEL 076-220-2264	FAX 076-220-2559
	野々市市役所 介護長寿課	8:30～17:15(土日祝、年末年始除く)
	TEL 076-227-6066	FAX 076-227-6252
	白山市役所 長寿介護課	8:30～17:15(土日祝、年末年始除く)
	TEL 076-274-9529	FAX 076-275-2211
	内灘町役場 福祉課	8:30～17:15(土日祝、年末年始除く)
	TEL 076-286-6703	FAX 076-286-6704
	津幡町役場 長寿介護課	8:30～17:15(土日祝、年末年始除く)
	TEL 076-288-2416	FAX 076-288-4354
	石川県福祉サービス運営適正化委員会(石川県社会福祉会館内)	
	TEL 076-234-2556	9:00～17:00(土日祝、年末年始除く)
	石川県国民健康保険団体連合会(介護サービス苦情110番)	
	TEL 076-231-1110	9:00～17:00(土日祝除く)

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『サンケア畝田消防計画』に基づき、対応いたします。
平常時の訓練等 防火設備	別途定める『サンケア畝田消防計画』に基づき、年2回以上夜間及び 昼間を想定した避難訓練を行います(夜間想定は必ず1回は実施)。

14. 業務継続計画の策定(BCP計画)

事業所における感染症や非常災害発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための
及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定した上で従業員に対して周知するとともに必要な
研修及び訓練をそれぞれ年に1回以上実施致します。

15. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所等に連絡するなど必要な措置を講じます。

ご家族	氏名
	連絡先
	勤務先/携帯電話

主治医	医療機関名
	主治医名
	連絡先

嘱託医	医療機関名	tetote clinic
	主治医名	向井 清孝
	連絡先	076-209-0372

16. 損害賠償及び事故発生時の対応について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

※事故発生時の対応

- 1 事業者は、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、必要な措置を講ずる。
- 2 事業者は前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しておく。
- 3 事業者は、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う。

17. 個人情報保護及び秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

個人情報の使用に際し、別紙「個人情報使用同意書」にて予め同意をいただきます。

18. (介護予防)短期入所生活介護計画の作成について

居宅サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、(介護予防)短期入所生活介護計画を作成します。

(介護予防)短期入所生活介護計画の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに(介護予防)短期入所生活介護計画を交付いたします。

19. 感染症対策について

事業者は、感染症の予防、指針の整備及び蔓延防止のための訓練や研修を定期的実施します。また、対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知します。

20. 高齢者虐待防止について

事業者は、虐待の発生またはその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に対して周知を行うとともに必要な指針を整備し研修を定期的開催します。またこれらの取り組みを適正に実施するための担当者を設置致します。

21. 身体拘束廃止について

事業者は、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わないものとする。また、身体拘束廃止のための委員会の設置や必要な指針を整備し、従業員に対して定期的に研修を行います。

22. 認知症介護基礎研修の受講義務

事業者は、介護に直接携わる従業員のうち、医療、福祉関係の資格を有さない従業員について、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

23. ハラスメント防止

事業者は、適切な指定(介護予防)短期入所生活介護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または優越的な関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員の就業環境が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じるものとします。

24. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

居室 ・ 設備 ・ 器具の利用	施設内の居室や設備・器具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、賠償していただくことがあります。 1階玄関、通用口は電子ロックになっています。
喫煙・飲酒	喫煙は施設内の決められた場所以外ではお断りします。 飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品、現金等の管理	基本的に個人で管理していただきます。
宗教活動 ・ 政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
その他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 毎月発行の通信の中で、顔写真の掲載をさせていただくことがあります。 ご了承ください。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

令和 年 月 日

(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。

(介護予防)短期入所生活介護事業者

サンケア 畝田 ショートステイ

説明者職名 生活相談員 氏名 吉本 和代

私は、本書面に基づいて事業所から、重要事項の説明を受け、(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。

ご利用者	住所	〒 _____
	氏名	_____ _____
ご利用者の家族等(家族代表者)	住所	〒 _____
	氏名	_____ _____
	続柄	_____ _____