重 要 事 項 説 明 書

指定（介護予防）短期入所生活介護事業所

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

名称	株式会社　愛里
所在地	921-8155　石川県金沢市高尾台1丁目74番地
代表者職氏名	代表取締役　片岡　憲男
設立年月日	平成　26年　12月　1日
電話番号	076-214-6633
ＦＡＸ番号	076-214-6184

２．事業所

名称	サンケア高尾台　ショートステイ
所在地	921-8155　石川県金沢市高尾台1丁目74番地
管理者氏名	新田　照代
開設年月日	平成　26年　12月　1日
電話番号	076-214-6633
ＦＡＸ番号	076-214-6184
サービス提供実施地域	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	指定年月日	指定番号	利用定員
地域密着型通所介護	2014/12/1	1770105383	月･水･金:17名　火･木･土:18名
介護予防･日常生活支援総合事業	2014/12/1	1770105383	月･水･金:17名　火･木･土:18名（介護含む）
短期入所生活介護	2014/12/1	1770105383	30名
介護予防短期入所生活介護	2014/12/1	1770105383	30名（介護含む）

４．事業の目的と運営の方針

事業の目的と運営方針	**介護保険法令の趣旨にしたがって、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なサービスを提供することを目的とする。また、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、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よう努めるものとする。

５．施設の概要

（１）敷地および建物

敷　地		1,466.55　㎡
建　物	構造	鉄骨造2階建て
	延べ床面積	1,193.70　㎡

（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 10.84 ㎡	
相談室	1階1室	内法 3.94 ㎡	
医務室	1階1室	内法 3.94 ㎡	
共同生活室	各階1室	内法最小 87.17 ㎡	
一般浴室	2階ユニット各 1室	内法 3.20 ㎡	通所と共用
機械浴室	1階 1室	内法 10.92㎡	通所と共用

６．職員体制

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・介護支援専門員
生活相談員	1	1				社会福祉主事任用・介護福祉士・介護支援専門員
介護職員	14	10		4		介護福祉士・介護支援専門員・実務者研修終了
看護職員	6	3		3		正看護師・准看護師
機能訓練指導員	1	1				正看護師
医師	1			1		医師
栄養士	1			1		栄養士
事務員	1	1				

７．営業日および受付時間

営業日	年中無休
営業時間	24時間
受付時間	8時30分～17時30分（お電話のお問合せは24時間対応）

８．利用者負担金

利用者負担金は下記のとおりです。

（１）介護保険給付サービス（1割～3割負担）

地域区分	7級地	1単位あたり10.17円

① 単独型ユニット型短期入所生活介護費（I）

	1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
要支援1	561 単位	571 円	1,141 円	1,712 円
要支援2	681 単位	693 円	1,385 円	2,078 円
要介護1	746 単位	759 円	1,518 円	2,276 円
要介護2	815 単位	829 円	1,658 円	2,487 円
要介護3	891 単位	907 円	1,813 円	2,715 円
要介護4	959 単位	976 円	1,951 円	2,926 円
要介護5	1,028 単位	1,046 円	2,091 円	3,137 円

② 看護職員体制加算（Ⅰ）（要介護者のみ）

1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
4 単位	4 円	8 円	12 円

※厚生労働大臣が定める看護師の配置条件に関する基準を満たした場合。

③ 看護職員体制加算（Ⅱ）（要介護者のみ）

1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
8 単位	9 円	17 円	25 円

※厚生労働大臣が定める看護師の配置条件に関する基準を満たした場合。

④ 夜勤職員配置加算（Ⅱ）（要介護者のみ）

1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
18 単位	19 円	37 円	55 円

※厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たした場合。

⑤ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
18 単位	19 円	37 円	55 円

※厚生労働大臣が定める介護福祉士の割合関する基準を満たした場合。

⑥ 送迎加算

1回あたりの単位数	1回あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
184 単位	188 円	375 円	562 円

※利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行った場合。

⑦ 若年性認知症利用者受入加算

1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
120 単位	122 円	244 円	366 円

※若年性認知症の診断がある方に限る。

※算定の際は、個別に担当者を選任し、その方との関わり方やサービスの提供方法等について検討会を開催し、その内容を短期入所計画に反映させることとする。

⑧ 短期生活長期利用者提供減算（要支援のみ／31日～利用）

1日あたりの単位数			1日あたりの自己負担額		
			1割	2割	3割
支援1	503	単位	512 円	1,023 円	1,535 円
支援2	623	単位	634 円	1,267 円	1,901 円

※連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合に限る。

⑨ 短期生活長期利用者提供減算（要介護者のみ／31日～60日利用）

1日あたりの単位数	1日あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
-30 単位	-31 円	-61 円	-92 円

※連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合に限る。

⑩ 短期生活長期利用者提供減算（要介護者のみ／61日以上利用）

1日あたりの単位数			1日あたりの自己負担額		
			1割	2割	3割
要介護1	670	単位	682 円	1336 円	2044 円
要介護2	740	単位	753 円	1505 円	2258 円
要介護3	815	単位	829 円	1658 円	2487 円
要介護4	886	単位	901 円	1802 円	2703 円
要介護5	955	単位	972 円	1943 円	2914 円

⑪ 介護職員等処遇改善加算 Ⅰロ（17.6%）

月の合計単位数の1000分の140に相当する単位数を月の合計単位数に加算する。

（２）介護保険給付外サービス

① 食費　1.880円／日

朝食	400円／食
昼食	820円／食
夕食	660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)	1,030円／日
	第3段階(2)	1,360円／日

② 滞在費（ユニット型個室）　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)	1,470円／日

③ 教育娯楽費　自費
※必要時は事前にご案内させていただきます。

④ 理美容費　自費
※ご希望時にお申し出ください。

※　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。）

※　教育娯楽費、特別食等の材料費（トロミ剤・捕食等）、理美容代金、日用品等は、施設にて一度負担し利用代金とあわせてお支払いしていただくことも可能です。（別紙：自費負担金一覧表参照）

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提供いたします。ご利用者のご希望で食事時間・場所等をお選びいただくことができます。食材料費については保険給付対象外です。
入浴	必要な方は職員が介助いたします。 ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー浴、機械浴、または清拭を行います。
排泄	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	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、健康維持及び増進に努めます。
健康管理	随時（入浴前等）看護職員又は介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。服薬については看護師で管理します。
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

種類	内　容
食材の提供	新鮮で良質な食材を提供いたします。
レクエーション行事	行事計画に基づき、各種行事やレクリエーションを提供いたします。

１０．利用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の請求しますので、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お振込みをお願い致します。
口座名　　カブシキガイシャ　アイリ
北陸銀行　　金沢支店　　（普通）　　6123728

② 預金口座振替より引き落としにてお支払いただく方法　（預金口座振替依頼書のお申込みいただきます。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、お支払いの翌月に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

ご利用者・ご家族のご都合でサービスを中止する場合には、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。
但し、ご利用者の病変、急な入院等で事業所への連絡ができない場合にはこの限りではありません。

キャンセル料	初日の食費相当額（400円～1.880円）

１２．苦情・ご相談等の窓口

サービスに関する苦情・ご相談については、次の窓口で対応致します。

①　当施設相談室	苦情受付担当者　（　生活相談員　濱田　いづみ　） 苦情解決責任者　（　管理者　新田　照代　） ご利用時間　8時30分～17時30分（苦情は24時間対応） ご利用方法　電話　076-214-6633 ＦＡＸ　076-214-6184 直接ご面談などによる

次の公的機関においても苦情申立ができます。

②　公的機関	金沢市　介護保険課 住所：金沢市広坂1丁目1番1号 受付時間：平日 9:00～17:45　ＴＥＬ：076-220-2264
	石川県国民健康保険団体連合会 住所：金沢市幸町12番1号　石川県幸町庁舎4階 受付時間：平日 9:00～17:00　ＴＥＬ：076-231-1110
	石川県福祉サービス運営適正化委員会 住所：金沢市本多町3丁目1番10号　社会福祉会館2階 受付時間：平日 9:00～17:00　ＴＥＬ：076-234-2556
	内灘町役場　福祉課 住所：河北郡内灘町字大学1丁目2番地1 受付時間：平日 8:30～17:15　ＴＥＬ：076-286-6703
	津幡町役場　福祉課　介護保険係 住所：河北郡津幡町字加賀爪ニ3番地 受付時間：平日 8:30～17:15　ＴＥＬ：076-288-2416
	野々市市　介護長寿課　介護保険係 住所：野々市市三納1丁目1番地 受付時間：平日 8:30～17:15　ＴＥＬ：076-227-6066
	白山市　長寿介護課 住所：白山市倉光二丁目1番地 受付時間：平日 8:30～17:15　ＴＥＬ：076-274-9529

１３．非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『サンケア高尾台消防計画』に基づき、対応いたします。
避難訓練	別途定める『サンケア高尾台消防計画』に基づき年2回以上、避難訓練を行います。
防火設備	非常警報設備、スプリンクラー設備、非常用照明、誘導灯、消火器
保守点検	防火管理者立会いのもと、保守業者に依頼して行います。

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、ご家族、主治医や医療機関、居宅介護支援事業所等に連絡する等、必要な措置を講じます。
緊急時の連絡先等については別紙「緊急連絡／搬送先」に基づき、対応致します。

１６．嘱託医

嘱託医名	主な診療科	所在地	電話番号
中浜内科胃腸科医院	胃腸科・内科	金沢市三馬1丁目131	076-243-7322

１７．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ご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、ご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共に、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。

１８．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、ご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。

１９．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、短期入所生活介護計画書を作成します。短期入所生活介護事業計画書の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はそのご家族に対してご説明し、同意を得るとともに短期入所生活介護計画書を交付致します。

２０．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に実施します。また、対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知します。

２１．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に開催し、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に開催します。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。

２２．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。

２３．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。

２４．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者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。

２５．当施設をご利用の際に留意いただく事項

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。
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。
現金等の管理	基本的に貴重品の持参をご遠慮していただいております。
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。 基本的に飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 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。

２６．第三者による評価の実施状況

第三者評価による 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		

令和　　年　　月　　日

指定（介護予防）短期入所生活介護事業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。

指定（介護予防）短期入所生活介護事業所　サンケア高尾台

説明者職名　　生活相談員　　氏名　　濱田　いづみ

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、指定（介護予防）短期入所生活介護事業の提供開始に同意しました。

ご利用者　　住所

氏名

ご家族代表者　　住所

氏名

続柄

利用者が身体の状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、利用者に代わって、その署名を代筆いたしました。

署名代筆者　　住所

氏名

続柄

ご利用者及びご家族代表者は、当事業所発行の広報誌等における利用者個人の写真掲載に

☐ 同意します　　☐ 同意しません