

# 「指定介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）」重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

## ◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 介護予防短期入所生活介護事業所の概要・・・・・・・・	1
3. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・	3
4. 当施設が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・	4
5. 入院中の医療の提供について・・・・・・・・	7
6. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・	7
7. 事故対応および報告について・・・・・・・・	7

### 1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 一善会
法人所在地	〒523-0084 滋賀県近江八幡市船木町59番地3
電話番号	(代表) 0748-34-7123
代表者氏名	理事長 中川 宗孟
設立年月日	平成10年3月25日

### 2. 介護予防短期入所生活介護事業所の概要

#### (1) 事業所の種類

介護予防短期入所生活介護事業所  
滋賀県2570400016号指定

\* 当事業所は指定介護老人福祉施設赤煉瓦の郷に併設されています。

#### (2) 事業所の目的

介護予防短期入所生活介護事業は、介護保険法の規定にもとづき、要支援状態等にある利用者に対し、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

(3) 事業所の名称 社会福祉法人一善会 ショートステイ 赤煉瓦の郷

- (4) 事業所の所在地 滋賀県近江八幡市船木町59番地3
- (5) 電話番号 0748-34-7123 FAX 0748-34-7124
- (6) 施設長名 中川 昌子
- (7) 運営方針  
本事業の運営に当たっては、日本国憲法第25条、老人福祉法、及び介護保険法の基本理念に基づき利用者の人権を尊重し、関係市町村、地域の保険・福祉・医療サービス提供者と綿密な連携を図り総合的なサービスの提供を行う。
- (8) 開設年月日 平成18年4月1日  
(短期入所生活介護事業所は平成11年4月1日に開設しております。)
- (9) 利用定員 16名 (短期入所生活介護の定員16名と共通です。)
- (10) 通常の事業実施区域 近江八幡市・東近江市の内旧能登川町、五個荘町区域

(11) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室の変更：ご利用者から居室変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

居室・設備の種類	室数	備考
4人部屋	4人部屋・個室にて16床をショートステイとしてご用意	4人部屋1室で4床のうち2床
個室		個室14室で14床
食堂	1	
機能回復訓練室	1	
浴室	1	一般浴槽・特殊浴槽
医務室	1	

\*上記は厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。指定介護短期入所生活介護と共通です。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して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介護老人福祉施設とあわせて、以下の職種の職員を標準配置しています。

(人)

職種	員数	常勤		非常勤		指定基準
		専	兼	専	兼	

施設長 (管理者)	1	1				1
医 師	1				1	必要数
介護支援専門員	1	1				1
生活相談員	1	1				1
介護職員	40	19		21		介護職員・看護職員と合せ入所者3名ごとに1以上
看護職員	7	2		5		
管理栄養士	2	2				1以上
機能訓練指導員			1			1以上

平成28年4月現在

<主な職種の勤務体制> 介護老人福祉施設とあわせてです。

職 種	勤 務 体 制
施設長 (管理者)	勤務時間 8:30 ~ 17:30
医 師	毎週 金曜日 13:00 ~ 15:00
介護支援専門員	勤務時間 8:30 ~ 17:30
生活相談員	勤務時間 8:30 ~ 17:30
介護職員	標準な時間帯における最低配置人員 早朝：3名 日中：7名 夜間：3名
看護職員	標準勤務時間 8:30 ~ 17:30
管理栄養士	勤務時間 9:00 ~ 18:00
機能訓練指導員	標準勤務時間 8:30 ~ 17:30

※業務の都合上勤務時間を変更することがあります。

※短期入所生活介護と兼務です。

#### 4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスには、以下の2種類があります。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</li> <li>(2) 利用料金の全額をご利用者にご負担いただく場合</li> </ul> |
|--|

(※料金については 別紙1・2料金表 を参照してください。)

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスは、利用料金の8割または9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

種 類	内 容
介 自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>*介護予防サービス計画にもとづいて可能な限り適切な移動、食事、排泄、入浴、更衣など介護を行います。</li> <li>*寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。</li> <li>*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。</li> <li>*清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容ができるよう援</li> </ul>

1	護 サ ー ビ ス		助します。
		入 浴	*入浴又は清拭を週2回行います。 *入浴は、一般浴・特殊浴があります。
		排 泄	*介護支援サービス計画にもとづいてご利用者の身体能力を配慮した援助を行います。
		健 康 管 理	*医師や看護職員が健康管理を援助します。
		生 活 相 談	*ご利用者の生活上の相談に応じます。
		レクリエーション	*レクリエーションプログラムにしたがって実施します。
2	サービス提供体制強化加算Ⅲ		*一定以上の勤続年数を有する者を一定割合以上配置し、入所者により質の高いサービスを提供します。
3	療 養 食 加 算		*医師の指示に基づく療養食を提供します。
4	若年性認知症利用者受入加算		*若年性認知症の利用者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供します。
5	送 迎		*自宅から当施設まで往復送迎いたします。 *通常の事業の実施区域を超えて行う場合は介護保険の給付対象外です。

#### <サービス料金（1回あたり）>

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保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービス利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

#### <1割負担>の場合

<従来型個室>		要支援 1	要支援 2
1	a. 入居者のサービス利用料金	4,330円	5,380円
	b. うち介護保険から給付される額	3,897円	4,842円
	c. サービス利用に係る自己負担金	433円	538円
2	d. サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円	
自己負担額 c + d 合計		439円	544円
<多床室>		要支援 1	要支援 2
1	a. 入居者のサービス利用料金	4,380円	5,390円
	b. うち介護保険から給付される額	3,942円	4,851円
	c. サービス利用に係る自己負担金	438円	539円
2	d. サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円	
自己負担額 c + d 合計		444円	545円

#### <2割負担>の場合

<従来型個室>		要支援 1	要支援 2
	a. 入居者のサービス利用料金	4,330円	5,380円

1	b. うち介護保険から給付される額	3,464円	4,304円
	c. サービス利用に係る自己負担金	866円	1,076円
2	d. サービス提供体制強化加算Ⅲ	12円	
自己負担額 c + d 合計			
		878円	1,088円
<b>&lt;多床室&gt;</b>		<b>要支援 1</b>	<b>要支援 2</b>
1	a. 入居者のサービス利用料金	4,380円	5,390円
	b. うち介護保険から給付される額	3,504円	4,312円
	c. サービス利用に係る自己負担金	876円	1,078円
2	d. サービス提供体制強化加算Ⅲ	12円	
自己負担額 c + d 合計			
		888円	1,090円

その他必要となる時に発生する介護保険の給付の対象となるサービスの自己負担額  
 < 1割負担 > の場合

3	療養食加算	23円
4	若年性認知症利用者受入加算	120円
5	送迎加算（片道）	184円

< 2割負担 > の場合

3	療養食加算	46円
4	若年性認知症利用者受入加算	240円
5	送迎加算（片道）	368円

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

6	介護職員処遇改善加算 I	上記1～5の自己負担額加算の5.9%
---	--------------	--------------------

☆本事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービス（現物給付）であるときは、その1割の額とする。法定代理受領サービスでないときは、その全額とし、サービス提供証明書を交付する。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

区分支給限度基準を超えるサービスは、全額がご利用者の負担となります。

以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者の負担となります。

食事の提供に要する費用	<p>*利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。実費相当額の範囲内で負担して頂きます。</p> <p>*ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。</p>	<p>朝食 230円          昼食 650円          夕食 500円          （1日当たり）          1,380円</p>
-------------	---	---

	介護保険負担限度額表																				
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階																	
	300円	390円	650円	1,380円																	
個人の希望による特別な食事の提供に要する費用	<p>*個人の希望による特別な食事の提供いたします。 *実費を御負担いただきます。</p>				実費																
居住の提供に要する費用	<p>*この施設の設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用の方につきましては、光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）を御負担していただきます。 *ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日当たり）のご負担となります。</p> <p>介護保険負担限度額表</p> <p>(1) 従来型個室</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>第1段階</th> <th>第2段階</th> <th>第3段階</th> <th>第4段階</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>320円</td> <td>420円</td> <td>820円</td> <td>1,150円</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2) 多床室</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>第1段階</th> <th>第2段階</th> <th>第3段階</th> <th>第4段階</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0円</td> <td>370円</td> <td>370円</td> <td>840円</td> </tr> </tbody> </table>				第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	320円	420円	820円	1,150円	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	0円	370円	370円	840円	<p>従来型個室 1,150円/日</p> <p>多床室 840円/日</p>
第1段階	第2段階	第3段階	第4段階																		
320円	420円	820円	1,150円																		
第1段階	第2段階	第3段階	第4段階																		
0円	370円	370円	840円																		
複写物の交付	*ご利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合にはご負担いただきます。				1枚につき 10円																
文書料	*ご利用者の利用証明書等の費用・領収書の再発行など				1通につき 300円																
電気器具等持込料	*テレビ・電気毛布等を持ち込み、使用される場合にご負担いただく費用です。				1日につき1台 50円																
テレビレンタル料	*テレビを当施設から貸し出し、使用される場合にご負担いただく費用です。				1日につき1台 100円																
個人的に必要となる諸費用	*原則お持込ですが、ご利用者のご依頼によって購入を希望される日用品（入れ歯洗浄剤、歯ブラシ、化粧品、髭剃り等）（おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。）				実費																
教養娯楽費	*ご利用者の希望によって行う趣味等の活動、材料費です。（園芸、花、習字、絵画等）				実費																
レクリエーション等	*季節をふまえたレクリエーション等（ぶどう狩り等）				実費																
理髪・美容	*理容師の出張による理髪サービス（調髪・顔剃り・洗髪）、美容師の出張による美容サービス（調髪・パーマ・洗髪）をご利用いただけます。				実費																
取消料	*利用予定の前日に取り消しの申し出があった場合				500円																

取消料	*利用予定日の当日利用中止の申し出があった場合	1,000円
その他	*ご利用者の嗜好等にかかる経費（おやつ、飲み物等）	50円/回
	*ご利用者からの負担が適当であると認められるもの	実費
	*ご利用者が利用期間終了後も居室を明け渡さない場合に本来の契約終了翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間にかかる料金	介護保険から給付される額と自己負担額を合算した額

☆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ことがあります。その場合事前に変更の内容と事由について、変更を行う2ヵ月前までにご通知します。

### (3) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、月末締め翌月支払いとし、原則、滋賀銀行・関西アーバン銀行およびゆうちょ銀行の自動引き落としとしますが、利用終了時窓口にて現金でお支払いいただく事も可能です。

尚、引き落としに係る経費は、利用者負担でお願いします。

### (4) 利用の停止・変更、追加

- ① 利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、予防短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前々日までに担当の介護支援専門員に申し出てください。必要に応じて介護支援専門員と連絡調整をおこないます。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として上記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- ③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。
- ④ ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既の実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

## 5. 利用中の医療の提供について

利用中の医療については主治医にての対応を原則お願いします。緊急の場合は、下記協力医療機関において診察を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診察を保障するものではありません。また、下記医療機関での診察を義務づけるものでもありません。）

#### 協力医療機関

医療機関の名称	近江八幡市立総合医療センター
所在地	近江八幡市土田町1379

医療機関の名称	ヴォーリス記念病院
所在地	近江八幡市北之庄町492

## 6. 苦情の受付について

### (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専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口      介護老人福祉施設 赤煉瓦の郷 生活相談員 小原裕美  
滋賀県近江八幡市船木町59番地3  
電 話 0748-34-7123  
FAX 0748-34-7124
- 受付時間          毎週月～土曜日 10時～15時  
また、苦情受付箱を事務所前に設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

※近江八幡市役所	所在地 近江八幡市土田町1313
福祉子ども部 高齢福祉介護課	電 話 0748-33-3511
滋賀県国民健康保険	所在地 大津市中央4丁目5-9
団体連合会	電 話 077-522-2651

※ご利用者によって保険者が違うため、お住まいの市役所の窓口にてご相談ください。

## 7. 事故対応および報告について

万一、事故が起こった場合はご家族に連絡致します。

その際、病院受診や緊急の場合はご家族にその旨を伝え、施設側で対応するとともに、ご家族には病院に向かっていただくことをお願いします。

そして、事故が発生した場合は保険者の市町村長へその概況等を報告いたします。



平成 年 月 日

当事業所の指定介護予防短期入所生活介護サービスについて、本書面に基つ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者

説明者 氏 名 印

平成 年 月 日

私は、本書面に基ついで事業者から重要事項の説明を受けました。

利 用 者 住 所  
氏 名 印

(署名することが難しい場合家族等が署名を代行する場合)

署名代行者 住 所  
氏 名 印

(利用者との続柄 ) Tel

成年後見人 住 所  
氏 名 印

(利用者との続柄 ) Tel

身元引受人 住 所  
氏 名 印

(利用者との続柄 ) Tel

\*この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

平成28年4月1日改定

「介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）」  
重要事項説明書

様

社会福祉法人一善会

介護予防ショートステイ 赤煉瓦の郷





