

# 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護

(契約書別紙② 兼 重要事項説明書)

様（利用者）に対する短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の提供開始にあたり、事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 博医会
所在地	新潟市西区小新1140番地1
代表者(職名・氏名)	理事長 蒲澤 崇
設立年月日	平成4年5月12日
電話番号	025-265-7111

## 2. 事業所の概要

事業所の名称	特別養護老人ホーム 白鳥の里	県指定年月日	平成11年 4月 1日
所在地	新潟市西区小新1140番地1	県指定番号	1570100493
電話番号	025-265-7111	管理者	山田 剛
通常の見送の実施地域	新潟市域		

## 3. 設備の概要（介護予防短期入所生活介護事業と共用）

(従来型)

定員	20人		
設備の種類	室数または箇所数	備考	
居室	個室	2室	個室
	2人室	5室	多床室
	4人室	2室	多床室
	計	9室	
食堂	2室		

機能訓練室	1室	
浴室	1室	一般浴槽・特殊浴槽・座位浴槽
便所	3か所	
洗面設備	各居室他 2か所	
医務室	1室	
面談室	1室	

#### 4. 従業者の勤務体制（介護予防短期入所生活介護事業と共用）

職種	員数			職種	員数		
	常勤	非常勤	計		常勤	非常勤	計
医師	人	人	人	栄養士（兼務）	1人	人	1人
生活相談員（兼務）	1人	人	1人	機能訓練指導員（兼務）	1人	人	1人
介護職員	6人	人	6人	調理員	人	人	人
看護師	1人	人	1人	准看護師	人	人	人

#### 5. 提供するサービスの内容

(1) 「短期入所生活介護」及び「介護予防短期入所生活介護」は、事業者が設置する施設（事業所）に短期間入所していただき、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と共にいつまでも在宅での生活が継続できるよう支援するサービスです。

(2) 具体的なサービスの内容は、次のとおりです。

食事の提供	栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を、適切な時間に、十分な時間を確保して提供します。また、利用者の食事の自立に配慮するとともに、可能な限り離床して、食堂（または共同生活室）で召し上がることを支援します。
入浴の介助	利用者が身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、（1週間に2回以上、）適切な方法により、入浴の介助・支援を行います。また、利用者の状態から入浴することが困難な場合は、清拭を行うなど利用者の清潔確保に努めます。
排せつの介助	利用者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排せつ介助等を適切に行います。なお、おむつを使用する利用者については、その心身および活動の状況に適したおむつを提供するとともに、排せつ状況を踏まえて適切に取り替えます。

日常生活上の世話	利用者の1日の生活の流れに沿って、離床、着替え、整容など利用者の心身の状況に応じた日常生活上の介助・支援を適切に行います。
相談及び援助	常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
機能訓練	利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を継続して送るうえで必要な生活機能の改善または維持のための機能訓練を行います。
健康管理	医師および看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。緊急時には、協力病院（新潟医療センター・西新潟中央病院）に責任を持って引き継ぎ、外部の医療機関に通院される時は、できる限り介添えなど支援します。
レクリエーション	必要な娯楽設備を備え、併せて生活を実りあるものにするため、クラブ活動やレクリエーション・季節に応じた行事を行います。

## 6. 業務取扱い方針

- (1) 利用者の心身の状況や家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」、介護予防支援事業者の作成する「介護予防サービス計画」と、わたしたちの作成する「短期入所生活介護計画」、「介護予防短期入所生活支援計画」に従い、自立した日常生活を継続して送ることができるよう、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護を提供します。
- (2) わたしたちは、短期入所生活介護計画書、介護予防短期入所生活支援計画を必ず作成します。

## 7. 担当の職員

担当する職員（生活相談員等）及びその管理責任者は次の者です。

生活相談員	氏名	<b>美谷 透</b>	連絡先	<b>025-265-7111</b>
管理責任者	氏名	<b>山田 剛</b>	連絡先	<b>025-265-7111</b>

ご相談や苦情、連絡がある場合は、上記の者まで、遠慮なく何でもお申し出ください。また、直接職員にお話しされても結構です。

## 8. 利用料金

### (1) 利用者負担金

新潟市は7級地区に区分されていますので、1単位10.17円になります。

次の単位数の合計×10.17が介護保険の費用総額となり、そのうちの9割もしくは8割もしくは7割が介護保険より給付されます。費用総額から介護給付額を引いた額が、利用者の介護保険負担金になります。

※ 利用料及び、加算額は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、自動的に改訂されます。その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

### 【 介護予防短期入所生活介護 】

基本部分		要支援 1	要支援 2
利用料 (1日につき)	多床室	451単位	561単位
*連続利用31日目以降から 右記の単位に変わります		442単位	548単位

加算の種類	加算の要件	加算単位
機能訓練体制加算	常勤・専従の機能訓練指導員を必要数配置している場合	1日につき 12単位
送迎加算	送迎を行う必要があると認められる場合に、自宅と事業所間の送迎を行った場合 *その他の送迎については別途自己負担になります。	片道につき 184単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	利用者数に対して、一定割合以上の介護福祉士を配置し、質の高いケアを実施した場合	1日につき 22単位
療養食加算	療養食加算適用事業所として県知事に届け出を行い、厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合	1日につき 8単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員の処遇改善に関する見直しにより、厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所がサービス提供を行なった場合	合計単位数の 14.0%

【 短期入所生活介護 】

基本部分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料 (1日につき)	多床室	603単位	672単位	745単位	815単位	884単位
*連続利用 61 日目 以降から右記の単 位に変わります		573単位	642単位	715単位	785単位	854単位

加算の種類	加算の要件	加算単位
看護体制加算	常勤の看護師や、基準を上回る看護職員を配置し、手厚い看護体制でサービスを提供した場合	1日につき I : 4単位 II : 8単位
夜勤職員配置加算(I)	利用者数に対して、基準を上回る介護職員を配置し、手厚い夜勤体制でサービスを提供した場合	1日につき 13単位
機能訓練体制加算	常勤・専従の機能訓練指導員を、必要数配置している場合	1日につき 12単位
送迎加算	送迎を行う必要があると認められる場合に、自宅と事業所間の送迎を行った場合 *その他の送迎については別途自己負担になります。	片道につき 184単位
サービス提供体制強化加算(I)	利用者数に対して、一定割合以上の介護福祉士を配置し、質の高いケアを実施した場合	1日につき 22単位
療養食加算	療養食加算適用事業所として県知事に届け出を行い、厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合	1日につき 8単位
長期利用者提供減算	当施設を連続して31日から60日利用された場合 (連続利用31日目から60日目までに適用)	1日につき △30単位
介護職員等処遇改善加算(I)	介護職員の処遇改善に関する見直しにより、厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所がサービス提供を行なった場合	合計単位数の 14.0%

② その他の費用

滞 在 費	<p>普段生活されるときに光熱費等に相当するものです。1日につき次の額をご負担いただきます。</p> <p style="text-align: right;">多 床 室 1日につき <u>915 円</u></p>											
食 費	<p>食材料・調理費等の費用に相当します。</p> <p style="text-align: center;">朝食 450円 昼食 690円 夕食 560円</p>											
お や つ 代	<p style="text-align: right;">1日につき <u>100円</u></p>											
交 通 費	<p>利用者の居住地が、通常の事業の実施区域外である場合で、送迎を行う必要があると認められる場合にご自宅と事業所間の送迎を行った場合 実費（片道の送迎につき_____円）をご負担いただきます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">通常の 事業実施区域から (片道)</td> <td style="text-align: center;">3 km未満の区域</td> <td style="text-align: center;">1, 000円</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">3 km以上10 km未満の区域</td> <td style="text-align: center;">2, 000円</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">10 km以上の区域</td> <td style="text-align: center;">3, 000円</td> </tr> </table>			通常の 事業実施区域から (片道)	3 km未満の区域	1, 000円		3 km以上10 km未満の区域	2, 000円		10 km以上の区域	3, 000円
通常の 事業実施区域から (片道)	3 km未満の区域	1, 000円										
	3 km以上10 km未満の区域	2, 000円										
	10 km以上の区域	3, 000円										
理 美 容 代	<p>理美容サービスを提供した場合、1回につき次の額をご負担いただきます。</p> <p style="text-align: right;">理美容サービス：<u>2, 035 円</u></p>											
電 気 使 用 料	<p>希望により電気器具を使用する場合に、1日につき次の額をご負担いただきます。</p> <p style="text-align: right;">持込電気器具使用料：<u>30 円</u></p>											
特 別 な 食 事 料 日 用 品 購 入 費	<p>利用者のご希望で食事等を提供したり、日常生活用品を購入した場合はそれに要した実費をご負担いただきます。</p>											
そ の 他	<p>ここに定めのないものについては、あらかじめ説明し、了解を得たものについて、ご負担いただく場合があります。</p>											

※ 滞在費と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

※ 滞在費に係る光熱費に大幅な変動があり、やむを得ず滞在費の額を変更するときは、あらかじめ変更後の滞在費の額及びその根拠について説明します。

※ 食費に係る食材費及び調理費用相当分に変更があり、やむを得ず食費の額を変更するときは、あらかじめ、変更後の食費の額及びその根拠について説明します。

【利用者負担金の算定例】

利用者の契約期間の負担金は、おおむね次のとおりです。

\*31日ご利用時の金額（初月分）

要 介 護 度 【 2 】		利 用 料 金			
		一日あたり	日数	小 計	
介 護 サ ー ビ ス 費 内 訳	(介護予防) 短期入所生活介護	672 単位	31	20,832 単位	
	看護体制加算	(Ⅰ)	4 単位	31	124 単位
		(Ⅱ)	8 単位	31	248 単位
	夜勤職員配置加算 (Ⅰ)	13 単位	31	403 単位	
	機能訓練体制加算	12 単位	31	372 単位	
	送迎加算	184 単位	0	0 単位	
	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22 単位	31	682 単位	
	療養食加算	0 単位	0	0 単位	
	長期利用者提供減算	▲ 30 単位	0	0 単位	
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	19,705 × 14.0%	1	2,759 単位	
介 護 サ ー ビ ス 費	介護保険適用合計単位数×10.17 =介護保険適用費用総額 (A)	22,464 単位	10.17	(A) 228,458 円	
	(A)×国保負担割合 =介護保険給付額 (B)	228,458 円	90%	(B) 205,612 円	
	(A)－(B) =利用者様負担額 (C)			(C) 22,846 円	
	(自費分)合計単位数×10.17=			(J) 26,778 円	
そ の 他 の 費 用	居 住 費	915 円	31	(D) 28,365 円	
	食 費	朝食	450 円	31	(E) 13,950 円
		昼食	690 円	31	(F) 21,390 円
		夕食	560 円	31	(G) 17,360 円
	お や つ 代	100 円	31	(H) 3,100 円	
そ の 他 の 費 用	30 円	0	(I) 0 円		
合 計		(C)+(D)+(E)+(F)+(G)+(H)+(I)+(J)=		133,789 円	

## 9. サービスの中止

- (1) 利用者の都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、すみやかに次の連絡先（または6の担当の職員の連絡先）までご連絡ください。

連絡先（電話番号）：025-265-7111

- (2) 利用開始予定日の直前に利用をキャンセルする場合は、次のキャンセル料をいただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用開始予定日当日	850円

※ ただし、利用者の体調の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

## 10. 協力医療機関、緊急時等の対応

- (1) 事業所の協力医療機関は次のとおりです。

名称	所在地	主な診療科名
新潟医療センター	新潟市西区小針3丁目27番11号	内科・外科等
西新潟中央病院	新潟市西区真砂1丁目14番1号	呼吸器内科・整形外科等

- ① サービスを利用しているときに病状が急変した場合その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医または協力医療機関へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。

主治医	病院名		
	主治医氏名		
	電話番号		
ご家族	連絡先 1	氏名	
		電話番号	
	連絡先 2	氏名	
		電話番号	

## 11. 事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、介護予防支援事業者、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。



## 12. 非常災害対策

非常災害への対策として消防設備などの必要な設備を設け、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、非常災害に関する具体的な通報、連携体制等について、定期的に周知しています。

消防計画	届出日	平成5年4月1日			
	防火管理者	長嶋洋行	職種	介護職員	
防災訓練	訓練の種類	避難訓練	通報訓練	消火訓練	災害訓練
	実施回数(1年につき)	2回	2回	2回	1回
防災設備	避難階段	2か所	漏電火災警報器	有	
	避難口	7か所	非常警報装置	有	
	防火戸、シャッター	4か所	避難器具(すべり台、救助袋)	1か所	
	屋内消火栓	4か所	誘導灯および誘導標識	13か所	
	屋外消火栓	1か所	非常電源設備	有	
	スプリンクラー	有	非常通報装置	有	
	自動火災通報設備	有			
	療養室、地下、階段等の内装材料			適	
カーテン、布製ブラインド等の防火性能			適		

## 13. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常時災害の発生時において、利用者に対する短期入所生活介護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(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 事業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 14. 衛生管理等

- (1) 短期入所生活介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業者において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業者における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね6月1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業者における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

## 15. 身体拘束について

- (1) 原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。
- (2) 事業者は身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。
  - ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図るものとする。
  - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
  - ③ 介護職員その他の職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

## 16. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	介護科長 島津 亜希
-------------	------------
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所授業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通知します。

## 17. ハラスメントの防止について

- (1) 事業者において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を越える下記の行為は組織として許容しません。
  - ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
  - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 18. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

## 19. 苦情相談窓口

- ① 事業者が提供するサービスに関する相談や苦情がございましたら、次の担当者までご連絡下さい。

窓 口 設 置 場 所	特別養護老人ホーム <small>しらとり さと</small> 白鳥の里
責 任 者	山田 剛
担 当 者	松井 圭子
連 絡 先 ( 電 話 番 号 )	025-265-7111

- ② 事業者に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦 情 受 付 機 関	連 絡 先 ( 電 話 番 号 )
新潟市介護保険課	025-226-1273
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

- ③ 事業者に対する苦情は、次の委員にも申し立てることができます。公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

苦 情 処 理 第 三 者 委 員 ( 当 施 設 法 人 監 事 )	連 絡 先 ( 電 話 番 号 )
ほそ かわ ひとし 細 川 仁	025-245-0983
さい とう かず お 齋 藤 和 男	0250-68-3189

## 20. サービスの利用に当たっての留意事項

サービスの利用に当たって利用者に注意していただきたいことは次のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、職員に直ちにお申し出ください。
- (2) 複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方のご迷惑にならないようご注意ください。また、職員の指示には必ず従ってください。
- (3) 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の

介護予防支援事業者

\_\_\_\_\_ (電話番号 \_\_\_\_\_ )

居宅介護支援事業者

介護支援専門員 \_\_\_\_\_ (電話番号 025-265-7111)

または当事業所の担当者

特別養護老人ホーム 白鳥の里

生活相談員 \_\_\_\_\_ 美谷 透 \_\_\_\_\_ (電話番号 025-265-7111)

までご連絡ください。

- (4) 作成された短期入所生活介護計画や介護予防短期入所生活介護計画、実施するレクリエーションの内容などについて、ご不満があれば、遠慮なく担当の生活相談員又は介護職員にお申し出下さい。出来る限り対応します。

## 21. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合でも同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。

事業 者 所在地 新潟市西区小新1140番地1

事業者名 社会福祉法人 博医会

代表者職・氏名 理事長 蒲澤 崇 印

説明者職・氏名 生活相談員 美谷 透 印

事業者から上記の内容について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

上記契約書の証として、本契約書2通を作成し利用者及び事業者記名捺印の上、それぞれ 1 部ずつを保管します。

利 用 者 ご住所

お名前 印

代 理 人 ご住所

お名前 印