

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

(令和 6 年 8 月 1 日現在)

1 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 茂木福寿会
代表者職氏名	理事長 加瀬 元彦
所在地	栃木県芳賀郡茂木町大字飯1694番地

2 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類

事業所名称	(介護予防) 短期入所生活介護ききょうの里
所在地	栃木県芳賀郡茂木町大字飯1694番地
代表者職氏名	管理者 永野 由美
介護保険指定番号	栃木県 0972700157

(2) 事業所の職員体制

管理者	1
生活相談員	2
介護支援専門員	4
機能訓練指導員 ※	2
栄養士	1
調理員	5
事務員	2
看護職員	5
介護職員	16
嘱託医	1

※機能訓練指導員は看護職員と兼務。

職員は、介護老人福祉施設と兼務しています。

(3) 同施設の設備の概要

定員	16名
居室	4人部屋 2人部屋 個室
浴室	一般浴槽と 特殊浴槽 があります

静養室	1室2床
医務室	1室
食堂	1室
機能訓練室	1室
談話コーナー	1カ所

施設設備は介護老人福祉施設と併設されています。

3 事業の目的及び方針

利用者が要介護状態等になっても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた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の日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、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ことを目的とします。

利用者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って、サービスを提供するよう努めます。

明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市区町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、医療サービス、福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。

4 サービス内容

- (1) 食事 朝食は 7:30～8:30
昼食は11:30～12:30
夕食は17:30～18:30

ご希望により時間を変更することも可能です。
できるだけ食堂で召し上がって頂いています。

- (2) 入浴 原則として、最低週に2回は入浴できます。
ただし、身体の状態に応じて、足浴や清拭(体を拭く)となる場合もあります。

- (3) 介護 ご希望や状態に応じ、適切な介護サービスを提供いたします。
- | | |
|----------|------------|
| ◆ 着替えの介助 | ◆ 体位の交換 |
| ◆ 排泄介助 | ◆ 施設内の移動 |
| ◆ 食事介助 | ◆ シーツ交換 など |

- (4) 機能訓練 身体状況に応じて訓練室等にて介護・看護職員により機能回復訓練を行います。

- (5) レクリエーション
ゲームや歌、創作活動などのレクリエーションを行っています。

- (6) 生活相談 常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

- (7) 健康管理 適時、看護職員が健康チェック、および必要に応じた処置を行います。

- (8) 洗濯 施設の洗濯機、乾燥機にて洗濯いたします。なお、衣類の素材によっては乾燥時、多少縮んでしまう場合がございますので、衣類を用意される際にはご配慮願います。

- (9) 理美容サービス
毎月第1火曜日は、理容組合による理容サービスがあります。(有料)
隔月第4週には、訪問美容室による美容サービスがあります。(有料)

5 持ち物について

持ち物には**必ず氏名をご記入下さい。**

(色の濃い衣類には糸で刺繍する等消えにくい記名をお願い致します)

◆介護保険被保険者証

◆介護保険負担割合証

◆介護保険負担限度額認定証(適用となっている方のみ)

※原本をお持ち頂ければ、ききょうの里にてコピーいたします。

※写しが必要なのは初回だけですが、保険証の期間が更新された際等には必ず再度提出をお願いします。

◆着替え類

普段着1組程度・パジャマ1組・肌着1枚程度・くつ下1足・上着など
(着替え類に関しては洗濯・乾燥をして使用させて頂きますので日数分をお持ち頂く必要はありません。)

◆身の回り品

歯ブラシ・手ぬぐいなど

(入浴の際のバスタオル、湯飲みなどは施設でご用意しております)

◆履き物

滑りにくく、かかとのある物をお願いします。

◆薬

ショートステイご利用日数分のお薬をお持ち下さい。

(**※内服薬が変更になった際には、必ずお知らせください**)

◆ショートステイ連絡票

6 送迎の時間について

基本的に、お迎えは9:00～10:00頃、お送りは15:30～16:30頃の時間で行っております。

もし、これらの時間帯以外で、ご希望の時間がありましたら担当ケアマネージャーもしくは生活相談員にご相談ください。可能な限り対応いたします。

7 ご利用にあたっての注意点

以下の事由に該当する場合、サービスを中断し退所して頂く場合があります。

●**ご利用者様が、中途退所を希望された場合。**

●**利用中、発熱など体調が悪くなられた場合。**

●**他利用者様の生命、健康に重大な影響を与える行為があった場合。**

ご利用当日にキャンセルされる場合、キャンセル料として1日の利用料金の10%をいただくことがあります。

8 ご利用料金について

(1) 短期入所生活介護



基本料金(1日あたり)

要介護1	603円
要介護2	672円
要介護3	745円
要介護4	815円
要介護5	884円



サービス提供体制加算(Ⅰ) 22円/日

介護職員数のうち、介護福祉士所持者の割合が80%以上の場合に加算されます。



送迎加算 184円/回

ただし送迎実施地域(茂木, 益子, 市貝)以外への送迎については送迎実施地域外から10Km未満は片道200円, 10Km以上は片道300円を追加させていただきます。



看護体制加算(Ⅰ) 4円/日(令和5年5月から)



介護職員等処遇改善加算(令和6年6月から)

令和6年6月から現行の介護職員処遇改善加算と介護職員等ベースアップ等支援加算が6月の算定分より一本化されます。

(2) 介護予防短期入所生活介護



基本料金(1日あたり)

要支援1	451円
要支援2	561円



サービス提供体制加算(Ⅰ) 22円/日



送迎加算 184円/回

ただし送迎実施地域(茂木, 益子, 市貝)以外への送迎については送迎実施地域外から10Km未満は片道200円, 10Km以上は片道300円を追加させていただきます。



介護職員等処遇改善加算(令和6年6月から)

令和6年6月から現行の介護職員処遇改善加算と介護職員等ベースアップ等支援加算が6月の算定分より一本化されます。

※基本料金及び加算においては、介護保険負担割合証に基づく1～3割の負担となります。

(3) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 共通事項
食費, 居住費(1日あたり)

負担限度段階	資産要件	食費	居住費	
			個室	多床室
【第1段階】 ・世帯全員が市町民税非課税で老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者	・預貯金等が1,000万円以下の方 (夫婦で2,000万円以下の方)	300円	380円	0円
【第2段階】 ・世帯全員が市町民税非課税の方でその他 の合計所得金額と年金収入額の合計が90	・預貯金等が650万円以下の方 (夫婦で1,650万円以下の方)	600円	480円	430円
【第3段階】(1) ・世帯全員が市町民税非課税の方でその他 の合計所得金額と年金収入額の合計が80	・預貯金等が550万円以下の方 (夫婦で1,550万円以下の方)	1,000円	880円	430円
【第3段階】(2) ・世帯全員が市町民税非課税の方でその他 の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円を超える方	・預貯金等が500万円以下の方 (夫婦で1,500万円以下の方)	1,300円	880円	430円
【第4段階】 ・本人が市町民税非課税で世帯員に市町民税課税者がいる方 ・本人が市町民税課税の方 ・配偶者が市町民税課税の方(世帯分離している配偶者を含む)	・利用者負担段階に応じた上記資産要件を満たさない方	1,445円	1,231円	915円

食費は朝食225円, 昼食700円, 夕食520円です。

(そのうち、上記の、1日の負担限度額を上限として食費を頂いています。)

※介護保険負担限度認定 適用 ・ 適用外
(第 段階)



理美容費 理容サービスは1700円(カットのみ)

訪問美容室は業者の定める別紙料金になります。

9 お支払い方法について

ご利用された月の、月末で締めて、翌月の中旬に請求書を発送いたします。
翌月の末までに口座引き落とし、振り込み、現金などでお支払いください。
(支払方法:)

10 事故等緊急時の対応

(1) 緊急時における確認事項

- ① 事故により契約者の身体に障害が発生した場合は、生命維持の為に可能な限りの応急処置を行います。
- ② 医師、事業所の管理者に状況を正確に伝え指示を受け、診断、治療が必要な場合はスタッフ等と協力し適切敏速な対応に努めます。

(2) ご家族、関係機関への連絡

- ① ご家族等の方へ事故の状況や内容を速やかに且つ正確にお伝えし、ご協力を仰ぎます。(緊急連絡先の変更がある場合は必ずお知らせ下さい。)
- ② 事故の程度状況に応じて、市町村介護保険係、警察署、県東健康福祉センター等に報告連絡します。

(3) 事故、再発防止対策

- ① 事故防止対策委員会や感染防止対策委員会の活動を基に、対応マニュアルを作成し、職員一同で事故防止に努めております。
- ② 事故、ニアミス発生時には、そのつど報告書や防止策を検討、作成し、再発防止に努めていきます。

(4) 損害賠償

当事業者は損害賠償保険に加入しており、ご契約者に対して賠償すべきことが発生した場合は、保険の適用範囲内で契約書本文第15条に基づき賠償いたします。

11 非常災害時の対応

当施設が定める「消防防災計画」及び「事業継続計画（BCP）」に基づき対応を行います。ご利用者様の安全を確保する為の必要かつ適切な措置を講じます。

平常時の訓練等として、施設が定める消防防災計画に基づき、昼間及び夜間を想定した防災訓練をご利用者も参加して行います。

12 虐待防止について

ご利用者に対する虐待防止の為に、以下の取り組みを講じています。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上、知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成により、適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整える他、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

13 感染防止について

- (1) 当施設内に於いて、感染症が発生した場合には感染症マニュアルに沿って蔓延しない様、ご利用者の安全を確保する為の必要かつ適切な措置を講じます。
- (2) 従業者の知識及び技術の向上の為、感染防止対策委員会を設置し研修や訓練を定期的に行います。

14 個人情報の保護と使用について

事業者及び従業者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びご家族の個人情報を、正当な理由無く、第三者に漏らしません。また、この個人情報保護義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。

サービス担当者会議等において個人情報を使用するに当たり、予め別紙「個人情報使用同意書」にて同意を頂いています。

15 身体拘束について

サービス提供にあたり、原則として、身体拘束は行いません。しかし、ご利用者、ご家族に同意を得た上で、次に示すような条件が全て満たされた場合、必要最低限の範囲で身体拘束を行うことがあります。

(1) 切迫性

直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者本人又は他者の生命、身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。

(2) 非代替性

身体拘束以外に、ご利用者又は他者の生命、身体に対し危険が及ぶことを防止できない場合に限りです。

(3) 一時性

身体拘束を行う必要性がなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

身体拘束を行う場合は、行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。

16 見守り対策について

当施設では、ご利用者の安全と事故予防、事故発生時の早期発見を目的とした見守り対策に関する人感センサーマット・機器を使用する場合があります。

人感センサーマット・機器につきましては画像や音声記録は残りません。

17 ハラスメント対策について

(1) 当施設では、ハラスメント予防の為の取り組み、発生した場合の対応や対策をしっかりと講じます。従業者がご利用者・ご利用者の家族等からハラスメントを受け、相当と認められる場合や、ご利用者・ご利用者の家族等が施設の指示に従わない場合は、サービスの提供を制限する事が出来ます。

(2) ハラスメントの予防・対策に関連する事象の研修を定期的実施します。

18 苦情の受付について

(1) 苦情受付担当者

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受けつけ、速やかに対応を行います。

【苦情受付担当者】	生活相談員 渡邊 沙織 吉原 信明
【電話番号】	0285-65-0811
【受付時間】	午前8時30分～午後5時30分

(2) その他の苦情受付窓口

【名称】	茂木町役場 保健福祉課
【所在地】	栃木県芳賀郡茂木町大字茂木155番地
【電話番号】	0285-63-5603
【F A X】	0285-63-5600
【名称】	益子町役場 健康福祉課
【所在地】	栃木県芳賀郡益子町大字益子2030番地
【電話番号】	0285-72-8867
【F A X】	0285-70-1141
【名称】	市貝町役場 保健福祉課
【所在地】	栃木県芳賀郡市貝町大字市塙1280番地
【電話番号】	0285-68-1113
【F A X】	0285-68-3227
【名称】	栃木県国民健康保険団体連合会
【所在地】	栃木県宇都宮市本町3番9号合同ビル6階
【電話番号】	028-622-7242
【F A X】	028-622-7281

事業所

《事業所名》 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所
ききょうの里

《住所》 栃木県芳賀郡茂木町大字飯1694番地

《管理者名》 永野 由美 印

上記の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日 利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印