

しらゆりの園指定短期入所生活介護事業所おおざと
しらゆりの園指定介護予防短期入所生活介護事業所おおざと
重要事項説明書

社会福祉法人 立命会

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(沖縄県指定 第 4775600226 号)

当事業所はご契約者に対してユニット型指定短期入所生活介護、ユニット型指定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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。

◆◆目次◆◆

| | |
|----------------------------|----|
| 1. 事業者..... | 1 |
| 2. 事業所の概要..... | 1 |
| 3. 職員の配置状況..... | 2 |
| 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金..... | 3 |
| 5. 苦情の受付について..... | 9 |
| 6. 重要事項説明書付属文書..... | 11 |

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 立命会
- (2) 法人所在地 沖縄県南城市知念字久手堅 275 番地 1
- (3) 電話番号 098 - 948 - 7060
- (4) 代表者氏名 理事長 友名 孝子
- (5) 設立年月 昭和 63 年 3 月 11 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所・平成 28 年 4 月 1 日指定
沖縄県 4775600226 号

※当事業所はしらゆりの園地域密着型特別養護老人ホームおおざとに併設されています。

- (2) 事業所の名称 しらゆりの園指定短期入所生活介護事業所おおざと
しらゆりの園指定介護予防短期入所生活介護事業所おおざと
- (3) 事業所の所在地 沖縄県南城市大里字古堅 820 番地 1
- (4) 電話番号 098 - 917 - 0624
- (5) 事業所長（管理者）氏名 大山 須賀子
- (6) 事業所の目的 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、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事を支援することにより、利用者の心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。
- (7) 開設年月 平成 28 年 4 月 1 日
- (8) 営業日及び営業時間
 - 1 営業日 年中無休とする。
 - 2 受付時間 月曜日から日曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分とする。
- (9) 利用定員 6 人（専用ベッド 6 床）
- (10) 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。居室は全室個室、冷暖房完備、トイレ、洗面設備を備えております。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|----------|------|---------------|
| 居室 | 6 室 | |
| 共同生活室 | 1 室 | |
| 洗面設備 | 7 か所 | 各居室及び共同生活室に設置 |
| 便所 | 6 か所 | 各居室に設置 |
| 浴室 | 1 室 | |

| | | |
|-------|-----|--|
| 医務室 | 1 室 | |
| 介護材料室 | 1 室 | |
| 汚物処理室 | 1 室 | |

※上記は、厚生省が定める基準により、ユニット型指定短期入所生活介護事業所、ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご契約者から居室の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事業所でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種 | 配置人数 | 指定基準 |
|--------------|------|-------|
| 1. 施設長（管理者） | 1 | 1 |
| 2. 介護職員・看護職員 | 5(1) | 5 (1) |
| 3. 生活相談員 | 1 | 1 |
| 4. 機能訓練指導員 | 1 | 1 |
| 5. 介護支援専門員 | 1 | 1 |
| 6. 医師 | 1 | 必要数 |

※()は看護職員数

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、5 名（40 時間×5 名÷40 時間＝5）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|------------|---|
| 1. 医師 | 毎週月曜日 14:00～17:00 |
| 2. 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 5:30～14:30 1名 日中： 8:00～17:00 1名 日中：13:00～22:00 1名 夜間：22:00～ 7:00 1名 (翌朝) *特養1ユニットと併せて |
| 3. 看護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8:30～17:30 1名 |
| 4. 機能訓練指導員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8:30～17:30 1名 |

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | | |
|---|--------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 | があります。 |
|---|--------|

(※料金については別紙1 料金表 P18～19参照)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）*

以下のサービスについては、居住費・食費を除き利用料金の大部分（介護保険負担割合に応じて7～9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して共同生活室にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食： 7:30～9:30 昼食： 12:00～13:30 夕食： 17:00～19:30

食事時間は上記時間となっておりますが、利用者様の生活習慣を尊重した時間に柔軟に対応致します。お気軽にご相談ください。

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。利用者様の意向を確認し入浴・清拭いたします。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

⑦その他介護給付サービス加算

職員体制等、指定基準の法的要件を満たしたと認められた場合に加算されます。

※下記の加算表記は1割負担時の金額となっております。介護保険負担割合証に記載された負担割合によりご請求いたします。

| 加 算 | | 加 算 条 件 |
|-----|---|---|
| ① | 看護体制加算（Ⅰ）イ 12円/日 | 常勤の看護師を1名以上配置していることに対する加算 |
| ② | 機能訓練体制加算 12円/日 | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置している場合 |
| ③ | 個別機能訓練加算 56円/日 | ①の要件を満たし、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成し、利用者の心身状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っていること。 |
| ④ | 夜勤職員配置加算（Ⅱ） 18円/日※Ⅱ・Ⅳ併算定不可 ※介護予防は算定なし | 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合 |
| ⑤ | 夜勤職員配置加算（Ⅳ） 20円/日※Ⅱ・Ⅳ併算定不可 ※介護予防は算定なし | 夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合 |
| ⑥ | 認知症行動・心理症状緊急 対応加算 200円/日 ※7日を限度 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対して加算する。 |

| | | |
|---|--|--|
| ⑦ | 若年性認知症受入加算 120 円/日※⑤と併算定不可 | 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めていること。 |
| ⑧ | 送迎加算 184 円/回 | 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う場合。 |
| ⑨ | 緊急短期入所受入体制加算 90 円/日 ※7 日～14 日を限度 | 利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合。 |
| ⑩ | 長期利用者提供減算 -30 円/日 | 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であって、指定短期入所生活介護を受けている利用者に対して減算する。 |
| ⑪ | 療養食加算 6 円/食 | 医師の指示に基づく療養食を提供した場合 |
| ⑫ | 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3 円/日 | 介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であり、認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を必要数配置し、専門的な認知症ケアを実施していること。 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催した場合 |
| ⑬ | 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4 円/日 | ⑪の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施すること。 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施または実施を予定すること。 |
| ⑭ | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ※Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ併算定不可 22 円/日 | 施設の介護職員の総数の内、以下のいずれかに該当すること。 ・介護福祉士の占める割合が 100 分の 80 以上であること。 ・勤続 10 年以上の介護福祉士が 100 分の 35 以上であること ・サービスの質の向上に資する取り組みを実施していること |
| ⑮ | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） ※Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ併算定不可 18 円/日 | 施設の介護職員の総数の内、以下に該当すること。 ・介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上であること。 |
| ⑯ | サービス提供体制強化加算（Ⅲ） ※Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ併算定不可 6 円/日 | 施設の介護職員の総数の内、以下のいずれかに該当すること。 ・介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上であること。 ・常勤職員の占める割合が 100 分の 75 以上であること。 ・勤続 7 年以上の職員の占める割合が 100 分の 30 以上であること |
| ⑰ | 看取り連携体制加算 64 円/日 ※死亡日及び死亡日以前 30 日以下について、7 日を限度 | ・次のいずれかに該当する事 (1)看護体制加算（Ⅱ）を算定していること (2)看護体制加算（Ⅰ）を算定しており、かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 ・看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用 |

| | | |
|---|--|---|
| | | 者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。 |
| ⑱ | 口腔連携強化加算 50 円/回（1 月に 1 回限り） | 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1 月に 1 回に限り所定単位数を加算する。 |
| ⑲ | 生産性向上推進体制加算 I 100 円/月 | 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。1 年以内ごとに 1 回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うこと。このデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること。 |
| ⑳ | 生産性向上推進体制加算 II 10 円/月 | 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入していること。1 年以内ごとに 1 回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うこと。 |
| ㉑ | 介護職員等処遇改善加算 I ・介護サービス費（食費・居住費を除く）の月間利用料金の 14.0% | 介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組を行う事業所に認められる加算。 |

<サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第7条参照）

別紙1 料金表 P18～19 によって、ご契約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費額を除いた金額（自己負担額）と食費・居住費に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）*

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要>

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

ご契約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にて負担いただきます。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。

②居住に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等））

この施設及び設備を利用し、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、ご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。

※お部屋の選定につきましては、ご希望に沿えない場合もございますので予めご了承下さい。

③特別な食事の提供に要する費用

ご契約者が選定する特別な食事等を提供した場合は、特別な食材料及び特別な調理に要した費用の実費をご負担いただきます。

④理髪・美容の紹介（斡旋）

[理美容サービス]

理容師又は美容師の出張による理美容サービス（調髪）をご紹介（斡旋）致します。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

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。

| | | |
|-----|------------------------------|---------|
| 日用品 | 歯ブラシ | 275 円 |
| | 口腔ケア用ブラシ（モアブラシ） | 550 円 |
| | 口腔ケア用ブラシ（柄付くるリーナブラシ） | 572 円 |
| | 口腔ケア用ブラシ（柄付くるリーナブラシミニ） | 550 円 |
| | 口腔ケア用ブラシ（吸引くるリーナブラシ） | 671 円 |
| | 口腔ケア用ブラシ（吸引くるリーナブラシミニ） | 649 円 |
| | 口腔ケア用ブラシ（ふあんふあんブラシ） | 994 円 |
| | 口腔ケア用ジェル（ペプチサルジェントルマウスジェル） | 2,035 円 |
| | 口腔ケア用スポンジブラシ（ハリヤードオーラルケアスクブ） | 805 円 |
| | 口腔ケア用義歯ブラシ（PHB 義歯ブラシ） | 764 円 |
| | はみがき（スタンドタイプ） | 220 円 |
| | 入れ歯洗浄剤 | 800 円 |
| | かみそり（本体） | 950 円 |
| | かみそり（替刃 4 本入） | 1,150 円 |

| | | |
|-----|---|--------|
| | TENAフィックスコットンスペシャル（フィクション・パンツタイプ） 5枚／1袋 | 4,521円 |
| | TENAウォッシュクリーム | 848円 |
| | TENAバリアクリーム | 2,121円 |
| | アロエクリーム | 340円 |
| 嗜好品 | ビフィズス菌粉末 | 4,000円 |
| | | |
| | | |

⑥レクリエーション・クラブ活動

ご契約者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑦複写物の交付

ご契約者は、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実費をご負担いただきます。

☆複写物の費用については、当面無料といたします。但し、今後の状況においてご負担いただくこととなります。

☆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変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア．預金口座振替

イ．下記指定口座への振り込み

金融機関：沖縄銀行 与那原支店 普通預金 1647517

口座名義：社会福祉法人 立命会

理事長 友名 孝子

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、ユニット型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日までに事業者へ申し出てください。

○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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約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。

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無料 |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の10% (自己負担相当額) |

- 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契約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契約者に提示して協議します。
- ご契約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、既に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. 苦情の受付について（契約書第23条参照）*

(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（担当者）

〔職名〕 生活相談員 真栄城 亜季子

- 受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30

- 受付電話番号 098 - 917 - 0624

*また、苦情受付ボックスは、玄関入口に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|---------------------|--|
| 南城市福祉事務所 生きがい推進課 | 所在地 南城市大里字新里 1870 番地 電話番号 917 - 5341 受付時間 8：30～17：15 |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 那覇市西 3 丁目 14 番地 18 号 電話番号 863 - 2357 受付時間 8：30～17：00 |
| 沖縄県社会福祉協議会 | 所在地 那覇市首里石嶺町 4 丁目 373 番地 1 沖縄県総合福祉センター内 電話番号 887 - 2000 受付時間 8：30～17：00 |

令和 年 月 日

ユニット型指定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。

しらゆりの園指定短期入所生活介護事業所おおざと

説明者職名

氏 名

印

※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、利用申込者又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。

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上3階
- (2) 建物の延べ床面積 2,607.41 m²

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

1.5名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

生活相談員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活相談員を配置しています。

看護職員…主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

1名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

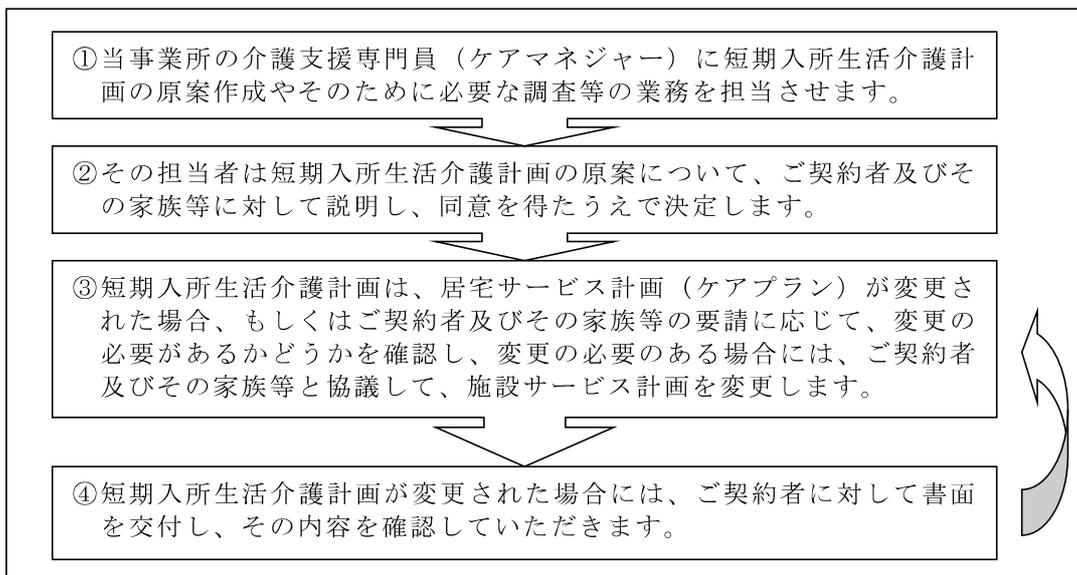
1名の機能訓練指導員を配置しています。

医師…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

1名の医師を配置しています。

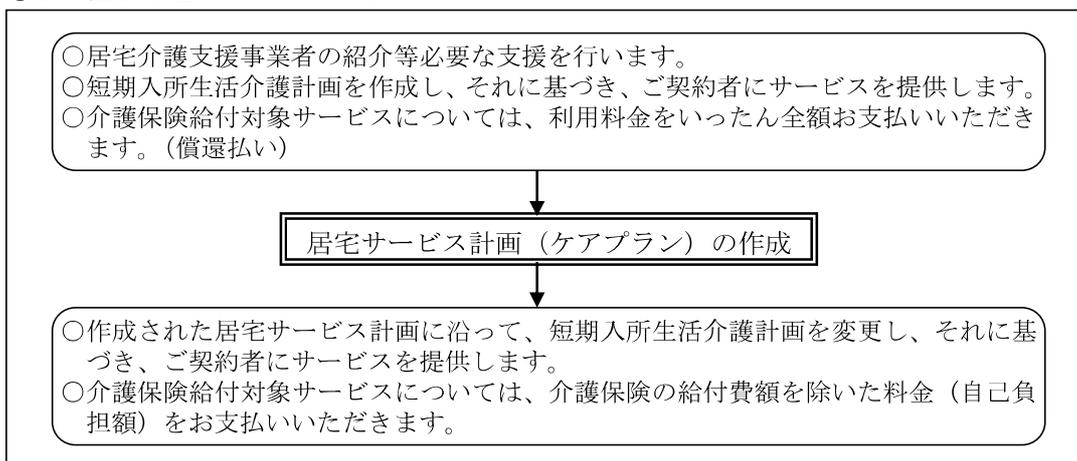
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「短期入所生活介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条参照）

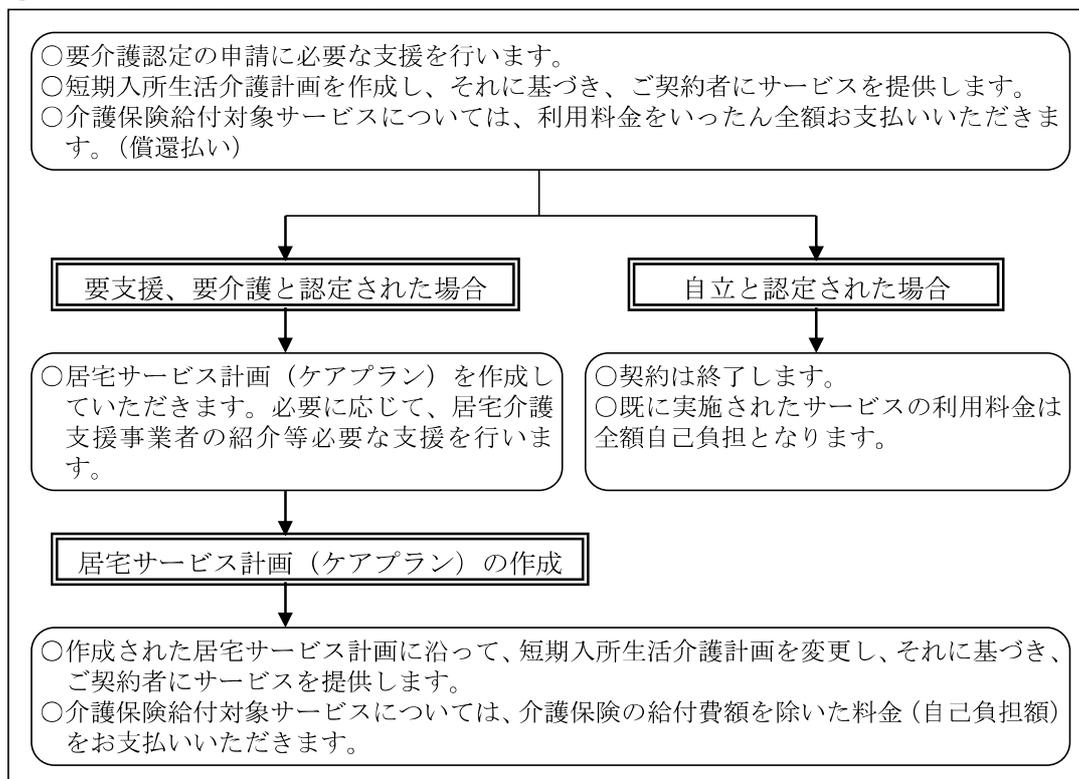


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービスの提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



①要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務) ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、

医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
 また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

5. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限*

利用にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

- テレビ、ラジカセ、小型タンス、ポータブルトイレ、車椅子、歩行器、杖、生活上必要となる衣類、日用品

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第12条参照）

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(3) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療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療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力医療機関

| | | | |
|---------|---------------------------|-----|----------|
| 医療機関の名称 | 南城つはこクリニック | | |
| 所在地 | 〒901-1414 南城市佐敷津波古 433 番地 | TEL | 947-3722 |
| 診療科 | 内科・外科（総合診療） | | |

| | | | |
|---------|-------------------------------|-----|----------|
| 医療機関の名称 | 南部徳洲会病院 | | |
| 所在地 | 〒901-0493 島尻郡八重瀬町字外間 171 番地 1 | TEL | 998-3221 |
| 診療科 | 内科・外科・整形外科 | | |

| | | |
|---------|-------------------------|--------------|
| 医療機関の名称 | 与那原中央病院 | |
| 所在地 | 〒901-1303 与那原町字与那原 2905 | TEL 945-8101 |
| 診療科 | 内科・外科・整形外科・眼科 | |

| | | |
|---------|-----------------------|--------------|
| 医療機関の名称 | さわやか歯科クリニック | |
| 所在地 | 〒902-0064 那覇市寄宮 173-1 | TEL 854-8211 |
| 診療科 | 歯科 | |

6. 事故発生時の対応・損害賠償について（契約書第13条、第14条参照）

当事業所において、契約者に対する短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

当事業所において、事業者の責任によりご契約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いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第17条参照）

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ①ご契約者が死亡した場合 ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合 ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合 ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合 ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合 ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。） ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|---|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 18 条、第 19 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 20 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 17 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

8. 緊急時における対応について

(1) 事業所の職員等は、サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、すみやかに嘱託医または施設の協力医療機関への連絡を行うなどの必要な措置を講ずるものとする。

(2) 事業所は、入居者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法や曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて具体的な

取り交わしを行うものとする。

9. 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ①虐待の防止のための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、従業員に周知徹底を図る。
- ②虐待の防止のための指針を整備する。
- ③従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- ④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

(2) 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業員又は、擁護者（利用者の家族などの高齢者を現に擁護するもの）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村及び沖縄県に通報する。

10. 非常災害対策に関する事項

- (1) 事業所は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定める。
- (2) 事業所は年3回、定期的に避難、救出その他必要な訓練（うち1回は夜間または夜間想定訓練）を行う。
- (3) 事業所は、非常災害に備えるため、非常用食料等の備蓄に努めなければならない。

11. 衛生管理等

- (1) 事業所は、入居者の使用する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ずるとともに、医薬品および医療用具の管理を適正に行う。
- (2) 事業所は、感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

12. 秘密保持等

- (1) 職員は、正当な理由がなく、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- (2) 事業所は、職員であった者が、正当な理由がなく、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、雇用契約にその旨明記する等、必要な措置を講じるものとする。
- (3) 事業所は、居宅介護支援事業者等に対して、入居者に関する情報を提供する際のため、あらかじめ事前文書により入居者の同意を得るものとする。

別紙1 料金表

1.短期入所生活介護費

○介護サービス負担額算定にあたっては「介護保険負担割合証」に記載された負担割合によりご請求いたします。

(1日当たり)

| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ①利用者のサービス利用料金 | 5,290円 | 6,560円 | 7,040円 | 7,720円 | 8,470円 | 9,180円 | 9,870円 |
| ②うち介護保険から給付される金額 | 4,761円 | 5,904円 | 6,336円 | 6,948円 | 7,623円 | 8,262円 | 8,883円 |
| ③サービス利用に係る自己負担金 | 529円 | 656円 | 704円 | 772円 | 847円 | 918円 | 987円 |
| ④食費に係る負担額: | 1日 1,445円(朝食300円・昼食565円・おやつ50円・夕食530円) | | | | | | |
| 利用者負担第1段階 | 300円 | | | | | | |
| 利用者負担第2段階 | 600円 | | | | | | |
| 利用者負担第3段階① | 1,000円 | | | | | | |
| 利用者負担第3段階② | 1,300円 | | | | | | |
| 利用者負担第4段階以上 | 1,445円 | | | | | | |
| ⑤居住費に係る自己負担額 | 1日 2,066円 | | | | | | |
| 利用者負担第1段階 | 880円 | | | | | | |
| 利用者負担第2段階 | 880円 | | | | | | |
| 利用者負担第3段階① | 1,370円 | | | | | | |
| 利用者負担第3段階② | 1,370円 | | | | | | |
| 利用者負担第4段階以上 | 2,066円 | | | | | | |

自己負担額 介護度別利用者負担段階別利用料金(1割負担)

| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 利用者負担第1段階 | 1,709円 | 1,836円 | 1,884円 | 1,952円 | 2,027円 | 2,098円 | 2,167円 |
| 利用者負担第2段階 | 2,009円 | 2,136円 | 2,184円 | 2,252円 | 2,327円 | 2,398円 | 2,467円 |
| 利用者負担第3段階① | 2,899円 | 3,026円 | 3,074円 | 3,142円 | 3,217円 | 3,288円 | 3,357円 |
| 利用者負担第3段階② | 3,199円 | 3,326円 | 3,374円 | 3,442円 | 3,517円 | 3,588円 | 3,657円 |
| 利用者負担第4段階以上 | 4,040円 | 4,167円 | 4,215円 | 4,283円 | 4,358円 | 4,429円 | 4,498円 |

自己負担額 介護度別利用者負担段階別利用料金(2割・3割負担)

上記料金表の③が「介護保険負担割合証」に記載された負担割合になります。

自己負担額 介護度別利用者負担段階別利用料金(2割・3割負担)

| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 介護保険負担割合:2割負担 | 4,569円 | 4,823円 | 4,919円 | 5,055円 | 5,205円 | 5,347円 | 5,485円 |
| 介護保険負担割合:3割負担 | 5,098円 | 5,479円 | 5,623円 | 5,827円 | 6,052円 | 6,265円 | 6,472円 |

2.加算について

| 加算項目 | 単位 | 1日あたりの利用料金 (10割) | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 | | |
|-------------------|--------|---------------------|---------------------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 看護職員体制加算(Ⅰ) | 12単位/日 | 120円 | 12円 | 24円 | 36円 |
| 機能訓練体制加算 | 12単位/日 | 120円 | 12円 | 24円 | 36円 |
| 個別機能訓練加算 | 56単位/日 | 560円 | 56円 | 112円 | 168円 |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)※予防はなし | 18単位/日 | 180円 | 18円 | 36円 | 54円 |

| 加算項目 | 単位 | 1日あたりの利用料金 (10割) | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 | | |
|------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 夜勤職員配置加算(Ⅳ)※予防はなし | 20単位/日 | 200円 | 20円 | 40円 | 60円 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (※7日を限度) | 200単位/日 | 2,000円 | 200円 | 400円 | 600円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120単位/日 | 1,200円 | 120円 | 240円 | 360円 |
| 送迎加算 | 184単位/回 | 1,840円 | 184円 | 368円 | 552円 |
| 緊急短期入所受入加算(※7～14日を限度) | 90単位/日 | 900円 | 90円 | 180円 | 270円 |
| 長期利用者提供減算 | -30単位/日 | -300円 | -30円 | -60円 | -90円 |
| 療養食加算 | 8単位/回 | 240円 | 24円 | 48円 | 72円 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3単位/回 | 30円 | 3円 | 6円 | 9円 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4単位/回 | 40円 | 4円 | 8円 | 12円 |
| サービス提供体制加算(Ⅰ) | 22単位/回 | 220円 | 22円 | 44円 | 66円 |
| サービス提供体制加算(Ⅱ) | 18単位/回 | 180円 | 18円 | 36円 | 54円 |
| サービス提供体制加算(Ⅲ) | 6単位/回 | 60円 | 6円 | 12円 | 18円 |
| 看取り連携体制加算 | 64単位/日 | 640円 | 64円 | 128円 | 192円 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 所定の単位数に14/100を乗じた数 | | | | |

※実際の利用料は、実際のご利用日数、加算分の適用内容に応じて決定します。加算分については、該当する方のみ、施設が基準・要件を満たしていない場合は適用になりません。

※介護予防短期入所生活介護サービス利用者の中、連続して30日を超えて同一の介護予防短期入所生活介護事業所に入所している利用者については、サービス利用料が以下の通りとなります。

(要支援1)介護予防短期入所生活介護費について(ユニット型)介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の75に相当する単位数を算定する。

(要支援2)介護予防短期入所生活介護費について(ユニット型)介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の93に相当する単位数を算定する。

※参考 (ユニット型)介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数…682単位/日