

たにやまの里 短期入所生活介護 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な短期入所生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。
また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

- (1) 短期入所生活介護の指定番号及びサービス提供地域等
事業所名 特別養護老人ホームたにやまの里
指定番号 4670114216
所在地 鹿児島市谷山中央4丁目4817-3
管理者の氏名 藤田 剛
TEL 099-268-3333 FAX 099-255-2222
サービスを提供する地域 鴨池南地区
※実施地域以外についてはご相談に応じます。
- (2) 事業所の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1名(常勤)
医師	健康管理及び療養上の指導	1名以上(非常勤・嘱託)
生活相談員	生活相談及び指導	1名以上(常勤)
介護職員	介護業務	14名以上 (常勤換算)
栄 養 士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名以上

- (3) 設備の概要 定員40名(空床利用)
- 1) 居室 40室(空床利用)
- 2) 共同生活室 4室
利用者の全員が利用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が利用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます
- 3) 浴室 5室
浴室には利用者が使用しやすい適切なものを設けます
- 4) 洗面所及び便所
必要に応じて各階各所に洗面所や便所を設けます
- 5) その他の設備
設備としてその他に、医務室・静養室・洗濯室・汚物処理室・介護材料室・調理室・相談室・面談室・介護職員室等を設けます

3. サービスの内容

- (1) 基本サービス
- 1) 短期入所生活介護計画の立案
利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます
短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します
- 2) 食事
・食事は利用者の心身の状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせて調理します
・医師の指示による食事の提供を行います
- 3) 入浴
身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供する
ただし、やむを得ない場合には、清拭を行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができることとする
- 4) 介護
短期入所生活介護計画に沿った介護を行います
・更衣、排泄、食事、入浴等の介助
・体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等
- 5) 機能訓練
日常生活動作の改善又は維持を日頃の生活の中で実施します
- 6) 生活相談
生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます
- 7) 健康管理
利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応いただきます
ただし、ご利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合ががございます
- (2) その他のサービス
- 1) 理美容
毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申し出ください
- 2) 所持品の管理
保管できるスペースに限りがございますので、事前のご連絡をお願いいたします
- 3) レクリエーション
年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがございます(利用期間中に行われる場合)

4. 利用料金

指定短期入所生活介護サービス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、当該短期入所生活介護におけるサービスが法定代理受領サービスであるときの本人負担は介護保険負担割合証に定める割合の額とします。

- 介護報酬告示額(1割負担の場合)
※2割・3割負担の場合はこの2倍・3倍の額となります。
- (1) 基本料金(1日当たり)
- | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|
| 要支援1 | 529円 | 要介護1 | 704円 | 要介護4 | 918円 |
| 要支援2 | 656円 | 要介護2 | 772円 | 要介護5 | 987円 |
| | | 要介護3 | 847円 | | |
- (2) 加算・減算料金等
- | | |
|-------------------------|-------------|
| 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 | 所定単位の97／100 |
| 利用者の数が利用定員を超える場合 | 所定単位の70／100 |
| 介護・看護職員の員数が基準を満たさない場合 | 所定単位の70／100 |
| ユニット毎に常勤のリーダーを配置していない場合 | 所定単位の97／100 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定単位の－1／100 |
| 業務継続計画未策定減算 | 所定単位の－1／100 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100円／月 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200円／月 |

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 看護体制加算(Ⅰ) | 4円／日 |
| 看護体制加算(Ⅱ) | 8円／日 |
| 看護体制加算(Ⅲ)口 | 6円／日 |
| 看護体制加算(Ⅳ)口 | 13円／日 |
| 医療連携強化加算 | 58円／日 |
| 看取り連携体制加算 死亡日及び死亡日以前30日以下 | 64円／日 |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ) | 18円／日 |
| 夜勤職員配置加算(Ⅳ) | 20円／日 |
| 機能訓練体制加算 | 12円／日 |
| 個別機能訓練加算 | 56円／日 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200円／日 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120円／日 |
| 利用者に対して送迎を行う場合 | 184円／片道 |
| 緊急短期入所受入加算 | 90円／日 |
| 長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する減算 | 30円／日 |
| 口腔連携強化加算 | 50円／月 |
| 療養食加算 | 8円／回 |
| 在宅中重度者受入加算 | |
| 看護体制加算(Ⅰ)を算定している場合 | 421円／日 |
| 看護体制加算(Ⅱ)を算定している場合 | 417円／日 |
| 看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)いずれも算定している場合 | 413円／日 |
| 看護体制加算を算定していない場合 | 425円／日 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3円／日 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4円／日 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100円／月 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10円／月 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22円／日 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18円／日 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6円／日 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰイ) | 介護報酬総単位数の163／1000 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ) | 介護報酬総単位数の176／1000 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱイ) | 介護報酬総単位数の159／1000 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱロ) | 介護報酬総単位数の172／1000 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 介護報酬総単位数の136／1000 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 介護報酬総単位数の113／1000 |
- その他の費用
- (1) 食事の提供に要する費用
- 1) 1日当り 1,545円(朝食 430円 昼食 580円 夕食 535円)
- 2) 入所・退所時等における食費の負担額
入所・退所の日においては、実際に摂った食ごとの料金とします
ただし、その額が1)に定める負担限度額を下回った場合はその額とします
なお、終日利用する場合には、特別な場合を除いて実際に摂った食数にかかわらず1日当りの額とします(全ての食事を摂らない場合を除く)
- (2) 滞在に要する費用
基本料金入所・退所の時間にかかわらず1日当り
居住費(個室) 2,066円
※介護負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします
- (3) 利用者が選定する特別な食事に関する費用の額
予め利用者の選択により外食、注文食、行事食など(1)に定める通常の食事の提供に要する費用の額では困難な食費の額については、通常の食費を控除した額を利用者が負担します
当該額は提供ごとの食事の内容による価格とします
- (4) 理美容代 実費(理美容事業者へ直接お支払いください)
- (5) 実施地域以外の利用者に対する交通費はいただきません

5. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください
- (2) 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください
- (3) 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください
- (4) 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません
- (5) 医療機器などの精密機械の電波の送受信に影響を及ぼしうる電子機器の設置及び持ち込み(ただし携帯電話の持ち込み除く)はできません
- (6) 利用者の尊厳を尊重し、適切な介護サービスを提供できるよう省令に基づく人員配置基準のもとで可能な限り合理的な配慮を行います。が、事務所全体の職員配置の状況(人員配置の都合)により必ずしも同性介助とならない場合があります

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、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、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

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、その態様及び時間、その際の利用者の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。

12. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。
ご利用相談室 窓口担当者:藤田 剛
ご利用時間 月～土曜日 8:30～17:30
ご利用方法 電話 099-268-3333
※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

鹿児島市役所 健康福祉局すこやか長寿部 介護保険課給付係	〒892－8677 鹿児島市山下町11番1号 TEL 099－216－1280 FAX 099－219－4559 受付時間 8:30～17:15
鹿児島県国民健康保険団体連合会 (国保連) 介護保険課介護相談室	〒890－0064 鹿児島市鴨池新町6番6号 鴨池南国ビル7階 TEL 099－213－5122 FAX 099－213－0817 受付時間 9:00～17:00
鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部 福祉サービス運営適正化委員会	〒890－8517 鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター5階 TEL 099－286－2200 FAX 099－257－5707 受付時間 9:00～16:00

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無 : 無し
実施した直近の年月日 : 無し
実施した評価機関の名称 : 無し
評価結果の開示状況 : 無し

14. 協力医療機関

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

(1) 協力医療機関

名称	きいれセントラルクリニック
住所	鹿児島市喜入町6074番地1
名称	鹿児島徳洲会病院
住所	鹿児島市南栄5丁目10-51

(2) 協力歯科医療機関

名称	オリーブ歯科谷山中央
住所	鹿児島市谷山中央7丁目36-6

◇緊急時の連絡先
なお、緊急の場合には、事前に事業所へお伝えいただきました連絡先に連絡します。

15. 損害賠償について

当事業所において、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、かつ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、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

指定短期入所生活介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

<事業者>

所在地 鹿児島市谷山中央4丁目4817-3

事業所名 特別養護老人ホームたにやまの里

(指定番号 4670114216)

管理者名 藤 田 剛

説明者 _____



私は、契約書及び本書面により、事業者から指定短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

<利用者代理人(選任した場合)>

住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

※この「重要事項説明書」は、全国老人福祉施設協議会のモデルを基に作成されています。