

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

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|---------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 新潟医療生活協同組合 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒950-0862 新潟市東区竹尾4丁目13番3号 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 鈴木 克夫 |
| 設立年月日 | 昭和50年2月26日 |
| 電話番号 | 025-273-2151 |

2. ご利用事業所の概要

| | | |
|-------------|---------------------------|---------------------|
| ご利用事業所の名称 | ショートステイ なじよも | |
| サービスの種類 | 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 | |
| 事業所の所在地 | 〒950-0891 新潟市東区上木戸5丁目2番1号 | |
| 電話番号 | 025-250-7245 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成25年4月1日指定 | 1 5 7 0 1 1 1 5 0 8 |
| 利用定員 | 定員39人 | |
| 通常の送迎の実施地域 | 新潟市 | |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

4. 提供するサービスの内容

短期入所生活介護（又は介護予防短期入所生活介護）は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 | | | |
|---------|----------|------|-----|----|
| 医師 | 常勤 | 1人、 | 非常勤 | 0人 |
| 生活相談員 | 常勤 | 1人、 | 非常勤 | 0人 |
| 看護職員 | 常勤 | 3人、 | 非常勤 | 0人 |
| 介護職員 | 常勤 | 13人、 | 非常勤 | 4人 |
| 機能訓練指導員 | 常勤 | 1人、 | 非常勤 | 0人 |
| 栄養士 | 常勤 | 1人、 | 非常勤 | 0人 |

6. サービス提供の担当者

管理責任者（管理者）及びサービス提供の担当職員（生活相談員）は下記のとおりです。
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

| | | |
|----------|-------|-------|
| 管理責任者の氏名 | 管理者 | 池田 和雄 |
| 担当職員の氏名 | 生活相談員 | 女川 大輔 |

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本単位数」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額です。1単位あたりは、10.17円となります。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）短期入所生活介護の利用料

【基本部分：単独型短期入所生活介護費（従来型個室）】

| 利用者の要介護度 | 短期入所生活介護費 (1日あたり) | 61日以降 (1日あたり) |
|----------|----------------------|------------------|
| | 基本単位数 ※(注1)参照 | |
| 要介護1 | 645単位 | 589単位 |
| 要介護2 | 715単位 | 659単位 |
| 要介護3 | 787単位 | 732単位 |
| 要介護4 | 856単位 | 802単位 |
| 要介護5 | 926単位 | 871単位 |

(注1) 上記の基本単位数は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本単位数も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本単位数を書面でお知らせします。

【基本部分：単独型短期入所生活介護費（多床室）】

| 利用者の要介護度 | 短期入所生活介護費 (1日あたり) | 61日以降 (1日あたり) |
|----------|----------------------|------------------|
| | 基本単位数 ※(注1)参照 | |
| 要介護1 | 645単位 | 589単位 |
| 要介護2 | 715単位 | 659単位 |
| 要介護3 | 787単位 | 732単位 |
| 要介護4 | 856単位 | 802単位 |
| 要介護5 | 926単位 | 871単位 |

(注1) 上記の基本単位数は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本単位数も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本単位数を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の単位数が加算されます。

| 加算の種類 | 加算の要件 | 加算額 |
|-----------------------|--|----------------------------|
| | | 基本単位数 |
| 機能訓練体制加算 | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合 (1日につき) | 1 2 |
| 個別機能訓練加算 | 要件を満たした上で専従の機能訓練指導員が個別の機能訓練を実施した場合 (1日につき) | 5 6 |
| 生活機能向上 連携加算 | 事業所外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、個別機能訓練計画を作成した場合(1月につき) | 2 0 0 |
| | | 個別機能訓練加算を算定している場合 1 0 0 |
| 看護体制加算Ⅲ(ロ) | 当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1日につき) | 6 |
| 看護体制加算Ⅳ(ロ) | ※それぞれの要件を満たした場合、加算Ⅲと加算Ⅳをそれぞれ算定できる。 | 1 3 |
| 夜勤職員配置加算Ⅲ | 最低基準を1以上上回る数の夜勤職員が配置されている場合 (1日につき) | 1 5 |
| 医療連携強化加算 | 看護職員による定期的な巡視や、主治医と連絡が取れない等の場合における対応に掛かる取り決めを事前に行うなどの要件を満たし、実際に重度な利用者を受け入れた場合(1日につき) | 5 8 |
| 認知症行動・心理 症状緊急対応加算 | 認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断した利用者へサービス提供した場合 (1日につき) | 2 0 0 |
| 若年性認知症 利用者受入加算 | 若年性認知症利用者へサービス提供した場合(1日につき) | 1 2 0 |
| 送迎加算 | 送迎を行った場合(片道につき) | 1 8 4 |
| 療養食加算 | 要件を満たした上で療養食を提供した場合 (1日につき3回を限度とする) | 8 |
| 緊急短期入所 受入加算 | 要件を満たした上で緊急の受入を行った場合(1日につき) | 9 0 |
| 長期利用者に対する 短期入所生活介護 | 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。(1日につき) | － 3 0 |
| 看取り連携体制加算 | 死亡日及び死亡日以前30日以下に限り (1日につき) | 6 4 |
| 口腔連携強化加算 | 1回につき50単位(1月に1回を限度) | 5 0 |

| | | |
|--|--|---|
| 生産性向上推進 体制加算（Ⅰ） | 要件を満たした上で1月に1回 | 1 0 0 |
| 生産性向上推進 体制加算（Ⅱ） | | 1 0 |
| 在宅中重度者受入加算 （看護体制Ⅰ・Ⅲイ・ Ⅲロのいずれか有） | 居宅において訪問看護の提供を受けていた 利用者が、利用していた訪問看護事業所か ら派遣された看護職員により健康上の管理 等を受けた場合（1日につき） 当該加算の体制・人材要件を満たす場合 （1日につき） ※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。 ※（注3） | 4 2 1 |
| （看護体制Ⅱ・Ⅳイ・ Ⅳロのいずれか有） | | 4 1 7 |
| （看護体制Ⅰ・Ⅲイ・ Ⅲロのいずれか及びⅡ・ Ⅳイ・ロのいずれか有） | | 4 1 3 |
| （看護体制無） | | 4 2 5 |
| サービス提供体制 強化加算（Ⅰ） | 当該加算の体制・人材要件を満たす場合 （1日につき） ※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。 ※（注3） | 2 2 |
| サービス提供体制 強化加算（Ⅱ） | | 1 8 |
| サービス提供体制 強化加算（Ⅲ） | | 6 |
| 介護職員 処遇改善加算Ⅰ | 加算Ⅰ（1月につき＋利用単位×140/1000） | 1月の 利用単位数 （基本部分の単位数 ＋各種加算・減算×10.4％ |
| 介護職員 処遇改善加算Ⅱ | 加算Ⅱ（1月につき＋所定単位×136/1000） | |
| 介護職員 処遇改善加算Ⅲ | 加算Ⅲ（1月につき＋所定単位×113/1000） | |
| 介護職員 処遇改善加算Ⅳ | 加算Ⅳ（1月につき＋所定単位×90/1000） 加算Ⅳ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する | |
| 身体拘束廃止 未実施減算 | | - 1 / 1 0 0 |
| 高齢者虐待防止措置 未実施減算 | | - 1 / 1 0 0 |
| 業務継続計画 未策定減算 | | - 1 / 1 0 0 |

（注3）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（注4）加算Ⅲは加算Ⅱの90％、加算Ⅳは加算Ⅱの80％となります。

（２）介護予防短期入所生活介護の利用料

【基本部分：単独型介護予防短期入所生活介護費（従来型個室）】

| 利用者の 要介護度 | 介護予防短期入所生活介護費（１日あたり） |
|--------------|----------------------|
| | 基本単位数 ※（注１）参照 |
| 要支援１ | ４７９単位 |
| 要支援２ | ５９６単位 |

（注１）上記の基本単位数は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本単位数も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【基本部分：単独型介護予防短期入所生活介護費（多床室）】

| 利用者の 要介護度 | 介護予防短期入所生活介護費（１日あたり） |
|--------------|----------------------|
| | 基本単位数 ※（注１）参照 |
| 要支援１ | ４７９単位 |
| 要支援２ | ５９６単位 |

（注１）上記の基本単位数は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本単位数も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の単位数が加算されます。

| 加算の種類 | 加算の要件 | 加算額 |
|---------------|---|---------------------------------|
| | | 基本単位数 |
| 機能訓練体制加算 | 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合（１日につき） | １２ |
| 個別機能訓練加算 | 要件を満たした上で専従の機能訓練指導員が個別の機能訓練を実施した場合（１日につき） | ５６ |
| 生活機能向上連携加算 | 事業所外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、個別機能訓練計画を作成した場合（１月につき） | ２００ 個別機能訓練加算を算定している場合 １００ |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症利用者へサービス提供した場合（１日につき） | １２０ |
| 送迎加算 | 送迎を行った場合（片道につき） | １８４ |
| 口腔連携強化加算 | １回につき５０単位（１月１回を限度） | ５０ |

| | | |
|------------------|---|---|
| 療養食加算 | 要件を満たした上で療養食を提供した場合（１日につき３回を限度とする） | 8 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 要件を満たした上で1月に1回 | 100 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | | 10 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ | 当該加算の体制・人材要件を満たす場合（１日につき） ※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか１つを算定する。 ※（注３） | 22 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | | 18 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | | 6 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 加算Ⅰ（１月につき＋利用単位×140/1000） | 1月の 利用単位数 （基本部分の単位数 ＋各種加算・減算×10.4% |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ | 加算Ⅱ（１月につき＋所定単位×136/1000） | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | 加算Ⅲ（１月につき＋所定単位×113/1000） | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ | 加算Ⅳ（１月につき、＋所定単位×90/1000） | |

注３）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（注４）加算Ⅲは加算Ⅱの９０％、加算Ⅳは加算Ⅱの８０％となります。

（３）その他の費用

| | |
|------|--|
| 食費 | 1日につき1,550円。 （ただし、朝食480円、昼食535円、夕食535円とし、1食単位で費用の支払いを受けるものとします。） また、利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。 |
| 居住費 | 従来型個室（１日につき） 1,231円 多床室（１日につき） 915円 |
| テレビ代 | 利用者の希望により居室にテレビを設置した場合、１日につき次の額をご負担いただきます。 組合員：105円 非組合員：319円 |
| 電気代 | 電化製品を持ち込み使用される場合は、１点につき、１日105円をご負担いただきます。 |
| 送迎費 | 通常の送迎の実施地域を超えて送迎を行った場合 1kmにつき50円 |
| 理容代 | 理容（１回につき） 1,980円～2,403円 |
| その他 | 日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|----------|---------------|
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の50%の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の100%の額 |

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、差し上げます。

| 支払い方法 | 支払い要件等 |
|---------|--|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の3ヶ月後の25日(祝休日の場合は翌営業日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。 |
| 現金払い | サービスを利用した月の3ヶ月後の25日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。 ※平日の8時30分～17時15分の間でお願いいたします。 |
| 振込み | サービスを利用した月の3ヶ月後の25日(休業日の場合は直前の営業日)までに、振込みをお願いいたします。 第四北越銀行 中山支店 口座番号: 1414710 新潟医療生活協同組合 ショートステイなじょも 理事長 鈴木克夫 |

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

| | | |
|----------------|-------------|-----------------|
| 緊急連絡先 (家族等) | ① | |
| | 氏名(利用者との続柄) | () |
| | 電話番号 | () — |
| | ② | |
| 協力医療機関 | 氏名(利用者との続柄) | () |
| | 電話番号 | () — |
| | 医療機関の名称 | 新潟医療生活協同組合 木戸病院 |
| | 所在地 | 新潟市東区竹尾4丁目13番3号 |
| | 電話番号 | 025-273-2151 |

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族（身元引受人）、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

サービス提供の送迎時に事故が発生した場合も同様の対応を行なうものとします。

10. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

| | |
|---------|-------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 025-250-7245 |
| | 面接場所 当事業所の相談室 |

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

| | | |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 新潟市介護保険課 介護給付係 | 電話番号 025-226-1273 |
| | 新潟県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 025-285-3022 |

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- （１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- （２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- （３）体調や容体の急変などにより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支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所在地 新潟市東区上木戸5丁目2番1号

事業者名 ショートステイ なじょも

代表者氏名 理事長 鈴木 克夫 印

説明者氏名 _____

私は、事業者より上記の重要事項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。

(利 用 者) 住 所 _____

氏 名 _____

(身元引受人) 住 所 _____

氏 名 _____

本人との続柄 _____

(連帯保証人) 住 所 _____

氏 名 _____

本人との続柄 _____