社会福祉法人祷友会紅山ケアセンター
短期入所生活介護重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
香川県指定　第３７７１５００１４１号

当事業所はご契約者に対して指定通所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、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※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」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

１．事業者

（１）法　人　名　社会福祉法人「祷友会（とうゆうかい）」
（２）法人所在地　香川県丸亀市飯山町上法軍寺2600番地
（３）電話番号　０８７７－９８－２７８１
（４）代表者氏名　理事長　鎌　倉　克　英
（５）設立年月日　昭和４７年　１　月２０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１２年　２　月１８日指定
介護保険事業所番号　第３７７１５００１４１号
※当事業所は特別養護老人ホーム紅山荘に併設されています。

（２）事業所の目的
介護保険法令の趣旨に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ、可能な限り自立した居宅での日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に対し、その日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。

（３）事業所の名称　紅山ケアセンター

（４）事業所の所在地　香川県丸亀市飯山町上法軍寺2600番地

（５）電話番号　０８７７－９８－３９３９

（６）施設長（管理者）氏名　鎌　倉　克　英

（７）当事業所の運営方針
キリスト教の「愛情と奉仕」の精神に基づいて、個々の利用者を大切にいたします。

（８）開設年月　平成　３　年　７　月　１　日

（９）営業日及び受付時間

営業日	年中無休
受付時間	８:30～17:30

(10)入所定員　０人（紅山荘の空床を利用してサービス提供を行います。）

(11)通常の事業実施地域　丸亀市

(12)居室等の概要
紅山荘の空床を利用します。（１人部屋、２人部屋、４人部屋となります。）
☆居室・設備等の利用
施設・設備のご利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。
入所に際しての居室の指定については、ご契約者の心身の状況を考慮し施設側で決めさせていただきます。

居室・設備の種類	室　数	備　　考
個室(１人部屋)	38 室	従来型個室。各室に洗面所、トイレ付
２人部屋	8 室	多床室。各室に洗面所付
４人部屋	14 室	多床室。各室に洗面所付、天井走行リフト装備
合　　計	60 室	
食　堂	2 室	２階、３階
機能訓練室	2 室	２階、３階
浴　室	2 室	２階、３階にそれぞれ普通浴室・介護浴室 ［主な設備］ 普通浴槽(大)２台、普通浴槽(一人用)２台、 特殊浴槽２台、中間浴槽(車椅子)２台
医務室	1 室	１階

☆居室の変更

ご契約者(利用者)から居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況の変化により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定します。

☆居室に関する特記事項

トイレは個室(１人部屋)全室と２階、３階フロアー各々２カ所に設置しています。

３．職員の配置状況

指定介護老人福祉施設 紅山荘 に配置された職員がサービスを提供します。

＜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。

当施設では、ご利用者に対して指定介護老人福祉施設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。

職　　種	人　　数	備　考
１．施設長(管理者)	1	常勤
２．介護職員	常勤換算で32以上	
３．生活相談員	2	常勤
４．看護職員	常勤換算で３以上	１名は常勤
５．機能訓練指導員(看護職員兼務)	(0.1)	
６．介護支援専門員(介護職と兼務)	(2)	
７．医師(嘱託医)	非常勤２	
８．管理栄養士	１以上	
９．事務員その他の職員	必要数	

＜主な職種の勤務体制＞

職　　種	勤　務　体　制
１．医　　師	毎週火・金曜日　13：30　～　14：30　＊適時往診あり 精神科医は、第２・４木曜日　10：30　～　11：30
２．介護職員	標準的な時間帯 早出：　7：00　～　16：00 遅出：　9：30　～　18：30 夜勤：　16：30　～　9：30
３．看護職員	標準的な時間帯 早出：　7：30　～　16：30 日勤：　8：30　～　17：30 遅出：　9：30　～　18：30
４．機能訓練指導員	看護職員が担当する

4．当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。
当施設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。

（1）当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き通常９割または８割または７割が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①食事

・当施設では、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、及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頃　　昼食　12：00頃　　夕食17：30頃

②入浴

・入浴又は清拭を週２回行います。入浴日以外の入浴も可能です。
・寝たきりの方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送迎サービス

・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただくことがあります。

⑤その他自立への支援

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

＜サービス利用料金（１日あたり）＞

利用料金は、ご利用者の要介護度と負担割合に応じて異なります。ご利用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（＝介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に定める割合を乗じた利用料額）と居室・食事に係る自己負担額をお支払い下さい。（下記の料金表は自己負担が１割負担の場合です。２割または３割負担の場合もあります。「負担割合証」で確認させていただきます。）

この他に、送迎のサービスを受けることによる加算があります。送迎(片道)184円。

１．ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護１ 6,030円	要介護２ 6,720円	要介護３ 7,450円	要介護４ 8,150円	要介護５ 8,840円
２．うち、介護保険から給付される金額	5,427円	6,048円	6,705円	7,335円	7,956円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	603円	672円	745円	815円	884円
４．サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6 円				
５．看護体制加算（Ⅰ）ロ	4 円				
小計（３＋４）	613円	682円	755円	825円	894円
６．介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）	105円	117円	130円	142円	154円
７．居室に係る自己負担額（滞 在 費）	915円（※利用者負担第１段階の方は ０円、第２段階・第３段階①の方は430円、第３段階②の方は530円）				
８．食事に係る自己負担額（食　　費）	1,545円（朝食 410円、昼食 575円、夕食 560円）（※利用者負担第１段階の方は 300円、第２段階の方は600円、第３段階①の方は1,030円、第３段階②の方は1,360円）				
９．自己負担額合計 送迎加算を除く金額（３＋４＋５＋６＋７＋８）	3,178円	3,259円	3,345円	3,427円	3,508円

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、要介護の認定を受けた後、上記金額を請求いたします。

☆短期入所の利用限度日数を超える場合は、自己負担として、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。また、自費利用を挟み連続して30日を超えて利用する場合は、１日

あたり30円が減算されます。(61日目以降も同金額です。)

☆介護職員等処遇改善加算Ⅱロは、１か月の単位数に対し 17.2%を加算するため、めやすの数字となっています。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更させていただきます。

☆居室と食事に係る費用については、世帯全員が市町村民非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は負担が軽減されます。(下記参照)
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（※）となります。ただし、認定証の提示が必要です。認定は保険者（市町）が行います。

◇滞在費、食費の負担額　〔単位：円（日額）〕

対象者		利用者負担区分	滞在費（居住の種類により異なります）				食費
			多床室(相部屋)	従来型個室	ユニット型準個室	ユニット型個室	
生活保護受給者		第１段階	0	380	550	880	300
世帯全員が市民税非課税	本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額80万円以下　かつ、預貯金等の合計が650万(夫婦は1,650万円)以下	第２段階	430	480	550	880	600
	本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額80万円超120万円　かつ、預貯金等の合計が550万(夫婦は1,550万円)以下	第３段階①	430	880	1,370	1,370	1,030
	本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額120万円超　かつ、預貯金等の合計が500万(夫婦は1,500万円)以下	第３段階②	530	980	1,470	1,470	1,360
上記以外の方		利用者負担第４段階	施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は次のとおりです。				
			915	1,231	1,728	2,066	1,545

(２)介護保険の給付対象とならないサービス

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。

＜サービスの概要と利用料金＞

①特別な食事

ご契約者のご希望にもとづいて特別な食事を提供する場合には、要した費用の実費をお支払いいただきます。

②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地域にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただくことがあります。

・通常の実施地域を越えた地点から５km未満： 500円（片道料金）

・５km以上５km増えるごとに 500円追加させていただきます。

③理髪・美容

毎月１～２回、外部の理容師が来荘しています。出張サービスを利用される場合は実費負担となります。(現在、1,500円/１回)

④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。その場合、材料代等の実費をいただくことがあります。

また、特養の喫茶、売店をご利用いただくことができます。実費または低額料金（喫茶の場合、おおむね１品 100円）をご負担いただきます。

⑤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、ご契約者の都合で複写物を必要とする場合には、実費（１枚につき10円）をいただきます。

⑥日常生活上必要となる諸費用の実費

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ついては要した費用をご負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

（３）料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金は、原則として、お届けいただく通帳口座より、毎月20日（土・日の場合は後日）に、前月分の利用料として引き落としさせていただきます。
引落し手数料（110円/１回）はご負担ください。

（４）利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、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に申し出てください。
○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、事業所の稼働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．緊急時の対応

利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた時は、速やかにご家族等に連絡し、適切な措置を講じます。

６．事故発生時の対応

（１）サービスの提供により事故が発生した場合は、市町、当該利用者・家族に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行い、必要な対策を講じます。
（２）サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。ただし、介護上の過失によらない事故（見守り空白時の事故、自損事故、利用者間の諍いによる事故等）については、関係者間で協議の上処理します。
（３）同様の事故が起こらないよう、原因究明に努め、しかるべき処置を講じます。

７．個人情報の取り扱い

利用者の個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。

８．虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、担当者を置き、次に掲げる措置を講じます。
（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
（２）虐待の防止のための指針を整備します。
（３）従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年２回以上）実施します。
（４）事業所はサービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町に通報します。

９．感染症の予防及びまん延の防止について

事業所は、感染症の予防及びまん延を防止するため、担当者を置き、次に掲げる措置を講じます。
（１）感染症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を、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね３月に１回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催します。
（２）感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
（３）従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

10. 業務を継続して提供するために

感染症や非常災害の発生時においても、現在提供しているサービスを継続的に提供できるように、また、早期に業務再開が図れるように、「業務継続計画」を策定しています。非常時にも業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

職員に対し、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ています。また、計画については定期的に見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

11. 地域との連携等

事業の運営に当たり、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等、地域との交流に努めてまいります。

12. 苦情の受付について

(1)当施設における苦情の受付

当施設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)
　生活相談員　　香川祐子（紅山荘　TEL 0877-98-2781）

○受付時間　毎週月曜日～土曜日　8:30～17:30
　また、苦情受付ボックスを紅山荘と紅山ケアセンターの受付に設置しています。

○苦情解決責任者　　紅山荘　施設長　　鎌 倉 契 嗣

○苦情解決第三者委員
　苦情解決を円滑に図るため、苦情の受付、苦情申出人と苦情解決責任者との話し合いへの立ち会い・助言を行う者として、下記の方に第三者委員をお願いしています。
　　喜多壽子氏（TEL 0877-86-2470）、寺井義弘氏（TEL 0877-98-5293）

○苦情処理の手順は、次のとおりです。
(1) 苦情があった場合、苦情受付者は苦情申出人から詳しく事情を聞き、事実確認を行う。(間接的に受付けた場合は、苦情受付者は速やかに苦情申出人に連絡を取り、苦情の内容について確認する。)
(2) 苦情受付後、苦情受付者は苦情解決責任者に報告する。
(3) 苦情解決責任者は、必要あると判断した場合、検討会議を開く。
(4) 苦情解決責任者は検討の結果に基づき、速やかに具体的な対応（検討内容報告、謝罪訪問等）をとる。また、苦情解決に向けての話し合いを行い、適切な解決に努める。この時、苦情申立人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の立ち会い又は助言を求めることができる。
(5) 上記に係る苦情処理等について記録し、台帳に保管し、再発を防ぐ為に役立てる。

(2)行政機関その他苦情受付期間

下記の機関へ苦情を申し立てることもできます。

介護保険の保険者が丸亀市以外の方の場合は、保険者の介護保険担当課へもご連絡が可能です。(下記は、丸亀市の担当課)

香川県長寿社会対策課 介護保険担当	所在地　高松市番町4-1-10 電話番号　087-832-3269　・FAX　087-806-0206 受付時間　9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地　高松市福岡町2-3-2　(香川県自治会館内) 電話番号　087-822-9341　・FAX　087-822-6023 受付時間　9:00～17:00
香川県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地　高松市番町1-10-35（香川県社会福祉総合センター内) 電話番号　087-861-1300　・FAX　087-861-1300 受付時間　10:00～16:00

丸亀市健康福祉部 高齢者支援課 地域包括支援センター	所在地　丸亀市大手町2-4-21（市役所２Ｆ） 電話番号　0877-24-8807　・FAX　0877-24-8455 電話番号　0877-24-8933
南部センター	所在地　飯山町川原1114-1（飯山市民総合センター１Ｆ） 電話番号　0877-85-3350 受付時間　9:00～17:00

令和　　年　　月　　日

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。

指定短期入所生活介護

説明者職名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

利用者との関係（　　）