

# 指定短期入所生活介護事業所ひかり屋形

## 重要事項説明書

～基本理念～

### 利用者の立場で

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護または介護予防短期入所生活介護サービスを提供いたします。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

#### 目 次

1. 事業の目的及び運営の方針	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員体制	3
4. サービス内容	3
5. 緊急時における対応	4
6. 非常災害対策	4
7. 苦情の受付について	4
8. 感染症について	5
9. 法人の概要	5
(別表1) サービスの利用料金	
(別表2) 負担限度額の設定及び段階別料金表	
(別表3) 随時負担していただく費用	
(別表4) 介護保険の給付対象とならないサービス及び利用料金の支払い方法	

(平成28年4月1日現在)

## 1. 事業の目的及び運営の方針

### 事業の目的

介護保険法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるような支援に努め、ご利用者に日常生活を営むために必要な居室及び共用設備等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを適正に提供することを目的とします。

### 事業の運営方針

- ・ご利用者の人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービス提供に努めるとともに、ご利用者及びその家族のニーズを的確にとらえ、ご利用者が必要とする適切なサービス提供を目指します。
- ・ご利用者またはその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明するように努めます。
- ・適切な介護技術を持ってサービス提供を行うよう努めます。
- ・常に提供したサービスの質の管理、評価をおこなえるように努めます。
- ・ご利用者または他のご利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他、ご利用者の行動を制限する行為を行いません。

## 2. 事業所の概要

名称	指定短期入所生活介護事業所ひかり屋形 指定介護予防短期入所生活介護事業所ひかり屋形
所在地	〒400-0036 山梨県甲州市塩山熊野774-1
管理者	守屋 英一
介護保険指定番号	1972200164
電話番号/FAX 番号	0553-39-9000/0553-33-1166
入所定員	10名
送迎地域	甲州市・山梨市 他

### [居室の概要]

当施設では、全室個室(10部屋)をご用意し、個室とそれに近接したリビング等で日常生活上の支援及び介護をさせていただきます。

### 3. 職員体制

職 種	配置基準	業務内容
管理者	1	職員の管理、業務の実行状況の把握、その他の管理を一元的に行う。
生活相談員	1	ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握。ご利用者又はその家族に対する相談。他関係機関との連絡調整を行う。
介護職員	4名以上	ご利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
看護師		
准看護師	1	ご利用者の看護業務を行う。
機能訓練指導員	1	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またはその減退を防止するための訓練を行う。
介護支援専門員	1	ご利用者の短期入所生活介護サービス計画を作成する。
医師(嘱託)	1	ご利用者の健康管理及び療養上の指導を行う。
栄養士	1	食事の献立作成、栄養計算、衛生管理及びご利用者に対する栄養指導等を行う。

### 4. サービス内容

当事業所ではご利用者に対して下記のサービスを提供いたします。

利用料金及びお支払方法については別表をご確認ください。

#### 【短期入所・介護予防短期入所生活介護サービスの概要】

① 食事(食費は全額利用者負担となります。)

●ひかり屋形では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。

●ご利用者の自立支援のため可能な限り、リビングにて食事をしていただくようお願いしております。

(食事時間) 朝食 8:00～9:00 昼食 12:00～13:00 夕食 17:30～18:30

※上記の食事時間は、おおよその時間帯です。ご利用者のご希望や生活リズムに合わせた時間帯での食事提供も可能です。

② 入浴

●入浴はご利用者お一人お一人の状態に合わせて、入浴をおこない(最低週2回)、入浴

が出来ない場合であっても清拭等を行い、清潔の保持につとめます。

●ご利用者お一人お一人の身体的状態に合わせた入浴を提供します。ご利用者が安心して入浴していただける浴槽をご用意しています。(①個人浴槽②足を伸ばしてのびのび入浴ができる広めの浴槽③歩行困難な方や、座位が保てない方等でも入浴していただける機械浴槽)。

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せん。

④ 機能訓練

●ご利用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

●看護職員が、服薬や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。

●生活習慣やお考えを尊重し、ご家庭での生活との連続性を大切に支援します。

●清潔で快適な生活を過ごしていただくよう、適切な整容が行われるよう支援します。

## 5. 緊急時における対応

利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じるほか、速やかにご家族の方に連絡いたします。

## 6. 非常災害対策

① 災害時の対応

防災マニュアルに従い、迅速に対応いたします。

② 防火設備

消火器、非常用照明、避難誘導灯等、必要な設備は整っております。

③ 防火管理者

古屋 義隆

## 7. 苦情の受付について

① ひかり屋形における苦情やご相談は下記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 中山 久美子

◆ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9:00～午後17:00

また、苦情受付ボックスを事務所受付に設置しています。

② 公的機関における苦情の受付

光風園における苦情等は、下記の公的機関でも受け付けています。

- ◆ 甲州市役所 介護支援課 TEL 0553-32-5066
- ◆ 山梨県福祉保健部 長寿社会課 介護サービス振興担当 TEL 055-223-1450
- ◆ 山梨県国民健康保険団体連合会介護保険サービスに係る相談苦情窓口 TEL 055-233-9201

## 8. 感染症について

季節的(11月～3月)にインフルエンザ・ノロウイルスなどの感染症が流行することがあります。当施設でもこれらの感染症の予防や、まん延の拡大には細心の注意を払っていますが、完全に予防することは困難です。空気・飛沫・接触などによるご利用者の感染に対しては、当施設での責任は負いかねますので、ご利用者及びご家族のご理解をお願いします。また、当施設を利用される前に、発熱・嘔吐・下痢・咳等の症状が見られる場合は、必ずサービス担当者に報告をお願いいたします。

## 9. 法人の概要

法人名称	社会福祉法人光風会
代表者役職氏名	理事長 熊谷 和正
所在地	〒404-0035 山梨県甲州市塩山西野原603
設立年月日	平成3年10月23日
電話番号/FAX 番号	0553-33-7511/0553-33-7513
E-mail アドレス	houjin-honbu@koufuukai-yamanashi.or.jp
運営事業所	特別養護老人ホーム光風園 (指定介護老人福祉施設・指定短期入所生活介護事業所)
	特別養護老人ホームひかり屋形 (地域密着型介護老人福祉施設・指定短期入所生活介護事業所)
	デイサービスセンター光風園 (指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所)
	デイサービスセンターひかり横丁 (指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所)
	光風園指定居宅介護支援事業所
	在宅介護支援センター光風園
	風の子保育園
	鈴宮寮(指定管理)

指定短期入所生活介護・指定介護予防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。

平成 年 月 日

法人所在地 〒400-0035  
山梨県甲州市塩山西野原603  
事業者名称 社会福祉法人 光風会  
代表者 理事長 熊谷 和正

説明者	職種	管理者
	氏名	守屋 英一
		印

私は、本書面に基づいてひかり屋形から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスに提供に同意しました。

利用者	住所
	氏名
	印

代理人	住所
	氏名
	印

(別表1)

## 1. サービスの利用料金（1日あたり）

別に定める料金表のように、①短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービス費に係る利用者負担、②サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ、③夜勤職員配置加算（Ⅱ）、④介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、⑤居住費（室料・光熱水費相当分）、⑥食費、⑦日常生活費等の料金をご負担いただきます。

$$\boxed{\text{①～④利用者負担（1割もしくは2割）}} + \boxed{\text{滞在費}} + \boxed{\text{食費}} + \boxed{\text{日常生活費}}$$

### ① 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービス費

利用者の介護認定区分に応じて、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスの給付を受ける費用。料金は別に定める料金表の通りです。

※平成27年8月より、ご本人の一定以上の所得金額（年間年金額 280万以上の等）の方は、2割負担となります。詳細は、9ページの料金表をご覧ください。

### ② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上いる条件を満たしているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:180円<自己負担金:1割負担の方(18円)、2割負担の方(36円)>

### ③ 夜勤職員配置加算（Ⅱ）

夜勤を行う介護・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回っているため、下記の料金をお支払いいただきます。

料金:180円<自己負担金:1割負担の方(18円)、2割負担の方(36円)>

### ④ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

厚生労働大臣が定める基準に適合し、全ての要件を満たしているため、介護サービス利用料と加算費用の合計金額の5.9%に相当する金額をご負担していただきます。

(別表2)

## 2. 負担限度額の設定

低所得の方のサービス利用が困難にならないよう、所得に応じた負担限度額が設けられ、別紙の料金表のように保険給付の対象外となる居住費や食費の自己負担が軽減されます。なお第1から第3段階は、介護保険負担限度額認定証が必要になります。交付を受けるためには申請が必要となりますので、お住まいのある市役所へお問い合わせ下さい。

※この制度の対象になるためには、市町村への申請が必要となり、市町村民税非課税世帯の状況やご本人の年間年金額、またご本人や配偶者の資産等(単身の方は1,000万円超、夫婦は2,000万円超)において決定されるものです。そうしたことから、当施設において対象になるか否かの判断は出来ませんので、詳細は最寄りの市町村介護支援課にお問い合わせください。

### 【段階別料金表（1日あたり）】

《生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢年金を受けておられる方》

第1段階		①短期入所生活 介護サービス費	②サービス提供体制 強化加算(1)イ	③夜勤職員配置 加算(Ⅱ)	④介護職員処遇 改善加算(1)	⑤居住費	⑥食費	自己負担額合計
要支援1 <small>(介護予防利用者)</small>	個室	508円			31円			1,677円
要支援2 <small>(介護予防利用者)</small>	個室	631円			38円			1,807円
要介護1	個室	677円			42円			1,875円
要介護2	個室	743円	18円	18円	46円	820円	300円	1,945円
要介護3	個室	814円			50円			2,020円
要介護4	個室	880円			54円			2,090円
要介護5	個室	946円			58円			2,160円

《所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が80万円以下の方》

第2段階		①短期入所生活 介護サービス費	②サービス提供体制 強化加算(1)	③夜勤職員配置 加算(Ⅱ)	④介護職員処遇 改善加算(1)	⑤居住費	⑥食費	自己負担額合計
要支援1 <small>(介護予防利用者)</small>	個室	508円			31円			1,767円
要支援2 <small>(介護予防利用者)</small>	個室	631円			38円			1,897円
要介護1	個室	677円			42円			1,965円
要介護2	個室	743円	18円	18円	46円	820円	390円	2,035円
要介護3	個室	814円			50円			2,110円
要介護4	個室	880円			54円			2,180円
要介護5	個室	946円			58円			2,250円

(別表2)

《所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ年金収入額と合計所得年金額が80万円超の方》

第3段階		①短期入所生活 介護サービス費	②サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	③夜勤職員配置 加算(Ⅱ)	④介護職員処遇 改善加算(Ⅰ)	⑤居住費	⑥食費	自己負担額合計
要支援1 <small>(介護予防利用者)</small>	個室	508円			31円			2,517円
要支援2 <small>(介護予防利用者)</small>	個室	631円			38円			2,647円
要介護1	個室	677円			42円			2,715円
要介護2	個室	743円	18円	18円	46円	1,310円	650円	2,785円
要介護3	個室	814円			50円			2,860円
要介護4	個室	880円			54円			2,930円
要介護5	個室	946円			58円			3,000円

《上記以外の方》

第4段階		①短期入所生活 介護サービス費	②サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	③夜勤職員配置 加算(Ⅱ)	④介護職員処遇 改善加算(Ⅰ)	⑤居住費	⑥食費	自己負担額合計
要支援1 <small>(介護予防利用者)</small>	個室	508円			31円			4,107円
要支援2 <small>(介護予防利用者)</small>	個室	631円			38円			4,237円
要介護1	個室	677円			42円			4,305円
要介護2	個室	743円	18円	18円	46円	2,010円	1,540円	4,375円
要介護3	個室	814円			50円			4,450円
要介護4	個室	880円			54円			4,520円
要介護5	個室	946円			58円			4,590円

※要介護度に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更させていただきます。

【2割負担ご利用者の場合】

上記の自己負担合計額に下記の金額が追加されます。(平成27年8月1日より)

- \* 要支援1 557円
- \* 要支援2 687円
- \* 要介護1 755円
- \* 要介護2 825円
- \* 要介護3 900円
- \* 要介護4 970円
- \* 要介護5 1,040円

### 3. 随時負担していただく費用

#### ① 療養食加算

医師の食事せんに基づく療養食(糖尿食・腎臓食・肝臓食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓食・高脂血症食・痛風食・検査食)を、栄養士が管理した場合に、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:230円<自己負担金:1割負担の方(23円)、2割負担の方(46円)>

#### ② 送迎加算

ご利用者、ご家族とご相談のうえ必要に応じて実施します。

料金:片道1,840円<自己負担金:1割負担の方(184円)、2割負担の方(368円)>

#### ③ 認知症行動・心理症状緊急対応加算

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、緊急に短期入所サービスを利用することが適当であると判断した者に対し、利用を開始した日から7日を限度として下記の料金をお支払いいただきます。

料金:2,000円<自己負担金:1割負担の方(200円)、2割負担の方(400円)>

#### ④ 若年性認知症利用者受入れ加算

初老期における認知症の方に対して、個別に担当者を定め、その者を中心に、その方の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合。1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:1,200円<自己負担金:1割負担の方(120円)、2割負担の方(240円)>

#### ⑤ 緊急短期入所受入加算

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、短期入所生活介護サービスを緊急に利用した場合は。1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:900円<自己負担金:1割負担の方(90円)、2割負担の方(180円)>

<7日～14日を限度>

(別表4)

#### 4. 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。

##### ① 食事提供費

ご契約者に提供する食事に係る費用です。召し上がった食事分の金額をお支払いいただきます。

食事提供費の内訳:

(食材料費:朝食450円 昼食560円 夕食530円)

基準費用額 合計1,540円(3食合計)

##### ② 居住費

ご利用者が事業所を利用をするために必要な、1日あたりの室料・光熱水費相当分に係る費用です。

基準費用額 個室:2,010円

##### ③ 日常生活上必要となる諸費用

ご利用者の日常生活・教養娯楽に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用を、ご同意のもと負担いただきます。

利用料金:1日 50円以内

##### ④ 理容・美容

月に1回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金:1回あたり1,500円 (利用期間中に理容師の出張がない場合は、利用できません)

##### 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、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。

#### 5. 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに下記の方法でお支払いください。

①指定金融機関(山梨中央銀行)より、口座振替にてお支払い。

②現金でのお支払い。現金でのお支払いの場合は、ご請求金額ちょうどの金額を事務所窓口にてお支払い下さい。なお、受付可能日時は、月～金曜日(8:30～17:30)です。

③指定口座へのお振込

お振込先

山梨中央銀行 塩山支店 普通預金 826070

社会福祉法人光風会 理事長 熊谷 和正