

重要事項説明書

(短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービス)

利用者に対する(介護予防)短期入所生活介護サービス提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

2024年7月

1. 事業者

事業者の名称	株式会社ザ・サンパワー
事業者所在地	神奈川県平塚市馬入本町13-11
事業者の法人種別	株式会社
代表者氏名	代表取締役 石本 寛幸
電話番号	0463-22-1233

2. 事業所

事業所名称	エミーズ鴨宮
事業所所在地	神奈川県小田原市鴨宮771-1
管理者氏名	原 直希
電話番号	0465-46-1165
FAX番号	0465-46-1164
通常の送迎の実施地域	小田原市・南足柄市・大井町・中井町・二宮町・開成町・大磯町・平塚市
第三者評価の実施	無

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	神奈川県事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	令和元年10月1日	1472303567	54名

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的及び運営方針	(介護予防)短期入所生活介護の提供に当たって、利用者の意思および人格を尊重し、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、事業所内において利用者が相互に社会的関係を築き、自立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並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
-------------	---

5. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		1,654.06㎡
建物	構造	鉄骨造4階建て(耐火建築物)
	延べ床面積	2,088.04㎡
利用定員		54名

(2) 主な設備

設 備 の 種 類	室数	面 積 (1室あたり)	備考
1 人 部 屋	54室	10.65㎡以上	個室
一 般 浴 室	1室	22.12㎡	共用
機 械 浴 室	1室	24.10㎡	共用
面 談 室	1室	8.65㎡	共用
2階 機能訓練室兼食堂 3階 4階	3室	55.78㎡ 55.78㎡ 55.78㎡	共用

6. 職員体制 (主たる職員)

2024年7月

従 業 者 の 職 種	人数	常 勤		非 常 勤		保 有 資 格
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管 理 者	1		1			介護福祉士
生 活 相 談 員	2		2			介護福祉士
看 護 職 員	5		3		2	看護師・准看護師
介 護 職 員	19		11		7	介護福祉士・介護福祉士実務者研修・ヘルパー 2 級等
機能訓練指導員	1		1			柔道整復師・あん摩マッサージ師
栄 養 士	1		1			管理栄養士
医 師	1			1		医師

7. 営業日および受付時間

営 業 日	年中無休
受 付 時 間	8 時 3 0 分～1 7 時 3 0 分

8. 利用者負担金

利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担 (費用全体の1割、2割又は3割負担)
- ② 運営基準「厚生労働省令」で定められた「その他の費用」 (全額、自己負担)
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額、自己負担)

(1) 介護保険給付サービス

単独型短期入所生活介護費 (従来型個室)

要支援者

①	要支援1 (1日当たり)	479単位
②	要支援2 (1日当たり)	596単位
③	サービス提供体制強化加算 II	18単位
④	送迎加算 (片道あたり・該当される方)	184単位
⑤	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (該当される方・7日間限度)	200単位
⑥	介護職員処遇改善加算 III	介護職員の処遇改善として基本単位や各種加算より算定された単位数に11.3%を乗じた単位数
※	小田原市は、地域区分が「5級地」であるため、上記表の単位数に10.55円を乗じた金額(小数点以下切り捨て)の1割、2割又は3割が自己負担額になります。	

要介護者

ア	要介護1（1日当たり）	645単位
イ	要介護2（1日当たり）	715単位
ウ	要介護3（1日当たり）	787単位
エ	要介護4（1日当たり）	856単位
オ	要介護5（1日当たり）	926単位
カ	看護体制加算 I	4単位
キ	機能訓練指導体制	12単位
ク	夜間職員配置加算 I	13単位
ケ	サービス提供体制強化加算 II	18単位
コ	送迎加算（片道あたり・該当される方）	184単位
サ	認知症行動・心理症状緊急対応加算（該当される方・7日間）	200単位
シ	緊急短期入所受入加算（該当される方・7日間限度）	90単位
ス	介護職員処遇改善加算 III	基本単位や各種加算より算定された単位数に11.3%を乗じた単位数
※	小田原市は、地域区分が「5級地」であるため、上記表の単位数に10.55円を乗じた金額（小数点以下切り捨て）の1割、2割又は3割が自己負担額になります。	

（2）介護保険給付外サービス

① 滞 在 費		<u>3,500</u>	円	（非課税）	①および②において、利用者負担段階の第1段階、第2段階、第3段階に該当する方は、各段階で設定されております負担限度額をお支払いください。 なお、各段階の負担限度額のお支払につきましては、契約時に負担限度額証の確認が必要となりますこと ご承知おきくださいませ。			
② 食材料費	朝食	380	円	（非課税）				
	昼食	600	円	（非課税）				
	夕食	600	円	（非課税）				
	1日	<u>1,580</u>	円	（非課税）				
医師の指示により治療に必要な特別食（腎臓病食、膵臓病食、脂質制限食、貧血症食）を提供した場合、下記の金額を追加いただきます。								
	腎臓病食	200	円	（非課税）	貧血症食	100	円	（非課税）
	脂質制限食（膵臓病食・高脂血症食）		150	円	（非課税）			
③ おやつ代		100	円	（税込）				
お食事とは別におやつを提供します。召し上がるか否かについては選択できます。なお「おやつ」につきましては、食事とは別の提供および選択制となりますので、負担限度額の対象外となります。								
④ 理美容代		1,600円(税込)						
⑤ キャンセル料（食事代）								

（3）通常のサービス提供の範囲を越える保険外の費用

介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、介護予防サービス計画・居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員からの説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

9. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	栄養士を配置し、ご利用者の年齢、身体の状態、嗜好等を前もって確認した上で、適切な栄養量及び適切な内容のお食事を提供いたします。
入 浴	必要な方は職員が介助いたします。 ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、一般浴、シャワー浴、機械浴、または清拭を行います。
排 泄 の 介 助	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持・増進に努めます。
健 康 管 理	入浴前に看護職員が健康状態を確認いたします。利用時間中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。
相 談 及 び 援 助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送 迎	ご自分で来所が困難な方は、リフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
食 事 の 提 供	栄養士による献立の検収により、新鮮で良質な食事を提供いたします。
レクリエーション行事	行事計画に基づき、各種レクリエーションを提供いたします。
理 美 容	外部委託業者による理美容サービスを提供いたします(要予約)。

10. 料金のお支払い方法

料金・費用は毎月15日までに前月分の利用料金等を請求しますので、27日までに下記の方法でお支払いください。

- ① 預金口座振替にて引落しにより、お支払いいただく方法（預金口座振替依頼書にお申込いただきます。）
- ② 当施設口座へ振り込みによりお支払いいただく方法（振込み手数料はご負担ください。）

株式会社ザ・サンパワー

静岡銀行 平塚支店（普通）

0463929

お支払いを確認いたしましたら、領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。

1 1. サービス利用の中止

利用者の都合でサービスを中止する場合には、お早めにご連絡ください。

なお、その際は次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

キャンセル料	
ご利用予定の3日前	ご利用料金(※1)の30%
ご利用予定の2日前	ご利用料金(※1)の30%
ご利用予定の前日	ご利用料金(※1)の50%
ご利用予定の当日	ご利用料金(※1)の100%

・ご利用料金(※1)とは、（介護保険適用分（1割、2割、3割負担分）＋実費分（食費、滞在費））×利用予定日数分を意味します。

1 2. 苦情 相談等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

① 当施設相談室	窓口担当者（管理者 原 直希 生活相談員 後藤 孝行 田畑 順一）
	ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法 電 話 0465-46-1165
	F A X 0465-46-1164
	直接ご面談などによる

公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

② 行政機関	神奈川県国民健康保険団体連合会苦情相談窓口	045-329-3447
	小田原市 高齢介護課	0465(33)1827
	南足柄市 高齢介護課	0465(73)8057
	大井町 介護福祉課	0465(83)8011
	中井町 健康課	0465(81)5546
	箱根町 福祉課	0465(85)7790
	二宮町 福祉保険課	0463(71)3311
	開成町 保険健康課	0465(84)0320
	大磯町 保険福祉課	0463(61)4100(内線314)
	平塚市 介護保険課	0463(21)8790

1 3. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『消防計画』にのっとり、対応いたします。
平常時の訓練等 防火設備	別途定める『消防計画』にのっとり、 年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。

1 4. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡いたします。

1 5. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、事業者の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

1 6. 秘密保持について

当事業者及び従業者は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業者は、従業者が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業者は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができますものとします。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

1 7. 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画の作成について

居宅サービス計画・介護予防サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画を作成します（4日以上利用の場合）。短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画を交付いたします。

1 8. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は原則的にお断りします。 火気類の持ち込みは禁止です。 飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品、現金等の管理	基本的に個人で管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮ください。
その他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

年 月 日

(介護予防) 短期入所生活介護サービスの提供開始に際し、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事業所 エミーズ鴨宮

指定介護予防短期入所生活介護事業所

説明者職名 _____ 氏 名 _____

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、(介護予防) 短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 住 所
氏 名 _____ (印)

ご利用者の家族等 住 所
氏 名 _____ (印)
続 柄 _____