

指定（介護予防）短期入所生活介護事業所
東和荘（介護予防）短期入所生活介護事業所のご紹介
『重要事項説明書』

令和7年 1月 1日現在

目 次

| | ページ |
|--------------------------|-----|
| 1 事業所経営法人 | 1 |
| 2 利用施設 | 1 |
| 3 居室の概要 | 2 |
| 4 職員の配置状況 | 2 |
| 5 事業所が提供するサービスと利用料金 | 3 |
| 6 利用の中止、変更、追加 | 5 |
| 7 事業所利用の際についてのお願い | 6 |
| 8 社会福祉法人による利用者負担軽減制度について | 6 |
| 9 事故発生時の対応 | 7 |
| 10 非常災害時の対策 | 7 |
| 11 高齢者虐待防止について | 7 |
| 12 防犯カメラの設置及び管理について | 7 |
| 13 その他運営に関する事項について | 8 |
| 14 苦情受付について | 8 |
| 14 守秘義務等について | 9 |
| 15 第三者による評価の実施状況 | 9 |
| 料金表別表1 | 10 |
| 料金表別表2 | 11 |

1 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 八起社
- (2) 法人所在地 名古屋市天白区植田山2丁目101番地
- (3) 電話番号 052-781-2859
- (4) 代表者 理事長 長谷川 弘之
- (5) 設立年月日 昭和29年12月20日

2 ご利用施設

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入所生活介護事業所（以下、「事業所」という。）
*特別養護老人ホーム東和荘に併設
- (2) 事業所の目的 当事業所は、適正な運営を確保するために必要な管理運営に関する事項を定め、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある高齢者等に対し適正かつ効率的な短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 東和荘短期生活介護事業所
- (4) 所在地 愛知県知多郡東浦町大字石浜字飛山池上41番地
- (5) 電話番号 0562-83-2878
- (6) 事業所長 下村 卓也
- (7) 運営方針 指定短期入所生活介護事業は、要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
指定介護予防短期入所生活介護予防事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、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回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月日 平成12年4月1日
- (9) 営業日及び営業時間

| | |
|---------|--|
| 営業日 | 年中無休 |
| 申込受付・日時 | 午前8時45分から午後5時30分（日曜日・祝祭日・12月29日から1月3日を除く）。 |
| 入所日時 | 午前9時30分から午後5時までに入所していただくようご協力願います（緊急やむを得ない場合を除き、日曜日・祝祭日の入所はご遠慮ください）。 入所時に看護職員・介護職員が、家庭での生活状況や病歴等を確認させていただきます。多少のお時間をいただくこととなりますので、時間に余裕を持ってお越しください。 |
| 送迎 | 各自にて行っていただくようお願いします。 |

- (10) 利用定員 16人

3 居室の概要

当事業所では、次のような居室、設備を用意しています。入居される居室は原則多床室（二人部屋及び四人部屋）です。（特別養護老人ホーム東和荘と併用）

また、利用につきましては、滞在費をいただきますが、居室の種類によって滞在費は異なります。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備 考 | 居室・設備の種類 | 室数 | 備 考 |
|----------|-----|-------|----------|----|-----|
| 個室（一人部屋） | 10室 | 従来型個室 | 静養室 | 1室 | |
| 二人部屋 | 5室 | | 食堂兼機能訓練室 | 1室 | |
| 四人部屋 | 19室 | | 一般浴室 | 2室 | |
| 医務室 | 1室 | | 機械浴室 | 2室 | |

- (1) これらの居室、設備は、厚生省令が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている居室・設備です。
- (2) 居室の変更につきましては、利用者から変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により事業所でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。
- (3) トイレは、居室外になります。

4 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定短期入所生活介護サービス、指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供する職員として、次の職種の職員を配置しています。（併設特別養護老人ホーム東和荘と兼務）

- (1) 主な職員の配置状況

（併設特別養護老人ホーム東和荘と兼務）

| 職 種 | 常 勤 | | 非 常 勤 | |
|-----------|-----|-----|-------|-----|
| | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 |
| 1 施設長 | | 1名 | | |
| 2 生活相談員 | | 2名 | | |
| 3 介護職員 | | 23名 | 14名 | |
| 4 看護職員 | | 4名 | 1名 | |
| 5 介護支援専門員 | | 1名 | | |
| 6 機能訓練指導員 | | 1名 | | |
| 7 医師 | | | | 3名 |
| 8 管理栄養士 | | 2名 | | |
| 9 運転手兼介助員 | | | | 2名 |

- (2) 主な職種勤務体制（特別養護老人ホーム東和荘の人員を含む）

| 嘱 託 医 師 | 内 科 | 毎週月曜日午後 | | | | | |
|-------------------|-----|-------------------|----|------------------|----|-------------|----|
| | 精神科 | 毎月第2水曜日午前 第4火曜日午前 | | | | | |
| 標準的な時間帯における最低配置人員 | | | | | | | |
| 介 護 職 員 | 早出1 | 6:30~15:15 | 1名 | 看 護 職 員 | 早出 | 7:30~16:15 | 1名 |
| | 早出2 | 8:00~16:45 | 4名 | | 普通 | 8:45~17:30 | 2名 |
| | 遅出1 | 10:15~19:00 | 2名 | | 遅出 | 11:00~19:45 | 1名 |
| | 遅出2 | 10:30~19:15 | 1名 | 機 能 訓 練 指 導 員 | 普通 | 8:30~17:15 | 1名 |
| | 夜勤 | 16:30~翌10:00 | 4名 | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

5 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して介護保険の給付・予防給付の対象となるサービスと給付の対象にならないサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付・予防給付の対象となるサービス

次のサービスについては、利用料金の通常7割、8割または9割が介護保険から給付されます。

①日常生活における介護

ア) 入浴

*入浴または清拭を週2回行います。

*一般浴槽と機械浴槽に2種類あり、利用者の方の身体状況に合わせた入浴形態をとらせていただきます。

*寝たきりの方でも機械浴槽にて入浴していただくことができます。

イ) 排泄

*排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行うよう努力します。

*やむを得ずオムツを使用される場合も、その方の排尿量などに合わせたオムツを使用することによって、不快感を感じることがないように援助します。

*プライバシーの保護に十分配慮した援助を行います。

ウ) 着替え

*事業所において洗濯を行い、生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう努めます。

エ) 衛生保持

*清潔で快適な生活が送れるよう、適切な口腔ケア、食前の手指消毒、その他整容が行われるよう援助します。

②食事の提供

*当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養や利用者の身体の状況、嗜好を考慮した食事を提供します。

*利用者の自立支援のため、離床して食堂で食事を摂っていただくことを原則としています。

*食事開始時間は次のとおりです。朝食8:00 昼食12:00 夕食18:00

注) 食費につきましては、原則基準負担額として、日額1,445円いただきます。

ただし、利用者負担段階第1段階から第3段階に該当された方の場合、その区分に応じた上限額となります。

*5の(2)の③負担軽減措置及び④食事の取扱いについて参照

③機能訓練

*寝たきり防止のため、できるかぎり離床を心がけた援助を行います。

*作業療法士、看護職員などの指導により、身体機能の維持、向上に努めます。

④健康管理

*看護職員が中心となり、健康管理を行い疾病の予防、早期発見に努めます。

*必要に応じて、各種医療機関に受診していただきますが、原則として通院等に関しましては、緊急やむを得ない場合を除き、ご家族にてお願いいたします。

⑤日常生活における相談及び援助

⑥その他教養娯楽行事参加の促進

*日常生活の中でのリハビリ、レクリエーションを通じ、身体機能の維持、低下防止に努めます。

*事業計画に基づき、各種行事などに参加を促すことによって、施設生活にメリハリを持っていただけるように援助します。

(2) 介護保険の給付・予防給付の対象となるサービスの利用料金

①別表1・別表2の料金表によって、利用者の要介護度に応じた介護サービス費から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と食費並びに滞在費の合計金額をお支払ください。サービスの利用料金は、利用者の要介護度や居室の環境等に応じて異なります。

なお、当事業所は、看護職員・介護職員の配置3:1以上、サービス提供体制強化加算(Ⅱ)、夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ、介護職員等処遇改善加算Ⅰ(14.0%)に基づき算定します。7級地適用地域とな

りますので、1単位10.17円となります。

居室は原則多床室（四人部屋もしくは二人部屋）の利用となります。

②その他の主な加算の算定について

(2) の料金表に加え介護保険法の規定に基づき次の対応を実施した場合、次の各種加算を算定させていただきますこととなります。

(ア) 緊急短期入所受入加算 1日につき90単位

*計画的になっていない場合で緊急に利用した場合で利用開始日から7日間（介護者の疾病等やむを得ない場合14日間）を限度

(イ) 連続して30日を超えて利用している場合 1日につき30単位減額となります。

(ウ) 介護保険法により給付額に変更があった場合、変更された給付費に合わせて利用者の自己負担額を変更します。

③負担軽減措置

所得の低い方の利用が困難とならないように、滞在費・食費については、利用者本人の所得状況や世帯の課税状況によって負担限度額が設定されます。

| 利用者負担段階 | 対象者 | 負担限度額 | | |
|---------|--|-------|--------|--------|
| | | 滞在費 | | 食費 |
| | | 多床室 | 個室 | |
| 第1段階 | 本人及び世帯全員が住民税非課税であって、老齢福祉年金の受給者・生活保護の受給者 | 0円 | 380円 | 300円 |
| 第2段階 | 本人及び世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額+課税年金収入金額が80万円以下の人 | 430円 | 480円 | 600円 |
| 第3段階① | 本人及び世帯全員が住民税非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下の人 | 430円 | 880円 | 1,000円 |
| 第3段階② | 本人及び世帯全員が住民税非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額+非課税年金収入額が120万円超の人 | 430円 | 880円 | 1,300円 |
| 基準費用額 | 本人が住民税を課税されている人・本人は住民税非課税だが、世帯内に住民税課税者がいる人 | 915円 | 1,231円 | 1445円 |

(注) 上記利用者負担限度額は、保険者の認定が必要となります。

保険者から交付された負担限度額認定証により利用者負担額を算定します。

該当されると思われる場合は、本人及びご家族の方が市町村に申請する必要があります。

④食費の取扱いについて

食費については、原則摂取された食数にて算定します。

ただし、負担限度額が認定された利用者の食費の算定については、摂取した1食ごとの基準費用額（2食以上の場合はその合算額）と負担限度額を比較して、より低い額を適用します。

従って次の食費算定表により食費の算定をいたします。

| 食費算定表 | 負担限度額 | 食事摂取区分 | | | |
|-------|--------|----------------------------|-----------|--------|----------|
| | | 朝食のみ | 朝食+昼食又は夕食 | 昼食+夕食 | 昼食又は夕食のみ |
| 第1段階 | 300円 | 295円 | 300円 | 300円 | 300円 |
| 第2段階 | 600円 | 295円 | 600円 | 600円 | 575円 |
| 第3段階① | 1,000円 | 295円 | 870円 | 1,000円 | 575円 |
| 第3段階② | 1,300円 | 295円 | 870円 | 1,150円 | 575円 |
| 基準額 | 1,445円 | 内訳 朝食 295円 昼食 575円 夕食 575円 | | | |

⑤個室における特例措置

次の場合は、個室を利用されても多床室として滞在費を算定します。

(ア) 感染症等により従来型個室への利用を医師が判断し、その利用期間が 30 日以内の場合。

(イ) 著しい精神状況等により、他の同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への利用が必要であると医師が判断した場合。

(3) 介護保険の給付の対象とならないサービスと利用料金

次のものについては、利用料金の全額が利用者の負担となります。

①滞在費

(ア) 多床室 日額 915 円 (標準額)

(イ) 従来型個室 日額 1,231 円 (標準額)

ただし、利用者負担限度額によって、負担額が異なります。

②食費の実費

日額 1,445 円 (標準額) 内訳 朝食 295 円 昼食 575 円 夕食 575 円

ただし、利用者負担限度額及び食数によって負担額が異なります。

③日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で、利用者ご自身に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

(ア) 歯ブラシ、衣類、下着など特定個人に使用する日用品実費

(イ) 特定個人使用衛生材料費など (医療保険対象外のもの) 実費

(ウ) 医療機関等に受診された場合の医療費

(エ) 売店や自動販売機で購入される飲食物

*オムツ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。

(4) サービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又はご家族に対し、サービス内容及び利用料金について説明を行い、同意する旨の文書に署名をいただきます。また、利用料金に変更が生じた場合には改めてサービス内容及び利用料金について説明を行い、同意する旨の文書に署名をいただきます。

(5) 利用料金等のお支払い方法

前記 (1) の利用料金、(2) の①、②などにかかる費用は、1 ヶ月毎に計算し請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払いください。

①金融機関口座からの自動引き落とし

どの金融機関でもご利用いただけます。(引き落とし手数料は事業者負担とします。) 自動引き落とし日は原則翌月 26 日となっておりますので、口座振替登録をされた口座にそれまでにご入金をお願いします。

②窓口での現金払い

6 利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定の前に、契約者及び利用者の都合により、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利用を追加することができます。この場合は、サービスの実施日の前日までに事業所又は担当の介護支援専門員に申し出てください。

①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は、取消料として次の料金をお支払いいただく場合があります。

ただし、利用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。

(ア) 利用予定日の前日までに申し出があった場合 無料

(イ) 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合

1 日分の利用料金 2 割または 1 割 (介護サービスの自己負担分)

1 日分の食費

1 日分の滞在費

②サービスの変更、追加の申し出に対して、事業所の状況により希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時を契約者および利用者へ提示して相談させていただきます。

(2) 次の場合は、利用の中止をさせていただくことがあります。

- ①事故防止のため、事業所及び設備を使用するに当たって、職員の指示に従っていただけない場合。
- ②利用者に伝染性疾患又は適切な加療を要する疾病が認められた場合

7 事業所利用の際についてのお願い

当事業所を利用される場合は、次のことをお願いします。

(1) 利用開始日には、次のものをご持参ください。

- ①介護保険証被保険者証
- ②介護保険負担額認定証（負担額の認定を受けている方）
*認定には、市町村への申請が必要となります。
- ③健康保険証又は後期高齢者医療被保険者証（75歳以上の方）
- ④処方薬及び処方箋
- ⑤歯ブラシ
- ⑥上履き
*歩行可能な方。なるべく靴をお願いします。
- ⑦帰宅用オムツ
*オムツを着用されている方で退所される時に着用します。
*利用中は、施設のオムツを使用します。
- ⑧必要に応じ現金を預からせていただくか退所時に現金にてお支払いをお願いすることがあります。
*売店などのお小遣いとして使用していただくことがあります。
*緊急で医療機関に受診した場合に医療費として使用することがあります。

(2) 利用開始当日、ご家族の方には、利用者を事業所まで送り、家庭での生活の様子や現在の心身の状態など介護にかかわる必要事項を職員に説明していただきます。従って、時間に余裕を持ってお越しいただくようお願いします。

(3) 寝具、衣類等は、原則として施設で貸与します。利用開始当日に着用された衣類は、そのままお預りし、利用終了日にその衣類に着替えてお帰りいただきます。

(4) 利用中に、体温、血圧、脈拍など通常の状態と比べて、著しい変化があり当事業所での医療的管理では対応が困難な場合には、医療機関で受診していただくよう依頼することがあります。

(5) 伝染性の疾患がある時、または疾病によりサービスの提供が不適当と認められる場合は、サービスの提供ができないことがあります。

(6) 利用終了日は、お約束の時間までにお迎えを願います。やむを得ず、お約束の時間にお迎えができない場合は、必ず事前に事業所に連絡ください。

8 社会福祉法人による利用者負担軽減制度について

社会福祉法人が運営主体となっている各サービスについては、法人が利用者負担を軽減する制度があります。

(1) 軽減対象者の要件について

市町村民税世帯非課税者であって、下記の要件の全てを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であるとして、市町村が認めた方となります。

- ①年間収入が単身世帯で150万円、世帯数が1人増えるごとに50万円加算した額以下であること。
- ②預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- ③日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- ④負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- ⑤介護保険料を滞納していないこと

(2) 減額割合について

減額割合は1/4（利用者負担第1段階の方は1/2）を原則とします。

*該当すると思われる方は、市町村の介護保険担当課にお問い合わせください。

9 事故発生時の対応

当事業所は、事故の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 事故が発生した場合の対応、報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。
- (2) 事故発生の防止のための対策を検討する委員会を開催します。
- (3) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底するための体制を整備します。
- (4) 職員に対する事故発生の防止のため研修を実施します。
- (5) 事業所のサービスの提供により事故は発生した場合には速やかに市町村及び利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

10 非常災害時の対策

- (1) 火災、自然災害の非常事態への対策については、「東和荘消防計画」を定め、安全かつ迅速な対応に努めます。
- (2) 非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を実施します。

11 高齢者虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための委員会を定期的で開催し防止に努めます。
- (2) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (3) 苦情解決体制を整備します。
- (4) 成年後見制度の利用を支援します。
- (5) サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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村等に報告します。

12 防犯カメラの設置及び管理について

当事業所は、利用者等の安全と事故防止、事故発生時の早期発見及び施設での犯罪防止に資するため、防犯カメラの設置及び管理について次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 防犯カメラの設置者及び管理責任者について
 - ①設置者 社会福祉法人八起社 理事長 長谷川弘之
 - ②管理責任者 老人ホーム東和荘 総括荘長 下村 卓也
- (2) 防犯カメラ等の設置について
防犯カメラ、映像表示機器及び録画レコーダ（以下「防犯カメラ等」という）の設置場所は、玄関、非常口及び館内の共有スペースとします。
- (3) 防犯カメラの設置の表示について
防犯カメラの撮影区域内の見やすい場所に、防犯カメラを設置し、撮影している旨並びに防犯カメラの設置者名及び管理責任者名を表示します。
- (4) 防犯カメラ等の管理について
設置者及び管理責任者以外は、防犯カメラ等の操作をし、及び画像の取扱いをしないこととします。ただし、設置者及び管理責任者が必要であると認めた場合には、防犯カメラ等の操作及び画像の取扱いをする操作取扱者（以下「操作取扱者」という。）を指定します。
- (5) 画像の管理について
撮影された画像の管理は、次に掲げるとおりとします。
 - ①設置者及び管理責任者並びに操作取扱者は、画像を編集し、又は加工することなく、撮影時の状態のまま保管することとします。
 - ②録画レコーダは、施錠のできる事務所内に保管し、30日間の保存期間を経過した画像は、上書きに

より消去します。

(6) 画像の利用制限について

画像は、設置目的以外に利用しません。ただし、次に掲げる場合については、その限りではありません。

①法令に基づく場合

②捜査機関からの犯罪、事故の捜査等のための閲覧又は提出を求められ、協力の必要がある場合

③本人若しくはその家族の同意があるとき又は本人若しくはその家族に提供する場合

(7) 苦情等の処理について

設置者及び管理責任者は、防犯カメラの設置又は運用に関する苦情や問い合わせを受けたときは、適切かつ速やかに対応します。

13 その他運営に関する事項について

当施設では次の委員会等を通し、安全性の高い施設運営に努めます。

(1) 感染対策委員会

感染症や食中毒の予防及びまん延の防止のため概ね月 1 回程度定期的に委員会を開催します。

(2) 介護事故防止対策委員会

施設における介護事故の予防、その他安全管理についての改善策等の検討をします。

(3) 褥瘡防止対策

褥瘡対策チームを通じ要介護度の高い方の褥瘡の予防、改善策等の検討をします。

(4) 身体拘束廃止推進委員会

身体の拘束について、できる限り行わないように検討します。しかし、利用者の方の生命等危険が伴うような緊急やむを得ず行う場合は、別途同意書にて同意をいただきます。

(5) 給食委員会

食品の衛生管理、栄養管理、利用者の嗜好等について検討します。

(6) 衛生委員会

産業医の指導に基づき、職場環境の整備、改善、職員の健康管理等を検討します。

(7) 口腔内のたんの吸引等安全対策委員会

介護職員がたんの吸引等を実施するための安全実施体制・手順等の整備を図ります。

(8) 口腔機能維持・栄養管理委員会

経口維持や栄養管理、口腔衛生管理の充実を図ります。

(9) 虐待防止推進委員会

利用者の人権の擁護、虐待の発生、再発の防止の推進、対策の整備を図ります。

14 苦情受付について

当事業所における苦情やご相談は次の窓口で受け付けます。

(1) 特別養護老人ホーム 東和荘 事務室 受付担当 山守・高場

受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:45～17:30 (日祝祭日と12月29日～1月3日を除きます。)

TEL 0562-83-2878 FAX 0562-84-2448

(2) 行政機関その他機関での苦情受付

①国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談室

〒461-8532 愛知県名古屋市東区泉一丁目6番5号 (国保会館)

TEL 052-971-4165 FAX 052-962-8870

②知多北部広域連合 事業課 給付係

〒476-0003 愛知県東海市荒尾町西廻間2番地の1 東海市しあわせ村内

TEL 052-689-2263 FAX 052-689-2265

③東浦町役場 ふくし課 社会高齢係

〒470-2192 愛知県知多郡東浦町大字緒川字政所20番地

TEL 0562-83-3111 (代表) FAX 0562-83-9756 (代表)

④社会福祉法人八起社 苦情解決のための第三者委員 仲井正俊・棚橋尚登

〒468-0001 愛知県名古屋市天白区植田山二丁目101番地 (社会福祉法人八起社 本部)

TEL 052-781-2859 FAX 052-781-3078

仲井正俊 TEL 052-801-7267・棚橋尚登 TEL 052-932-8469

15 守秘義務等について

秘密の保持及び利用目的については、次のように対応します。

- (1) 当事業所の職員は、当法人が定めた「個人情報保護に関する基本方針」に基づき、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (2) 当事業所の職員は、当法人が定めた「個人情報の利用目的」以外に個人情報を取り扱うことはいたしません。

ただし、医療上又は緊急に必要な場合には、医療機関等に対して、利用者に関する心身の情報を提供させていただくことがあります。

16 第三者による評価の実施状況

(1) あり ・ なし

(2) ありの場合

①実施日 年 月 日

②評価機関の名称

③結果の開示 あり ・ なし

＜多床室利用の場合の標準例＞（1日あたり）

| | 要支援 1 | 要支援 2 | 介護度 1 | 介護度 2 | 介護度 3 | 介護度 4 | 介護度 5 | |
|----------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| 1 介護サービス基本単位 | 451 | 561 | 603 | 672 | 745 | 815 | 884 | |
| 加 算 単 位 | 看護体制加算 I・II | 算定なし | 算定なし | 算定なし | 算定なし | 算定なし | 算定なし | |
| | サービス提供体制強化加算 (II) | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | |
| | 夜勤職員配置加算 (I) ロ | 算定なし | 算定なし | 13 | 13 | 13 | 13 | |
| 負担限度額上の単位計 | 469 | 579 | 634 | 703 | 776 | 846 | 915 | |
| 介護職員等処遇改善加算 I (14.0%) | 66 | 81 | 89 | 98 | 109 | 118 | 128 | |
| | | | | | | | | |
| 2 合計単位数 | 535 | 660 | 723 | 801 | 885 | 964 | 1,043 | |
| 3 介護サービス費 | 5,440 円 | 6,712 円 | 7,352 円 | 8,146 円 | 9,000 円 | 9,803 円 | 10,607 円 | |
| 4 自己負担額 | 1 割負担 | 544 円 | 672 円 | 736 円 | 815 円 | 900 円 | 981 円 | 1,061 円 |
| | 2 割負担 | 1,088 円 | 1,343 円 | 1,471 円 | 1,630 円 | 1,800 円 | 1,961 円 | 2,122 円 |
| | 3 割負担 | 1,632 円 | 2,014 円 | 2,206 円 | 2,444 円 | 2,700 円 | 2,941 円 | 3,183 円 |
| 5 滞在費 | 915 円 | 915 円 | 915 円 | 915 円 | 915 円 | 915 円 | 915 円 | |
| 6 食 費 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | |
| 自己 負担額合計 (4 + 5 + 6) | 1 割負担 | 2,904 円 | 3,032 円 | 3,096 円 | 3,175 円 | 3,260 円 | 3,341 円 | 3,421 円 |
| | 2 割負担 | 3,448 円 | 3,703 円 | 3,831 円 | 3,990 円 | 4,160 円 | 4,321 円 | 4,482 円 |
| | 3 割負担 | 3,992 円 | 4,374 円 | 4,566 円 | 4,804 円 | 5,060 円 | 5,301 円 | 5,543 円 |

(注) 食費は原則実際に摂取された食数にて算定します。(朝食 295 円 昼食 575 円 夕食 575 円)

<従来型個室利用の場合の標準例> (1日あたり)

| | 要支援1 | 要支援2 | 介護度1 | 介護度2 | 介護度3 | 介護度4 | 介護度5 | |
|-------------------------|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| 1 介護サービス基本単位 | 451 | 561 | 603 | 672 | 745 | 815 | 884 | |
| 加算単位 | 看護体制加算Ⅰ・Ⅱ | 算定なし | 算定なし | 算定なし | 算定なし | 算定なし | 算定なし | |
| | サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | |
| | 夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ | 算定なし | 算定なし | 13 | 13 | 13 | 13 | |
| 負担限度額上の単位計 | 469 | 579 | 634 | 703 | 776 | 846 | 915 | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ (14.0%) | 66 | 81 | 89 | 98 | 109 | 118 | 128 | |
| | | | | | | | | |
| 2 合計単位数 | 535 | 660 | 723 | 801 | 885 | 964 | 1,043 | |
| 3 介護サービス費 | 5,440 円 | 6,712 円 | 7,352 円 | 8,146 円 | 9,000 円 | 9,803 円 | 10,607 円 | |
| 4 自己負担額 | 1割負担 | 544 円 | 672 円 | 736 円 | 815 円 | 900 円 | 981 円 | 1,061 円 |
| | 2割負担 | 1,088 円 | 1,343 円 | 1,471 円 | 1,630 円 | 1,800 円 | 1,961 円 | 2,122 円 |
| | 3割負担 | 1,632 円 | 2,014 円 | 2,206 円 | 2,444 円 | 2,700 円 | 2,941 円 | 3,183 円 |
| 5 滞在費 | 1,231 円 | 1,231 円 | 1,231 円 | 1,231 円 | 1,231 円 | 1,231 円 | 1,231 円 | |
| 6 食費 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | 1,445 円 | |
| 自己負担額合計 (4+5+6) | 1割負担 | 3,220 円 | 3,348 円 | 3,412 円 | 3,491 円 | 3,576 円 | 3,657 円 | 3,737 円 |
| | 2割負担 | 3,764 円 | 4,019 円 | 4,147 円 | 4,306 円 | 4,476 円 | 4,637 円 | 4,798 円 |
| | 3割負担 | 4,308 円 | 4,690 円 | 4,882 円 | 5,120 円 | 5,376 円 | 5,617 円 | 5,859 円 |

(注) 食費は原則実際に摂取された食数にて算定します。(朝食 295 円 昼食 575 円 夕食 575 円)

指定短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、東和荘短期入所生活介護事業所のご紹介（重要事項説明書）に基づき重要事項、愛知県介護サービス情報公表の説明を行いました。

東和荘短期入所生活介護事業所

説明者職名

生活相談員

氏名

権田 順

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項、愛知県介護サービス情報公表の説明を受け、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。

あわせて、利用者および家族の個人情報の利用について、サービス担当者会議などにおいて必要最小限の範囲内において用いることについて同意します。

令和 年 月 日

住所

利用者氏名

住所

家族代表氏名

続柄

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

住所

代筆者氏名

利用者との続柄

この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

個人情報利用同意書

私及び私の家族の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 居宅サービス・介護予防サービス・施設サービスの提供を受けるに当たって、居宅サービス計画・介護予防サービス計画・施設サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況等を把握するため
- (2) 事業所内・施設内のカンファレンスのため
- (3) 医療機関、介護保険施設、介護支援専門員、介護保険事業所、自治体（保険者）、その他社会福祉施設・団体との連絡調整のため

2 個人情報の内容

- (1) 氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況等で、事業者が居宅介護支援・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護、訪問看護、福祉用具貸与、施設サービスを行うために必要なご利用者やご家族の個人情報
- (2) 認定調査票（必要項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- (3) その他ご利用者やご家族に関する個人情報であって、特定個人が識別され、又は識別されうる情報

3 使用する期間

サービス契約締結日からサービス提供の終了日まで

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

社会福祉法人 八起社 東和荘居宅支援事業所
特別養護老人ホーム東和荘
東和荘（介護予防）短期入所生活介護事業所 御中
デイサービスセンター東和荘
東和荘外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所
東和荘（介護予防）訪問介護事業所

令和 年 月 日

ご利用者

住 所 _____

氏 名 _____

ご家族代表

住 所 _____

氏 名 _____ (続き柄)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者にならわって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

住 所 _____

氏 名 _____