

仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘 重要事項説明書

基準該当短期入所生活介護／基準該当介護予防短期入所生活介護

(令和 7 年 4 月 1 日現在)

1. 事業所の概要

事業所名	仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘
所在地	高知県吾川郡仁淀川町森 4287 番地
管理者名	田村 隆臣
電話番号	0889-32-1500
FAX 番号	0889-32-1502
事業所指定番号	第 3982400057 号
事業実施地域	仁淀川町全域
利用定員	5 名

※当事業所は、仁淀川町デイサービスセンターひなた荘に併設されています。

2. 当事業所の目的及び運営方針

事業の目的	事業所の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、在宅生活をされている要介護状態または要支援状態にある高齢者が、何らかの理由(介護者の冠婚葬祭、旅行、行事等による不在)により自宅で介護を受けられない場合や、介護者の一時的休養の為に短期的に居住空間を変更する事で、その利用者の在宅生活を維持する為の支援をする事を目的とする。
事業の運営方針	(1) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成する事により、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 (2) 当事業所を利用するにあたり、利用前の在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、職員は、利用者の個性、心身の状況、利用に至るまでの生活歴及び生活様式や生活習慣を把握する事に務め、利用者の日常生活上の活動を適切に援助する。 (3) 短期的ではあるが少人数での共同生活を通じて、個人の生活スタイルや想いが尊重された家庭的な生活空間を提供し、利用者の内に秘めた可能性(残存能力)を最大限に引き出し、生きがいを見つけるための援助に努める。 (4) 当事業所は、利用者の在宅生活を支援するとともに、介護者の身体的及び精神的介護負担を軽減し、ゆとりをもった介護生活を支援する。

3. 営業日、営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	月曜日～土曜日(8時00分～17時00分)
サービス提供時間帯	月曜日～日曜日(0時00分～24時00分)

4. 居室等の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1 人部屋）	5 室	従来型個室で滞在費を算定
浴 室	2 室	一般浴、リフト付き浴槽
医 務 室	1 室	
相 談 室	1 室	

5. 事業の職員の配置状況

職 種	人 員	職 務 内 容	備 考
管 理 者	1 名	従業員の管理及び業務の管理	介護職員兼務
生 活 相 談 員	1 名以上	生活指導及び相談	
介 護 職 員	2 名以上	計画に基づき介護、機能訓練業務	
看 護 職 員	1 名以上	利用者の健康状態の把握 利用者に応じた機能訓練の指導	機能訓練指導員 兼務
栄 養 士（嘱 託）	1 名以上		

※ 介護従事者の標準的な時間帯における配置人員（これとは異なる場合もあります）

日勤：午前 8 時 00 分 ～ 午後 5 時 00 分 1 名以上

夜勤：午後 4 時 30 分 ～ 午前 8 時 30 分 1 名

6. サービスの内容

種 類	内 容
食 事	○ 利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 (ただし、食費は給付対象外です。)
排 泄	○ 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。
入 浴	○ 利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行います。
機 能 訓 練	○ 機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活をおくるために必要な機能の回復又は低下を防止するための訓練を実施します。
その他自立への支援	○ 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 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。

7. サービス利用料金及び利用者負担

介護保険または介護予防からの給付サービスを利用する場合は、1 日あたり下記の自己負担額(介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合の額)をお支払いいただきます。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

(1) 介護給付【基本利用料】

介護給付対象サービスを利用する場合、1 日あたり下記の自己負担額(介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合の額)をお支払い頂きます。

	自己負担金(1割)						
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護サービス費	479 円	596 円	645 円	715 円	787 円	856 円	926 円

【加算】その他、以下の加算の金額(介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合の額)をお支払いいただく場合があります。

種 類	自己負担額	内 容
送迎加算(片道)	184 円／回	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合。
長期利用者提供減算	－30 円／日	連続 30 日を越えて利用した場合、30 日を越えた日から減算する。
緊急短期入所受入加算	90 円／日	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指定短期入所生活介護を緊急に行った場合。(7 日間限度)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 円／日	※短期入所生活介護職員が一定の条件を満たした場合。
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数 × 13.6%	介護職員の安定的な処遇改善を図る為に、職場環境整備や賃金改善を行う為の加算です。 (区分支給限度額外となります)

(2) 食費・滞在費の段階別利用料金

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	基準費用額
滞在費(1 日あたり)	380 円	480 円	880 円	880 円	1,231 円
食費(1 日あたり)	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,750 円

(3) 介護保険給付対象外【保険外】のサービス

種 類	利用料金	備 考
紙おむつ代		滞在費に含まれます。
その他(日常生活に必要な費用)	実費	

(4) 利用料金の支払い方法

利用者負担金は、利用月の月末で締めを行い、翌月の 10 日までに請求しますので、同月末日までに下記の方法でお支払いください。

① 自動引落

高知県農業協同組合、ゆうちょ銀行がご利用できます。

利用月の翌月 15 日に引き落としします。

② 現金払いも相談に応じます。

③ 窓口振込

金融機関名	口座名義	口座番号
高知県農業協同組合 仁淀出張所	(有)ぬくもり介護センターおおの 代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ)	普通預金 0274618
四国銀行 越知支店	(有)ぬくもり介護センターおおの 代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ)	普通預金 0199018
ゆうちょ銀行 ※ゆうちょ銀行からのお振 込の場合	(有)ぬくもり介護センターおおの 代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ)	記号 16400 番号 11804311
ゆうちょ銀行 ※ゆうちょ銀行以外の銀行 からお振込の場合	(有)ぬくもり介護センターおおの 代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ)	店名:六四八(ロクヨンハチ) 店番:648 普通預金 1180431

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10 割)をいただき、サービス提供証明証を発行します。

サービス提供証明証を、後日市町村の窓口に出しますと、払い戻しを受けることができます。

8. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘
電 話 0889-32-1500

- (2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、サービス利用予定日前日までにご連絡ください。利用日前日のキャンセルは、次のキャンセル料を頂くことになりますのでご了承ください。但し、利用者の様態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

キャンセル時期	キャンセル料
ご利用予定日の前日までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用予定日の前日までにご連絡がなかった場合	自己負担相当額

9. 運営についての留意事項

- (1) 従業者の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備する。

①採用時研修 採用後 1 ヶ月以内

②継続研修 年 1 回

- (2) この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は有限会社ぬくもり介護センターおおのと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

10. サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療を義務づけるものでもありません。サービス利用の際に前もって担当者に、既往症や現症また希望医療機関などをお知らせ下さい。）

(1) 協力医療機関

医 療 機 関 の 名 称	仁淀川町国民健康保険 仁淀診療所
所 在 地	高知県吾川郡仁淀川町森 2577-3
診 療 科 目	内科 ・ 消化器科 ・ 外科 他
電 話 番 号	0889-32-1125

11. サービス利用にあたっての留意事項

面 会 時 間	面会時間 午前 8 時～午後 7 時 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊をされる場合には、事前にお申し出ください。
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が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫 煙	決められた場所以外での喫煙はお断りします。
迷 惑 行 為 等	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金 銭 、 貴 重 品 の 管 理	施設管理を基本としております。本人に管理能力がある場合、または小額の場合は個人管理をしていただいても構いません。
所 持 品 の 持 込 み	特に制限はありません。
宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動	施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動 物 飼 育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
そ の 他	(1) 職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。 (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。 (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。
送迎や書類手続き等で 居 宅 訪 問 時	(1) お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。 (2) 訪問の際はペットをゲージに入れる、リードに繋ぐなどの配慮をお願いします。 (3) 見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員本人の 同意を受けてください。 (4) ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。 (5) 訪問中の喫煙はご遠慮ください。

12. サービス実施にあたっての留意事項

事業者及びサービス従事者の義務	① サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、生活環境の安全に配慮するものとし、利用者の体調・健康状態等の必要な事項について、看護職員もしくは主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関との連携及び契約者から聴取・確認したうえでサービスを実施します。 ② サービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。
守秘義務等	① 事業者及びサービス従事者は、基準該当短期入所生活介護及び基準該当介護予防短期入所生活介護サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。 ② 事業者は、利用者の緊急の医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等に関する情報を提供できるものとします。 ③ 利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又は利用者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。
サービス従事者の禁止行為	① 契約者又は利用者もしくはその家族等からの物品・金銭の授受 ② 契約者又は利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営業活動 ③ 契約者又は利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

13. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 田村 隆臣
-------------	-----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員または擁護者(利用者の家族など高齢者を現に擁護する者)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村に通報します。

14. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。

ただし、以下の 3 つの要素をすべて満たす状態にある場合は、利用者または家族に対して説明し同意を得た上で、必要最低限の身体拘束を行う事があります。

その場合は、専用の様式を用いてその様子・日時心身の状況・やむを得なかった理由などを記録し、拘束の早期解除に向けて、必要性や方法などについて逐次検討を行います。

必要がなくなり解除する場合は、契約者・家族に報告します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……利用者本人または他の利用者などの生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い事。
- (2) 非代替性……身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない事。
- (3) 一時性……身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

15. 事故発生時の対応

基準該当短期入所生活介護サービス及び基準該当介護予防短期入所生活介護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及び居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャーに連絡するとともに、当事業所の職員がその時間、事故の内容及び対応について記録し、賠償すべき事故の場合は、速やかに損害賠償を行います。事故の内容等によっては市町村、関係機関等に報告し適切な対応をします。

16. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

17. 非常災害対策

- 1 サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。
- 2 防火管理についての責任者は、防火管理者講習終了者を当てる。
- 3 防火管理責任者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
- 4 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成する。
- 5 年4回以上、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

18. 衛生管理等について

- ① 当施設では、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 当施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

19. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② 2 なし		

20. 協力医療機関

医 療 機 関 の 名 称	仁淀川町国民健康保険 仁淀診療所
所 在 地	高知県吾川郡仁淀川町森 2577-3
診 療 科 目	内科 ・ 消化器科 ・ 外科 他
電 話 番 号	0889-32-1125

21. 相談・苦情対応

(1) 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します。

当事業所お客様相談窓口	責 任 者	田村 隆臣
	対 応 時 間	月曜日～日曜日 午前 8 時 00 分 ～ 午後 5 時 00 分
	電 話 番 号	0889-32-1500
	F A X 番 号	0889-32-1502

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

仁 淀 川 町 役 場	医 療 保 険 課 介 護 保 険 係	所 在 地	仁淀川町大崎 200
		対 応 時 間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分
		電 話 番 号	0889-35-1080
		F A X 番 号	0889-35-0228
	池 川 総 合 支 所 池 川 地 域 課 福 祉 係	所 在 地	仁淀川町土居甲 916-3
		対 応 時 間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分
		電 話 番 号	0889-34-2112
		F A X 番 号	0889-34-2687
	仁 淀 総 合 支 所 仁 淀 地 域 課 福 祉 係	所 在 地	仁淀川町森 2552-1
		対 応 時 間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分
		電 話 番 号	0889-32-1132
		F A X 番 号	0889-32-1100
高知県社会福祉協議会		所 在 地	高知市朝倉戊 375-1
		対 応 時 間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時
		電 話 番 号	088-844-9007
		F A X 番 号	088-844-9411
高知県国民健康保険 団体連合会(国保連)		所 在 地	高知市丸の内 2-6-5
		対 応 時 間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分
		電 話 番 号	088-820-8410・8411
		F A X 番 号	088-820-8413

22. 当社の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	有限会社 めくもり介護センターおおの
代 表 者 氏 名	代表取締役 大野 芳子
所 在 地 ・ 電 話	高知県吾川郡仁淀川町森3675番地 電話 0889-20-2777
事 業 内 容	1. 居宅介護支援事業（めくもり介護センターおおの） 2. 訪問介護事業（めくもり介護センターおおの） 3. 第1号訪問事業（めくもり介護センターおおの） 4. 地域密着型通所介護事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘） 5. 第1号通所事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘） 6. 障害福祉サービス事業（めくもり介護センターおおの） 7. 認知症対応型共同生活介護事業（めくもりの家） 8. 介護予防認知症対応型共同生活介護事業（めくもりの家） 9. 認知症対応型共同生活介護事業（ひだまりの家） 10. 介護予防認知症対応型共同生活介護事業（ひだまりの家） 11. 障害者等日中一時支援事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘） 12. 基準該当短期入所生活介護事業 （仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘） 13. 基準該当介護予防短期入所生活介護事業 （仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘） 14. 共生型生活介護事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘）

【説明確認欄】

令和 年 月 日

基準該当短期入所生活介護及び基準該当介護予防短期入所生活介護の契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者	所在地	高知県吾川郡仁淀川町森 3675 番地
	事業者名	有限会社 めくもり介護センターおおの
	事業所名	仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘
	管理者	田村 隆臣

説明者 _____ (印)

基準該当短期入所生活介護及び基準該当介護予防短期入所生活介護の契約の締結にあたり、上記の通り説明を受けました。

利用者 住所 高知県吾川郡仁淀川町 _____

氏名 _____ (印)

(代筆者) 住所 _____

氏名 _____ (印)

本人との続柄 _____